

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FRANCYELLY OLIVEIRA PEREIRA DOS SANTOS LAMENHA

**Campanha Setembro Amarelo e comportamento suicida: estratégias de prevenção
e compartilhamento de crenças nas redes sociais a partir da Teoria da Ação
Planejada**

Maceió

2022

FRANCYELLY OLIVEIRA PEREIRA DOS SANTOS LAMENHA

**Campanha Setembro Amarelo e comportamento suicida: estratégias de prevenção
e compartilhamento de crenças nas redes sociais a partir da Teoria da Ação
Planejada**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para Defesa do Mestrado em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sheyla Christine Santos Fernandes

Maceió

2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

L228c Lamenha, Francylly Oliveira Pereira dos Santos.
Campanha setembro amarelo e comportamento suicida: estratégias de prevenção e compartilhamento de crenças nas redes sociais a partir da Teoria da Ação Planejada / Francylly Oliveira Pereira dos Santos Lamenha. – 2022. 74 f. : il. color.

Orientadora: Sheyla Christine Santos Fernandes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 62-74.

1. Suicídio. 2. Comportamento suicida. 3. Setembro amarelo - Campanha. 4. Redes sociais. 5. Prevenção do suicídio. 6. Teoria da Ação Planejada. I. Título.

CDU: 159.9: 616.89-008.441.44



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP


TERMO DE APROVAÇÃO

FRANCYELLY OLIVEIRA PEREIRA DOS SANTOS LAMENHA

Título do Trabalho: "CAMPANHA SETEMBRO AMARELO E COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E COMPARTILHAMENTO DE CRENÇAS NAS REDES SOCIAIS A PARTIR DA TEORIA DA AÇÃO PLANEJADA".


Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:


 Documento assinado digitalmente
SHEYLA CHRISTINE SANTOS FERNANDES
Data: 22/06/2022 18:58:49-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Sheyla Christine Santos Fernandes (PPGP/UFAL)

Examinadores:

 Documento assinado digitalmente
ANDRE FARO SANTOS
Data: 20/06/2022 20:54:43-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. André Faro Santos (UFS)

 Documento assinado digitalmente
LEOGILDO ALVES FREIRES
Data: 28/06/2022 17:13:41-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Leogildo Alves Freires (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 20 de junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Aquele em quem vivo, me movo e existo. Sem Ele nada seria possível.

À minha avó, quem eu carinhosamente chamo de Sinhorinha, obrigada por ensinar não só a mim, mas a toda nossa família, que a educação é uma das maiores riquezas que podemos ter. Sua dedicação, amor e cuidado foram o alicerce para eu chegar até aqui.

À minha mãe, Cicera, por ser minha maior incentivadora, meu exemplo de força e persistência. Obrigada por acreditar que eu sempre posso ir além.

Ao meu esposo, Rogério, por todo amor, companheirismo e paciência. Obrigada por acompanhar, sofrer e se alegrar, de perto, durante todo esse processo.

Aos meus irmãos, Manuella, Thiago e Samuel, agradeço por serem a minha inspiração e motivação e me cercarem de tanto amor.

Agradeço à professora Sheyla que, desde o início da graduação, me oportunizou os primeiros passos na pesquisa científica e me ajudou a ampliar os olhares. Agora, nessa nova fase, podemos colher os frutos do Mestrado.

Agradeço aos colegas do Laboratório de Investigação em Cognição e Comportamento Social (LAICOS) pelo espaço de troca e construção de conhecimentos. Em especial, à minha amiga Daniela, que me acompanha desde a graduação. É um privilégio compartilhar essa etapa também com você.

Agradeço, também, aos avaliadores, professores André Faro e Leogildo Freires, pela disponibilidade, atenção e compartilhamento de saberes.

O último e não menos importante agradecimento é para todos os pacientes, usuários, moradores e estudantes dos espaços profissionais onde atuei e atuo. Obrigada por me permitirem acessar suas histórias de vida e serem a motivação diária para compreender, cada vez mais, a prevenção do comportamento suicida. Em especial, agradeço aos pacientes que conheci enquanto residente do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, que abriram os meus olhos (e coração) para essa temática. Se um dia esse material chegar até vocês, saibam da tamanha importância que tiveram para ele!

*“Não é o sofrimento que enobrece o ser humano,
mas sim a forma como lidamos com ele”.*

Karina Okajima Fukumitsu

RESUMO

O suicídio é um fenômeno multifatorial, que envolve fatores predisponentes e precipitantes em diversas esferas. Ao estudá-lo, é necessário compreendê-lo enquanto comportamento suicida, que engloba ideias, planos e tentativas. É um problema de saúde pública nacional e global, com uma média anual de 700 mil mortes no mundo. Por isso, vários países desenvolvem estratégias de prevenção independentes e governamentais. No Brasil, destaca-se a campanha Setembro Amarelo, que está presente em espaços presenciais e nas redes sociais desde 2015. O país se encontra no início do desenvolvimento de suas estratégias nacionais de prevenção. Assim, estudos são importantes para contribuir com a prevenção do comportamento suicida, incluindo teorias que auxiliem na compreensão das crenças que originam um comportamento, como a Teoria da Ação Planejada (TAP), que tem destaque mundial e vem sendo utilizada, entre outras áreas, no estudo de comportamentos preventivos em saúde e no embasamento de campanhas educativas. Nesse sentido, pensando na interlocução entre campanhas de prevenção, redes sociais e crenças, este trabalho tem como objetivo principal: identificar as estratégias utilizadas nas redes sociais para a prevenção do comportamento suicida durante a campanha Setembro Amarelo, e, de forma mais específica, identificar, com o auxílio da TAP, as crenças que caracterizam os conteúdos publicados, além de demonstrar esta teoria enquanto modelo teórico importante para formular campanhas de prevenção ao suicídio. Para isso, foram analisados 4 perfis relacionados à divulgação do Setembro Amarelo no *Instagram* e no *Facebook (Meta)* com o auxílio do *software* Iramuteq. Em resumo, todos os perfis tiveram em comum, exclusivamente, as crenças de controle. Foram identificadas crenças comportamentais, normativas e de controle especialmente no perfil Ministério da Saúde. Ênfases a tipos de crenças distintas foram encontradas nos demais perfis (Centro de Valorização da Vida, Associação Brasileira de Psiquiatria e Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos). A partir dos resultados, este estudo elaborou um modelo sistematizado de contribuição à estratégia nacional de prevenção do suicídio no Brasil, orientando-se em experiências já consolidadas em outros países e estabelecendo interlocuções com a TAP. Espera-se, por fim, que a classificação dos conteúdos das publicações e os modelos construídos aqui contribuam com o aprimoramento do Setembro Amarelo e inspire futuras estratégias no Brasil.

Palavras-chave: Comportamento Suicida; Prevenção; Campanhas; Setembro Amarelo; Redes Sociais; TAP; Iramuteq.

ABSTRACT

Suicide is a multifactorial phenomenon, which involves predisposing and precipitating factors in several spheres. When studying it, it is necessary to understand it as suicidal behavior, which encompasses ideas, plans and attempts. It is a national and global public health problem, with an annual average of 700,000 deaths worldwide. Therefore, many countries develop independent and governmental prevention strategies. In Brazil, the Yellow September campaign stands out, which has been present in face-to-face spaces and social networks since 2015. The country is at the beginning of the development of its national prevention strategies. Thus, studies are important to contribute to the prevention of suicidal behavior, including theories that help in understanding the beliefs that give rise to behavior, such as the Theory of Planned Behavior (TPB), which has worldwide prominence and has been used, among other areas, in the study of preventive behaviors in health and in the basis of educational campaigns. In this sense, thinking about the dialogue between prevention campaigns, social networks and beliefs, this work has as main objective: identify the strategies used in social networks for the prevention of suicidal behaviour during the Yellow September campaign, and, more specifically, identify, with the assistance of TPB, the beliefs that characterize the contents published, besides demonstrating this theory as an important theoretical model for formulating suicide prevention campaigns. For this, 4 profiles related to the dissemination of Yellow September on Instagram and Facebook (Meta) were analyzed with the help of Iramuteq software. In summary, all profiles had in common, exclusively, the beliefs of control. Behavioral, normative and control beliefs were identified, especially in the Ministry of Health profile. Emphasis on different types of beliefs was found in the other profiles (Center for The Valorization of Life, Brazilian Psychiatric Association and Ministry of Women, Family and Human Rights). Based on the results, this study developed a systematized model of contribution to the national suicide prevention strategy in Brazil, based on experiences already consolidated in other countries and establishing dialogues with TPB. Finally, it is expected that the classification of the contents of the publications and the models constructed here will contribute with the improvement of The Yellow September and inspire future strategies in Brazil.

Keywords: Suicidal Behavior; Prevention; Campaigns; Yellow September; Social Networks; TPB; Iramuteq.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - A Teoria da Ação Planejada (Theory of Planned Behavior).....	29
Figura 2 - Classificação Hierárquica Descendente. Corpus CVV.....	35
Figura 3 - Análise de Similitude. Corpus ABP.....	37
Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente. Corpus Ministério da Saúde.....	39
Figura 5 - Classificação Hierárquica Descendente. Corpus MMFDH.....	42
Figura 6 - Análise Fatorial de Correspondência do Corpus Geral segundo o perfil.....	45
Figura 7 - Campanha para jovens: Feels FM Escócia. Tradução livre.....	53
Figura 8 - Campanha para o ambiente de trabalho: Passe o Distintivo, Escócia. Tradução livre.....	54
Figura 9 - Modelo Sistematizado de contribuição à Estratégia Brasileira de Prevenção ao Suicídio.....	59
Figura 10 - Teoria da Ação Planejada e Elaboração de Campanhas de Prevenção ao Suicídio.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CFM	Conselho Federal de Medicina
CVV	Centro de Valorização da Vida
Iramuteq	Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
MMFDH	Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
TAP	Teoria da Ação Planejada
TAR	Teoria da Ação Racional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Características epidemiológicas do suicídio no Brasil	13
2.1.1 Grupos etários: o suicídio em idosos e jovens	13
2.1.2 Suicídio segundo região do país, gênero e raça.....	15
2.1.3 Principais métodos utilizados.....	17
2.2 Prevenção do comportamento suicida: políticas públicas no Brasil e no mundo	17
2.3 A ciência psicológica e as intervenções para pacientes em risco de suicídio	22
2.4 Campanha Setembro Amarelo: uma experiência brasileira	24
2.5 Suicídio e redes sociais: articulações sobre influência social e prevenção	26
2.6 Teoria da Ação Planejada: principais construtos e sua articulação com campanhas preventivas	27
3 MÉTODO	31
3.1 Variáveis utilizadas	31
3.1.1 Perfis nas redes sociais	31
3.1.2 Ano das publicações.....	32
3.2 Publicações selecionadas	32
3.3 Processamento e análise de dados	32
4 RESULTADOS	35
4.1 Classificação Hierárquica Descendente do corpus CVV (Perfil 1)	35
4.2 Análise de Similitude do corpus ABP (Perfil 2)	37
4.3 Classificação Hierárquica Descendente do corpus Ministério da Saúde (Perfil 3)	39
4.4 Classificação Hierárquica Descendente do corpus MMFDH (Perfil 4)	41
4.5 Análises do Corpus Geral	44
4.5.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	44
5 DISCUSSÃO	49
5.1 Identificação das crenças na Campanha Setembro Amarelo	49
5.2 Estratégias internacionais de prevenção e interlocuções com a Teoria da Ação Planejada	51
5.2.1 Veja-me: a estratégia de promoção à saúde mental na Escócia	52
5.2.2 SUPRANET GGZ: A prevenção ao suicídio na Holanda.....	54
5.2.3 Toda vida Importa – A vida de todos é sagrada: As estratégias neozelandesas de prevenção ao suicídio	56

5.3 Uma proposta sistematizada: contribuições para a estratégia brasileira de prevenção ao suicídio.....	58
6 CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

O suicídio - ato intencional de causar fim à própria vida - é uma questão de saúde pública nacional e global. A cada ano, uma média de 700 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, a maioria em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil. Além disso, há um número ainda maior de pessoas que tentam suicídio, estimando-se que a quantidade de tentativas seja vinte vezes maior que o número de casos (WHO, 2019a).

Trata-se de um fenômeno multifatorial, por isso não se pode atribuir uma causa única ao ato, bem como não se deve compreendê-lo como uma atitude descontextualizada (WHO, 2014). Por esse motivo, segundo Botega (2015), não falamos somente sobre suicídio, mas sobre o comportamento suicida, que envolve ideias, planos e tentativas. A partir disso, como destaca Bertolote (2012), é possível então pensar em fatores de risco e de proteção para esse comportamento a fim de auxiliar na sua prevenção.

No âmbito da prevenção, diversas estratégias podem ser utilizadas, inclusive por meio das redes sociais, através das quais têm sido veiculadas informações importantes sobre como identificar e auxiliar pessoas em risco de suicídio, além de onde buscar suporte profissional (SCAVACINI, 2019). Neste trabalho, destacaremos as ações do “Setembro Amarelo”, campanha brasileira voltada à prevenção do suicídio, que também tem utilizado as redes sociais para conscientização sobre a temática.

Assim, compreende-se a importância de estudos que contribuam para prevenir o comportamento suicida, incluindo teorias que auxiliem na compreensão das crenças que dão origem a um comportamento, como a Teoria da Ação Planejada (TAP). A TAP é uma teoria de destaque mundial e vem sendo utilizada, entre outras áreas, no estudo de comportamentos preventivos em saúde e na formulação de campanhas educativas (AJZEN, 2011; BOSNJAK; AJZEN, 2020). Por isso, pensando na interlocução entre campanhas de conscientização, redes sociais e crenças, este trabalho tem como objetivo principal: identificar as estratégias utilizadas nas redes sociais para a prevenção do comportamento suicida durante a campanha Setembro Amarelo, e, de forma mais específica, identificar, com o auxílio da TAP, as crenças que caracterizam os conteúdos publicados, além de demonstrar esta teoria enquanto modelo teórico importante para formular campanhas de prevenção ao suicídio. Com isso, pretende-se colaborar com o desenvolvimento de estratégias de prevenção que considerem as redes

sociais, bem como auxiliar na elaboração de estratégias nacionais de prevenção futuras e já existentes (como a campanha Setembro Amarelo).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Características epidemiológicas do suicídio no Brasil

De maneira geral, as estatísticas mundiais indicam queda do número de suicídios, ainda que em ritmo insuficiente. Entretanto, essa não é uma realidade em todos os países, como é o caso do Brasil (WHO, 2019b). O país teve um aumento considerável na taxa de mortalidade por suicídio para cada 100 mil habitantes, considerando o período equivalente aos últimos 10 anos, 2010 a 2019 (ano mais recente de informações disponibilizadas). A taxa era de 5,0 em 2010 e subiu para 6,9 em 2019 (WHO, 2021a).

O boletim epidemiológico mais recente sobre mortalidade por suicídio e lesões autoprovocadas no Brasil foi publicado pelo Ministério da Saúde, em Setembro de 2021, referente aos anos de 2010 a 2019. Os dados indicam o aumento dos casos de suicídio em todas as faixas etárias, com destaque para adolescentes e jovens. Acerca do perfil dos casos de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio) as principais características foram “pessoas brancas, do sexo feminino, com baixo grau de instrução e com idade entre 15 e 29 anos, sendo a residência o principal local de ocorrência, e o envenenamento o meio mais empregado para a tentativa de suicídio” (BRASIL, 2021, p. 7). Outra característica relevante é a repetição dessas tentativas, aproximadamente 41% dos casos ocorreu mais de uma vez.

Os primeiro boletim nacional, elaborado pelo Ministério da Saúde, foi lançado em 2017, com informações sobre faixa etária, gênero, raça, dados por região do país e métodos utilizados (BRASIL, 2017a). Na época, houve também o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (BRASIL, 2017b). Comparado ao boletim de 2021, esse boletim traz informações adicionais sobre o suicídio na população idosa que, junto com os jovens, foram os grupos classificados como mais vulneráveis ao suicídio.

2.1.1 Grupos etários: o suicídio em idosos e jovens

Conforme dados do boletim publicado em 2017, a faixa etária com maior taxa de mortalidade por suicídio no Brasil (8,9 - taxa por 100 mil habitantes) é a população idosa acima de 70 anos (BRASIL, 2017a). O comportamento suicida na velhice aparece associado à

fragilidade nas relações familiares, isolamento social, solidão, tédio, transtorno depressivo, abuso de álcool e percepção negativa do envelhecimento (BARROSO et al., 2018; MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

Outras pesquisas corroboram com os fatores apresentados, trazendo a solidão, o isolamento e o abandono decorrente de problemas e conflitos na família também como causas relacionadas a esse comportamento, assim como as perdas da funcionalidade, dos laços sociais e o contexto social de violência, que também podem estar associadas a uma ou diversas das causas citadas (CAVALCANTE; MINAYO, 2015; SILVA et al., 2015).

Figueiredo e colaboradores (2015) trazem estratégias de cuidado importantes para lidar com o comportamento suicida nessa etapa da vida, tais como: a vivência religiosa, o suporte familiar, social e dos serviços de saúde, a relação com animais de estimação e a garantia de autonomia.

Além da população idosa, o suicídio também tem sido um fenômeno relacionado à juventude. Esta é a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no mundo (WHO, 2019a) e está em crescente no Brasil (BRASIL, 2021). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, que realizou uma análise do perfil de jovens com relação à violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre os anos de 2011 e 2018, o suicídio representou 6% de todas as mortes violentas no país para essa faixa etária entre 2011 e 2017, sendo homens negros com 4 a 11 anos de escolaridade o grupo mais vulnerável (BRASIL, 2019a).

Um estudo realizado por Cicogna, Hillesheim e Hallal (2019) acerca do suicídio de adolescentes no Brasil, entre 2000 e 2015, considerando a faixa etária dos 10 aos 19 anos, identificou 11.947 registros de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente, sendo 67% do sexo masculino. Os pesquisadores indicaram que o crescimento desses óbitos quase dobrou (47%), pois, em 2000, a mortalidade a cada 100.000 habitantes – dessa faixa etária - era de 1,71, enquanto em 2015 essa taxa subiu para 2,51. Na mesma direção, a pesquisa de Fernandes e colaboradores (2020) também confirma o crescimento de mortes por suicídio entre adolescentes no período que compreende os anos de 1997 e 2016, com uma taxa de aumento de 1,35% a cada ano.

Segundo Magnani e Staudt (2018), estilos parentais negligentes estariam mais relacionados ao comportamento suicida na adolescência, em virtude do favorecimento da dependência e da baixa autoestima. Além disso, pode-se destacar a influência da mídia na formação da identidade adolescente e sua função potencialmente ambígua acerca do suicídio: podendo ser usada para preveni-lo ou incentivá-lo (PAPPIS, 2018).

Ainda na direção de identificar fatores que exerçam influência significativa para o suicídio nessa faixa etária, uma pesquisa desenvolvida por Gonçalves e Faro (2019), com adolescentes entre 15 e 18 anos, teve como principais resultados os fatores desespero, separação dos pais e sentimento de inadequação.

Por fim, os diferentes fatores apresentados entre idosos e jovens ressaltam a importância de um olhar atento às especificidades dos grupos para se pensar estratégias de prevenção mais contextualizadas, tendo em vista a multicausalidade desse fenômeno (WHO, 2014).

2.1.2 Suicídio segundo região do país, gênero e raça

Em 2010, o Brasil registrou 9.454 casos de mortes por suicídio (CIDs X60 ao X84, Y87). Já em 2019, os casos subiram para 13.523, sendo a maioria do sexo masculino, com o registro de 10.166 casos. As maiores taxas de suicídio foram encontradas nas regiões Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2021; DATASUS, 2022).

Um estudo de Marcolan e Silva (2019), sobre os aspectos epidemiológicos do suicídio no Brasil, identificou que a taxa de mortalidade por suicídio mostrou-se crescente em todas as regiões, com destaque para a região nordeste, que teve aumento maior que 100%.

Sobre o gênero, é importante ressaltar que apesar de o número de casos de suicídio ser maior em homens, as mulheres lideram o número de tentativas, totalizando 69% desses casos entre os anos de 2011 e 2016 (BRASIL, 2017c).

Outro fator relevante a se destacar é a ausência de informações sobre orientação sexual na descrição sociodemográfica do boletim. Dados como esses são importantes tanto para descrever melhor os casos, quanto para pensar estratégias de prevenção voltadas à população LGBT+. Nesse sentido, o Grupo Gay da Bahia, organiza um relatório anual há 40 anos detalhando as mortes violentas nesta população em todo o Brasil. Em 2019, foram identificados 32 suicídios (equivalente a 9,7% das mortes) (OLIVEIRA; MOTT, 2020).

Pensar questões de gênero e suicídio também nos leva às interlocuções entre violência doméstica e tentativas de suicídio. Um estudo realizado por Correia e Colaboradoras (2014) com 30 mulheres com história de violência doméstica e que tentaram suicídio, demonstrou representações ancoradas em rejeição e desamor que levaram ao adoecimento mental, especialmente depressão, fatores que foram relevantes em suas decisões por tentar suicídio. Em pesquisa posterior, Correia e colaboradores (2018) reafirmam os danos à saúde mental – comportamento depressivo e comportamento suicida - vivenciados por mulheres com

histórico de violência doméstica. Outra pesquisa, com autoria de Fonseca-Machado e colaboradores (2015), desenvolvida com 330 gestantes, indicou que as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo apresentavam 6,29 vezes mais chances de apresentar ideias de suicídio.

Sobre a raça, os dados acerca do número absoluto de mortes por suicídio em 2019 trazem a maioria branca (6392) e, em seguida, pessoas pardas (5719) (DATASUS, 2022). Além disso, não se pode negligenciar a atenção à saúde mental indígena, tendo em vista que essa população apresenta a maior taxa de mortalidade – por 100 mil habitantes - no país, com destaque para a faixa etária entre 10 e 19 anos, que concentra quase metade dos casos. A taxa é de 15,2 contrastando com 5,9 da raça branca, 4,7 preta e parda e 2,4 amarela (BRASIL, 2017a). Aqui, é importante compreender a diferença entre taxa de mortalidade e número total de mortes, pois em números absolutos, a morte por suicídio entre indígenas está entre as menores se comparada a outras raças, no entanto essa posição se inverte ao observar a mortalidade a cada 100 mil habitantes.

Victal e colaboradores (2019) destacam que essa é uma realidade mundialmente comum ao citar exemplos de outros países que também apresentam taxa de mortalidade muito maior entre indígenas, como Austrália, Estados Unidos, Canadá e Colômbia. Para o contexto brasileiro, Souza e colaboradores (2020) lançam luz à subnotificação e à heteroclassificação racial nos registros de morte por suicídio, fato que pode ser aplicado não só aos dados de pessoas indígenas.

Dessa forma, ao observar as estatísticas por suicídio, é imprescindível considerar que existem, ainda, muitos casos subnotificados, mesmo as tentativas de suicídio sendo um agravo de notificação compulsória imediata no país (BRASIL, 2014). Acerca dos sub-registros, Bertolote (2012) aponta o prejuízo tanto para a elaboração de programas de prevenção ao suicídio, pois a problemática é compreendida como de menor gravidade, quanto para a notificação incorreta de óbitos por outras causas. Além disso, o autor também destaca que antes da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) poucos países registravam casos de suicídio.

Ainda sobre o suicídio no contexto indígena, compreende-se que discutir suas causas requer um aprofundamento em questões culturais, ambientais e sociais dessa população. Portanto, não se podem esgotar perspectivas relacionadas à causalidade a partir de uma lista limitada ou de referências reduzidas. Dentre as citadas pelos estudos anteriores estão: processos de aculturação, apropriação de território, relação com abuso de álcool e sobrecarga a partir de exigências e funções sociais (SOUZA et al., 2020; VICTAL, et al., 2019).

2.1.3 Principais métodos utilizados

Conhecer os principais meios utilizados também é um caminho importante para se pensar estratégias de prevenção do suicídio, especialmente no que diz respeito a como esses métodos são acessados (WHO, 2014). De forma geral, os três métodos mais utilizados no Brasil são, em ordem decrescente: envenenamento/intoxicação exógena, objeto cortante e enforcamento (BRASIL, 2021).

A fim de conhecer melhor o perfil epidemiológico das tentativas por intoxicação exógena, o Brasil lançou um Boletim em 2019 (BRASIL, 2019b). Segundo o boletim, o uso de agrotóxicos no meio agrícola constitui a maior parte dos produtos utilizados e, além de apresentarem o risco de morte enquanto método de suicídio, também são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, levando os trabalhadores rurais a uma dupla exposição.

Acerca do uso de agrotóxicos, é importante salientar a diferença econômica entre os países. Nos países de baixa e média renda, como o Brasil, ainda se permite o uso de pesticidas organofosforados, que já tiveram os riscos à saúde física e mental comprovados. Estes, inclusive, estão entre os agrotóxicos mais utilizados no Brasil (BERTOLOTE, 2012; PEREIRA; CORRÊA, 2018; RAMOS; SILVA FILHO; JARDIM, 2003).

Entre as estratégias mais indicadas para prevenção de risco alto de suicídio está o afastamento da pessoa aos meios para cometê-lo. De forma geral, reduzir o acesso aos meios tem se mostrado eficaz e uma alternativa de baixo custo. Em uma proporção maior, pode-se pensar também no investimento em obras de planejamento urbano que não favoreçam o ato – como, por exemplo, elevados e pontes com a proteção adequada, além da proibição da venda de alguns pesticidas e da dificuldade do acesso a armas (BERTOLOTE, 2012; WHO, 2014).

2.2 Prevenção do comportamento suicida: políticas públicas no Brasil e no mundo

O suicídio é um fenômeno multifatorial, pois envolve questões biológicas, sociais, psicológicas, ambientais e culturais (WHO, 2014). Deve-se, também, considerar aspectos relacionados à ideação, ao planejamento e à própria tentativa de suicídio (BERTOLOTE 2012; BOTEGA, 2015).

De acordo com Botega (2015), de forma geral, as ideias de suicídio indicam um risco para futuras tentativas, enquanto o planejamento já se constitui um forte sinal de alerta para o risco de morte. O autor aponta também para o fato de a dor psíquica (*psychache*) ser uma

característica presente nos casos de comportamento suicida, o que leva o sujeito a ver o fim de sua vida como um meio para encerrar essa dor. Além da dor psíquica, outros fatores são importantes a se observar, o que o autor chama de regra dos “D’s”: Dor psíquica, Desespero, Desesperança, Desamparo, Depressão, Dependência Química e Delírio. Essa regra auxilia na avaliação clínica, especialmente de pacientes com transtornos mentais, considerando que a presença de transtorno mental e a tentativa prévia de suicídio são os principais fatores de risco (D’OLIVEIRA; BOTEGA, 2006).

Acerca dos fatores de risco, Bertolote (2012) destaca a importância da distinção entre fatores predisponentes e fatores precipitantes. Os fatores predisponentes, também chamados de distais, são caracterizados por perfis, condições ou situações responsáveis por tornar aquela pessoa mais propensa a desenvolver um comportamento suicida em longo prazo, por exemplo, genética, regulação neuroquímica, transtornos mentais, histórico familiar de suicídio, histórico de abuso, aspectos sociodemográficos, pessoas com quadros clínicos graves ou incuráveis. Os fatores precipitantes, ou proximais, são aqueles que estão cronologicamente mais próximos ao comportamento suicida, sendo, por esse motivo, percebidos de modo mais fácil, como perdas significativas (sejam materiais ou pessoais), piora de uma doença, acesso facilitado aos meios de suicídio e vivenciar uma humilhação de forma pública. Nesse sentido, segundo o autor, é imprescindível considerar que o comportamento suicida ocorre na interação desses fatores e que existem alguns deles que podem ser modificados ou eliminados.

Conforme destacam D’Oliveira e Botega (2006), é possível, também, identificar o nível de risco de suicídio a fim de auxiliar no manejo clínico desses pacientes. O risco baixo tem como característica a presença de pensamentos suicidas sem planejamento. No risco médio, a pessoa apresenta tanto a ideia suicida quanto um plano para realizá-lo, no entanto esse planejamento não é imediato. Por fim, o risco alto de suicídio é caracterizado pela ideia suicida aliada a um plano de suicídio, com acesso aos meios para fazê-lo. Pode haver também sinais de despedida por parte daquela pessoa. Diante da magnitude e complexidade desse fenômeno, veremos que as atividades de prevenção não devem estar concentradas exclusivamente no manejo emergencial dos casos, mas envolvem propostas educativas desde a população geral até grupos mais vulneráveis, observando também os níveis de risco, como veremos a seguir (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA et al., 2006; WHO, 2014).

Bertolote (2012) apresenta, em seu livro, dois modelos conceituais de prevenção. O primeiro é a prevenção em 3 níveis (primário, secundário e terciário), compreendendo prevenção como um conjunto de ações para impedir ou retardar a evolução de um agravo e

não somente eliminar ou intervir nas causas primeiras. Assim, a Prevenção Primária concentra-se em evitar que o problema ocorra; a Prevenção Secundária tem como foco prevenir o sofrimento, incapacidades e óbitos, evitando, portanto, a evolução e agravamento de um problema já instalado; a Prevenção Terciária busca recuperar a capacidade funcional da pessoa que já tem sido atingida pelo problema. Esse modelo foi desenvolvido por Leavell e Clark na década de 60.

O próximo modelo está baseado no nível de risco de suicídio e é inspirado nos estudos de Gordon, em 1987. Como o próprio nome sugere, este modelo concentra-se na prevenção a partir do risco que determinada pessoa (ou grupo) tem de desenvolver um comportamento. Dessa forma, podem ser distinguidos três níveis. O primeiro é a Prevenção Universal, tendo como público-alvo toda a população. Como exemplo, pode ser citada a campanha Setembro Amarelo, no Brasil, que desde 2015 promove ações de prevenção do suicídio. O seguinte nível é o da Prevenção Seletiva, que é destinada a pessoas com risco baixo ou moderado de suicídio. Um exemplo de prevenção seletiva é o tratamento adequado de transtornos mentais. Por fim, tem-se a Prevenção Indicada, na qual o indivíduo apresenta um risco alto de suicídio ou já iniciou o comportamento. Os cuidados psicossociais oferecidos de forma contínua para pessoas que já tentaram suicídio são um exemplo desse tipo de prevenção (BERTOLOTE, 2012).

Elaborar estratégias de prevenção requer, portanto, a elaboração de políticas públicas e a viabilização do acesso a serviços de saúde mental, pois tão importante quanto identificar, educar e divulgar, é possibilitar meios de suporte à população (WHO, 2014). Segundo Botega e colaboradores (2006), países como Finlândia, Noruega, Suécia, Austrália e Nova Zelândia têm boas estratégias nacionais voltadas especialmente à Prevenção Universal. Já a França tem desenvolvido estratégias mais ligadas à Prevenção Seletiva, observando grupos específicos. A Escócia, por sua vez, lançou diretrizes nacionais para orientar cada região a delinear estratégias de prevenção voltadas às suas especificidades.

A partir dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde lançou uma série de materiais, específicos para cada público, com diretrizes sobre a prevenção do suicídio. Dentre eles estão manuais destinados a profissionais da saúde (WHO, 2000a; 2020b), profissionais da mídia (WHO 2000c), profissionais da educação (WHO, 2000d) e profissionais que atuam com segurança e emergências (como bombeiros, policiais e agentes penitenciários) (WHO, 2007; 2009).

Nessa direção, a OMS disponibiliza orientações através do modelo *LIVE LIFE*, elaborado com o objetivo de auxiliar os países na formulação de estratégias eficazes de

prevenção ao suicídio, bem como orientar toda a comunidade que esteja interessada em atividades voltadas à prevenção. *LIVE* representa os pilares da estratégia: análise da situação; colaboração multissetorial; sensibilidade; capacitação; financiamento; vigilância, monitoramento e avaliação. Por fim, o eixo *LIFE* funciona como uma sigla. L: Limitar o acesso aos meios; I: Interação com a mídia acerca de reportagens que abordem o tema de maneira responsável; F: Estimular (*Foster*) as habilidades socioemocionais em jovens; E: identificação precoce (*early*) e apoio aos afetados (WHO, 2021b).

No ano de 2018, a OMS lançou um guia reunindo experiências de diversos países na formulação de estratégias nacionais de prevenção ao suicídio, como forma de incentivar outros países a criarem ou revisarem suas estratégias atuais. São listados 38 países que possuem uma estratégia nacional de prevenção, além da menção a outros que incluíram a temática em seus planos de saúde mental. O Brasil não foi mencionado nesta produção. (WHO, 2018).

Uma pesquisa mais recente, realizada pelo Centro de Pesquisa e Investigação em Suicídio (CRISE) no Canadá, refere que a OMS cita 40 países que possuem uma estratégia nacional, dentre eles o Brasil, no entanto o material atualizado da OMS está indisponível em seu site. A pesquisa realizada pelo CRISE reúne as estratégias de 6 países que estão em fases diferentes de implementação. O material diferencia 4 fases: fase 1, conscientização e mobilização (tendo o México como exemplo); fase 2, estratégias nacionais iniciais (citados Brasil e Butão); fase 3, revisão das estratégias (Portugal e Canadá); fase 4, denominada reflexão e experiências (traz as experiências exitosas de prevenção na Nova Zelândia) (BARDON; PEREIRA; GOULET-CLOUTIER, 2021).

Ao observar detalhes na legislação brasileira envolvendo saúde mental e prevenção do suicídio, foi possível identificar que o Brasil lançou, em 2006, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, através da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006). Nela contém que as ações devem:

- I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Cinco anos depois, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). É importante destacar que essa portaria não traz nenhuma informação sobre a atenção ao comportamento suicida, seja direcionado a uma prevenção considerada universal, seja trazendo informações, fluxos ou diretrizes para casos de tentativa de suicídio. A notificação compulsória imediata para o suicídio é instituída a partir de 2014, por meio da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Por fim, em 2019, foi instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Vale ressaltar que essa política não foi exclusiva do Ministério da Saúde, contando também com o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, Ministério da Educação e Ministério da Justiça e Segurança Pública (BRASIL, 2019c). Em setembro de 2019, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, lançou a Campanha “Se Liga, dê um *Like* na vida”, voltada especialmente para o público jovem, que visou à valorização da vida e ao combate à depressão, incentivando que os jovens tenham momentos presenciais com família e amigos (BRASIL, 2019d).

Esta lei se caracteriza como os primeiros passos de uma estratégia nacional de prevenção, entretanto o estigma, as desigualdades na assistência à saúde mental, a corrupção envolvendo os recursos financeiros e uma abordagem em saúde que, muitas vezes, não visualiza problemas de saúde mental, são desafios que precisam ser superados (BARDON; PEREIRA; GOULET-CLOUTIER, 2021).

Essa sequência de informações legais foi trazida com o intuito de nortear cronologicamente o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas ao comportamento suicida no Brasil, além de trazer reflexões acerca do que temos avançado e observar o que ainda é preciso desenvolver. Ter diretrizes nacionais, uma rede de atenção psicossocial e, recentemente, uma política voltada a essa temática são aspectos importantes. No entanto, deve-se observar, também, que houve um intervalo de 13 anos desde as diretrizes nacionais em 2006 até a instituição de uma política nacional de prevenção em 2019. Além disso, é

importante considerar a dificuldade no acesso à rede de atenção psicossocial que é vivenciada no país, além de outras questões, como a importância da qualificação profissional para atender a demanda.

Por fim, um trabalho de destaque na prevenção do suicídio no Brasil é o do Centro de Valorização da Vida (CVV), organização sem fins lucrativos, fundada em 1962 e reconhecida como Utilidade Pública Federal, desde 1973. É associada à *Befrienders Worldwide*, que reúne entidades semelhantes em nível global. Sua função é oferecer serviço de apoio emocional e prevenção do suicídio, de forma voluntária e gratuita para qualquer pessoa que tenha interesse nesse serviço, proporcionando total sigilo das informações, garantindo também o anonimato. A instituição auxiliou na elaboração da Política Nacional de Prevenção do Suicídio e mantém um termo de cooperação com o Ministério da Saúde para a manutenção de uma linha gratuita nacional de prevenção do suicídio, o número 188, que funciona durante 24 horas sem nenhum custo, prestando também atendimentos presenciais em 120 postos de atendimento no país e o contato através do site www.cvv.org.br, por chat e e-mail. A média de atendimentos é de 3 milhões de pessoas por ano através 4000 voluntários, aproximadamente. Além dos atendimentos, o CVV produz diversos materiais voltados à prevenção do comportamento suicida, disponibilizados gratuitamente em seu site e em suas redes sociais (CVV, 2021).

2.3 A ciência psicológica e as intervenções para pacientes em risco de suicídio

Estudos recentes, na área da Medicina e da Psicologia baseadas em evidência, vêm sendo desenvolvidos em busca dos melhores tratamentos para pacientes em risco de suicídio, tanto acerca da ideação suicida, quanto para pessoas que realizaram tentativas.

A revisão sistemática elaborada por D'Antis e colaboradoras (2019) analisou evidências farmacológicas e não-farmacológicas através de 8 Revisões Sistemáticas e 15 Ensaios Clínicos Randomizados entre os anos de 2011 e 2018 que, entre outros resultados, indicou a efetividade da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) – tanto de forma presencial quanto no atendimento *online* – para a redução de tentativas de suicídio, ideação suicida e desesperança em contraponto com o tratamento usual.

As pesquisas em Teoria Cognitivo Comportamental revelaram, também, ao longo dos anos, alguns construtos que se relacionam com risco de suicídio, como desesperança e distorções cognitivas - especialmente do tipo adivinhação (JAGER-HYMAN et al., 2014; KOVACK; BECK; WEISSMAN, 1975). Não se deve negligenciar, também, o risco da impulsividade para as tentativas de suicídio em detrimento do foco em sintomas de depressão

e desesperança – por serem mais comuns, como demonstra o estudo realizado por Spokas e colaboradores (2012), que indicou letalidade semelhante entre as tentativas planejadas e impulsivas.

Achados apresentados por Brown e colaboradores (2005), indicaram que a intervenção de 10 sessões de TCC após uma tentativa de suicídio, ao longo de 18 meses, levou a um percentual 50% menor de chances para novas tentativas de suicídio em comparação com o grupo de cuidados habituais. Um estudo posterior, que também analisou os resultados dessa pesquisa, destacou a relevância da flexibilidade do terapeuta na condução desses casos. Isso representa organizar estratégias para evitar faltas ou baixa adesão às sessões como, por exemplo, realizar a primeira consulta ainda no hospital (após tentativa), orientações de como chegar ao local dos atendimentos e ligações como lembretes. Fez-se importante realizar um trabalho voltado à resolução de problemas, antecipando possíveis barreiras que poderiam ser impeditivas para o tratamento. Sugere-se, também, a flexibilidade para disponibilizar atendimento emergencial, de forma que o paciente possa buscar o consultório mesmo sem agendamento, além do investimento em um ambulatório voltado ao risco de suicídio, no qual plantonistas estivessem disponíveis para atendimento (GIBBONS et al., 2010).

Nessa direção, outras estratégias de curta duração também vêm sendo estudadas. Em 2015, o psiquiatra Konrad Michel e a psicóloga Anja Gysin-Maillart publicaram um manual apresentando o Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) que, em tradução livre, pode ser lido como “Programa de Intervenção Curta para Tentativas de Suicídio”, criado em Berna, na Suíça (MICHEL; GYSIN-MAILLART, 2015).

O programa tem a aliança terapêutica como um pilar do tratamento, tendo em vista que a ideação suicida, por vezes, passa despercebida por profissionais de saúde, além de ser compreendida pelo sujeito como algo que faz parte si e que não necessita de tratamento ou não há chances de melhora. A estrutura do ASSIP é composta por 3 sessões com duração de 60 a 90 minutos. A primeira sessão é direcionada à realização da entrevista narrativa, na qual o paciente é protagonista, relatando as situações, em sua biografia, que estão relacionadas às ideias e tentativas de suicídio. Ela será gravada e assistida pelo paciente e pelo terapeuta na segunda sessão. Nesta sessão, será possível identificar pensamentos, emoções e comportamentos que ocasionaram a mudança de um estado de dor psíquica para uma ação de suicídio. Na segunda sessão também será realizada uma psicoeducação, através de apostila com temas relacionados ao suicídio que deverá ser comentada pelo paciente na sessão 3. Na terceira sessão, a conceituação do caso realizada pelo terapeuta, bem como os comentários do paciente, serão apresentados e revisados, a partir dos quais serão elaboradas estratégias de

prevenção individualizadas para serem feitas a longo prazo. Por fim, há o envio de cartas semi-padronizadas pelos terapeutas, durante os próximos 24 meses, que podem ou não ser respondidas pelos pacientes. Nesse sentido, o programa afirma-se como uma alternativa breve e eficaz para o tratamento na tentativa de suicídio (MICHEL; VALACH; GYSIN-MAILLART, 2017).

Um Ensaio Clínico Randomizado, que contou com 120 participantes que tentaram suicídio e realizavam tratamento (internação ou ambulatorial) em um hospital psiquiátrico na Suíça, revelou que as taxas de tentativa de suicídio foram consideravelmente menores no grupo de pacientes que passou pelo programa ASSIP, sendo 5 tentativas entre 59 participantes, em comparação com 41 tentativas entre os 53 participantes do grupo controle (PARK et al., 2018). Um estudo posterior, com análises dessa mesma amostra, demonstrou melhores estratégias de enfrentamento entre o grupo ASSIP após seus 24 meses de duração em tratamento (MAILLART; SORAVIA; SCHWAB, 2020).

Diante das possibilidades apresentadas, percebe-se que a Psicologia tem um papel fundamental na condução dos casos de risco de suicídio. Nesse sentido, este tópico também busca trazer um alerta acerca da importância de oferecer tratamentos baseados em evidências científicas para pessoas em risco de suicídio. O trabalho educativo das campanhas de conscientização - sobre reconhecer e buscar ajuda - necessita ser confirmado através do acesso a serviços de saúde mental que, por sua vez, ofereçam um tratamento efetivo para essa população.

2.4 Campanha Setembro Amarelo: uma experiência brasileira

O dia 10 de Setembro, dia Internacional de Prevenção ao Suicídio, é organizado anualmente pela Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio (IASP) com o apoio da Organização Mundial da Saúde. Neste dia, busca-se reforçar a divulgação sobre o suicídio, a fim de reunir esforços para preveni-lo de forma global (PAHO, 2021).

A data foi criada pelas duas instituições em 2003, sendo um estímulo às campanhas nacionais e mundiais de prevenção. A cada ano, um tema é escolhido para compor a divulgação, com exceção do triênio 2018-2020, que teve o mesmo tema: “Trabalhando juntos para prevenir o suicídio”. Desde 2016, as cores predominantes da fita que simboliza a campanha são amarela e laranja, que fazem alusão à chama de uma vela, tendo em vista que acender uma vela próximo à janela, no dia 10 de Setembro, é uma das ações simbólicas que a

campanha incentivada, como forma de apoiar a prevenção e demonstrar apoio aos que sofrem o luto por suicídio (IASP, 2021).

No Brasil, além do dia 10 de Setembro, o mês inteiro é dedicado a ações de prevenção ao suicídio, através da campanha Setembro Amarelo. Ao pesquisar fontes oficiais sobre a campanha Setembro Amarelo, encontra-se uma divergência de informações acerca de seu ano de criação e das instituições envolvidas.

No site *www.setembroamarelo.org.br*, vinculado ao site do CVV, a campanha tem sua criação atribuída ao Centro de Valorização da Vida, Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2015. Há uma ênfase na adesão à campanha através do uso da cor amarela, como um lembrete à prevenção, seja através de roupas/acessórios ou da iluminação de monumentos públicos, como o Cristo Redentor, no Rio de Janeiro. Há um incentivo, também, para a realização de eventos, como caminhadas e palestras utilizando os materiais disponibilizados no site.

Em contrapartida, o site *www.setembroamarelo.com*, refere o ano de 2014 como o de criação da campanha, de autoria da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Conselho Federal de Medicina. Posteriormente, em 2017, as duas entidades criaram diretrizes, que estão disponibilizadas neste site, fornecendo informações à população sobre como participar da campanha. A apresentação da campanha no site informa, especialmente, sobre a relação entre transtornos mentais e suicídio. Além disso, também destaca as ações em prol da iluminação de monumentos em amarelo e a realização de eventos como forma de conscientização, disponibilizando materiais. A campanha é mencionada como internacional, fazendo referência ao dia 10 de Setembro como oficial da campanha, mas referindo que, no Brasil, o Setembro Amarelo realiza ações durante todo o mês.

Ambos os sites não trazem uma explicação ao uso do amarelo como cor relacionada ao mês. No entanto, algumas referências informais, como um texto informativo da prefeitura de Bossoroca, Rio Grande do Sul, associam o amarelo à história do suicídio do jovem Mike Emme, nos Estados Unidos. Ele possuía um veículo amarelo e, no dia de seu velório, seus pais e amigos escreveram mensagens de apoio emocional em cartões com fitas amarelas para serem distribuídos (PREFEITURA DE BOSSOROCA, 2021).

É importante salientar que o Setembro Amarelo é uma campanha independente e não faz parte de uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio, que tenha sido elaborada e desenvolvida pelo Governo Federal. O Brasil possui políticas públicas voltadas à temática, no entanto não conta com programas específicos no âmbito da prevenção que sejam organizadas pelo governo.

2.5 Suicídio e redes sociais: articulações sobre influência social e prevenção

A OMS indica que as redes sociais podem ser utilizadas como um auxílio na prevenção do comportamento suicida, especialmente através de conteúdos educativos para toda a população e da indicação e criação de canais de suporte emocional (WHO, 2014).

É possível, assim, pensar na relação entre redes sociais e saúde, como destaca Vermelho e Colaboradores (2014), através dos dados de uma pesquisa publicada no jornal O Globo, em 2011, realizada pela *Bupa Health Puse*, com 12 países, dentre eles o Brasil. A pesquisa indicou que 81% das pessoas com acesso à internet utilizam-na para buscar informações sobre saúde, estando o Brasil em 5º lugar nesse ranking.

O site *datareportal.com*, em parceria com We are Social e Hootsuite, publicam anualmente o Relatório de Visão Geral Digital Global. Dados do último relatório, publicado em Janeiro de 2022, indicam que as redes sociais *Facebook (Meta)* com 2,9 bilhões de usuários ativos por mês, *Youtube* com 2,5 bilhões de usuários ativos mensais, *WhatsApp* com 2 bilhões de usuários ativos mensais e *Instagram* tendo 1,4 bilhões de usuários mensais são as mais acessadas mundialmente. O relatório também demonstrou que os brasileiros, filipinos e colombianos são os que mais gastam horas on-line, em média 10 horas por dia, atrás apenas dos sul-africanos, que têm a média de 10 horas e 46 minutos por dia (DATAREPORTAL, 2022).

Diante da maximização do uso das redes sociais, diversas pesquisas vêm sendo desenvolvidas a fim de observar sua influência em comportamentos relacionados à saúde, como, adesão ao tratamento de diabetes (FERNANDES; CALADO; ARAÚJO, 2018), doação de sangue (SILVA et al., 2018) e insatisfação com a imagem corporal (LIRA et al., 2017).

Nesse sentido, já existem pesquisas sendo desenvolvidas a fim de evidenciar a importância das redes sociais como ferramenta para prevenção do suicídio (BLATT, 2019; SILVA; ROSSI, 2017). Entretanto o uso das redes sociais – e da internet em geral, dependendo da forma como o conteúdo é elaborado, pode levar ao inverso: promover adoecimento, potencializando o risco de suicídio. Esse viés é evidenciado, especialmente, através do chamado “Efeito *Wether*”, termo utilizado para denominar o efeito contágio de um suicídio, que leva a outros comportamentos semelhantes por imitação (PHILLIPS; CARSTENSEN; PAIGHT, 1989).

Através do exemplo do Efeito *Wether*, o psicólogo social David Myers (2014) demonstra como a influência social, no âmbito da conformidade e obediência, pode levar a

uma sugestibilidade negativa de comportamentos. Esse efeito é muito abordado em materiais educativos direcionados aos profissionais da comunicação, tendo em vista o risco que notícias de mortes por suicídio podem oferecer quando não elaboradas da forma adequada. Por isso, dentre as orientações necessárias estão: não informar métodos, não idealizar possíveis causas e não romantizar ou simplificar o fato. Além disso, é importante, também, orientar sobre locais que possam ajudar nessas situações, fazendo com que a notícia traga visibilidade ao tema na direção da prevenção (BRASIL, 2017d; WHO, 2000c).

Contudo as informações que circulam na internet acerca do suicídio não são provenientes apenas de fontes oficiais, elaboradas por profissionais. Muitos relatos estão em perfis de redes sociais pessoais, até mesmo anônimas, com detalhes e expressões que acabam por estimular o comportamento suicida, especialmente no público adolescente (ABREU; SOUZA, 2017; SIEBEL, 2019; VEDANA, 2018). Considerando esse contexto, Scavacini (2019), representando o Instituto Vita Alere, elaborou um material que orienta como publicar de forma segura sobre suicídio nas redes sociais.

É importante salientar que, além das contribuições para as campanhas de saúde voltadas à prevenção do suicídio, no Brasil e no mundo, a relevância desse estudo se dá diante do número reduzido de pesquisas que investigam a capacidade das redes sociais para promover saúde mental, pois, segundo Schønning e colaboradores (2020), a ênfase é maior para estudos que focam nos prejuízos, como o desenvolvimento de patologias a partir do uso das mídias sociais.

Por fim, reitera-se a responsabilidade e o cuidado necessários para as publicações, tendo em vista a influência social exercida pelo conteúdo veiculado e, considerando, também, o grande tempo de horas gastos on-line.

2.6 Teoria da Ação Planejada: principais construtos e sua articulação com campanhas preventivas

A Teoria da Ação Planejada (TAP) é um modelo teórico-metodológico com resultados importantes na literatura voltados, dentre outras áreas, à prevenção em saúde, abordando temas como HIV, câncer, saúde do homem e saúde da mulher (AJZEN; ALBARRACÍN; HORNÍK, 2007; CHAVES; FERNANDES; BEZERRA, 2018; D'AMORIM; FREITAS; SÁ, 1992; GOMES; FERNANDES, 2018).

A TAP, de autoria de Ajzen, com a colaboração de outros autores, como Albarracín, Hornik e Fishbein é uma expansão da Teoria da Ação Racional (TAR), elaborada na década

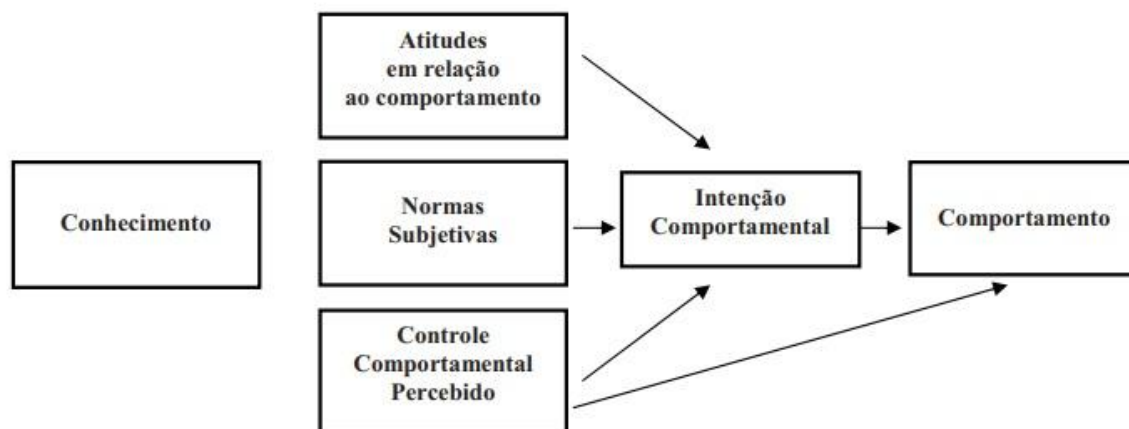
de 1960, por Martin Fishbein (MOUTINHO; ROAZZI, 2010). As primeiras pesquisas com a Teoria da Ação Planejada datam de 1985 e são voltadas a prever os mais diversos comportamentos sociais, além disso, tem apresentado crescimento exponencial como teoria que embasa estudos nesse âmbito, crescendo de 22 citações em seu ano inicial para 4550 citações por ano em 2010 (AJZEN, 2011). Ainda em pesquisas mais recentes, no ano de 2020, a TAP permanece em destaque mantendo grande quantidade de publicações que utilizam a teoria, além de ter uma abrangência de estudos nas mais variadas áreas: ciências da saúde, ciências ambientais, negócios e gestão e pesquisa em educação (BOSNJAK; AJZEN; SCHMIDT, 2020).

Para compreender os construtos da TAP, antes se faz necessário conhecer sua predecessora. A Teoria da Ação Racional (TAR) buscou compreender determinado comportamento a partir da identificação das intenções comportamentais a nível pessoal - atitudes - e no âmbito social - normas subjetivas. No entanto essa análise permite entender somente a motivação da ação, não considerando os fatores que influenciam no controle do comportamento (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Por isso, para a TAP, existe um terceiro grupo de crenças, além das comportamentais e normativas, que exercem influência no desempenho comportamental: as crenças de controle, chamadas de controle percebido. Assim, atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido atuam em conjunto na formação da intenção comportamental, resultando, por sua vez, no comportamento. Além disso, quanto maior o controle percebido, maior será a chance de se obter um bom desempenho no comportamento, tendo em vista que pode atuar, também, de forma direta no comportamento, sem o intermédio da intenção comportamental (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

A figura a seguir ilustra a interação das atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido na intenção comportamental e, por sua vez, no comportamento. É possível também observar a relação direta entre controle percebido e comportamento.

Figura 1 - A Teoria da Ação Planejada (Theory of Planned Behavior)



Fonte: Adaptado de Azjen, 1981 (*apud* MOUTINHO; ROAZZI, 2010, p. 284)

É importante observar, também, como destacam Bosnjak, Ajzen e Schmidt (2020) que o controle comportamental percebido vem sendo estudado como um moderador dos efeitos das atitudes e norma subjetiva sobre a intenção comportamental e, em especial, fortalecendo a atitude e enfraquecendo a norma subjetiva, conforme o estudo de La Barbera e Ajzen (2020).

Uma metanálise realizada somente com comportamentos em saúde, considerando 39 estudos e um total de 13.121 sujeitos de pesquisa, identificou que o controle comportamental percebido moderou a relação entre intenção comportamental e comportamento, mas não a relação direta entre atitude e intenção e entre norma subjetiva e intenção. Entretanto as conclusões sugerem que ainda são necessárias mais pesquisas, tendo em vista que não se podem generalizar as populações consideradas nos estudos (HAGGER et al., 2022).

Compreendidos os conceitos principais da TAP, faz-se necessário evidenciar que os comportamentos aqui estudados serão o comportamento suicida e, mais especificamente, o comportamento da prevenção ao suicídio.

Embora estudos sobre Teoria da Ação Planejada e campanhas de prevenção ao suicídio sejam escassos, a interlocução entre TAP e prevenção do comportamento suicida vem sendo estudada especialmente voltada à identificação da intenção de intervir quando alguém apresenta um comportamento suicida, além de estudar programas de *gatekeepers*, que são pessoas treinadas para identificar comportamentos de risco em suicídio e direcioná-las ao apoio adequado (ALDRICH, 2015; ALDRICH; CEREL, 2009; KUHLMAN et al., 2017; KUHLMAN et al., 2020; MUEHLENKAMP; HAGAN, 2020; TUNG et al., 2019).

Com relação a estudos voltados à prevenção, pesquisas apontam a TAP como recurso teórico relevante para embasar campanhas educativas, como evidencia o estudo de Darabi e colaboradores (2017) que analisou uma intervenção educacional, voltada ao planejamento de comportamentos sexuais e reprodutivos, realizada com 578 meninas iranianas que cursavam o ensino médio. Seus resultados demonstraram que o grupo experimental apresentou melhoras significativas em todos os construtos que envolvem o comportamento, de acordo com a TAP. O estudo sugere, ainda, que as políticas públicas voltadas para esse contexto sejam reformuladas ofertando programas de educação sexual que exerçam maior influência sobre o comportamento, tais quais as evidências apresentadas pela intervenção.

Outra experiência exitosa que utilizou a TAP no embasamento de campanhas educativas está presente no estudo de Mostafavi e colaboradores (2021) que demonstrou melhoria nos comportamentos de direção segura entre jovens, após um programa comunitário que visou ao desenvolvimento de comportamentos seguros no trânsito.

Dessa forma, pensando na articulação entre campanhas de prevenção e sua divulgação, (mais especificamente, prevenção do suicídio, através da campanha Setembro Amarelo e sua divulgação nas redes sociais, que é um meio de grande influência social) deve-se considerar a elaboração do conteúdo veiculado, a fim de que este atinja o objetivo proposto, que é prevenir determinado comportamento, neste caso o suicídio. Além disso, compreendendo, também, que a Teoria da Ação Planejada tem se destacado tanto em pesquisas voltadas a comportamentos em saúde quanto em estudos que propõe a elaboração de campanhas de prevenção, esta pesquisa busca responder às seguintes perguntas:

1. Quais estratégias a campanha de destaque nacional Setembro Amarelo tem utilizado para elaborar o conteúdo divulgado nas redes sociais sobre prevenção do suicídio?
2. Considerando a Teoria da Ação Planejada como aporte teórico, quais crenças podem ser identificadas no conteúdo dessas publicações?
3. Assim como em outras campanhas educativas, a Teoria da Ação Planejada pode ser um referencial teórico relevante para embasar campanhas de prevenção ao comportamento suicida?

3 MÉTODO

Nesta pesquisa, os conceitos de crenças comportamentais, normativas e de controle serão importantes para fundamentar e interpretar os resultados. Não serão utilizados os manuais metodológicos da TAP, tendo em vista que não foram realizadas entrevistas com sujeitos, mas sim análises do material textual das publicações que buscam fomentar um comportamento: a prevenção. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, do tipo documental (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Salienta-se que a identificação das crenças na TAP é obtida através das respostas dos sujeitos e que essas crenças têm o potencial de embasar intervenções em saúde, conforme demonstrado no tópico anterior. Entretanto, este estudo se propôs a analisar os conteúdos da campanha a partir da TAP, enfatizando que estes não foram elaborados a partir da consulta às crenças dos sujeitos sobre o comportamento da prevenção ao suicídio, mas também expressam crenças acerca da temática e buscam gerar a prevenção. Nesse sentido, o caminho adotado para classificar essas crenças será a Teoria da Ação Planejada.

3.1 Variáveis utilizadas

3.1.1 Perfis nas redes sociais

Este estudo analisou as publicações de 4 perfis nas redes sociais *Instagram* e *Facebook (Meta)* entre os anos 2015 e 2021. *Instagram* e *Facebook* foram escolhidos por estarem entre as redes sociais mais acessadas no Brasil e no mundo. Os perfis selecionados foram:

- Perfil 1: Centro de Valorização da Vida (@cvvoficial), por ser um dos idealizadores da campanha Setembro Amarelo e principal canal de suporte emocional em prevenção do suicídio no país. Possui 231 mil seguidores no *Instagram* e 194 mil seguidores em sua página do *Facebook*.
- Perfil 2: Associação Brasileira de Psiquiatria (@abpbrasil), também por estar relacionada à idealização da campanha. Possui 77,9 mil seguidores no *Instagram* e 283 mil seguidores em sua página do *Facebook*.
- Perfil 3: Ministério da Saúde (@minsaude), pois é o ministério responsável por desenvolver políticas públicas em saúde mental e está relacionado à Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Possui 2,8 milhões de

seguidores no *Instagram* e 5,3 milhões de seguidores em sua página do *Facebook*.

- Perfil 4: Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (@mdhbrasil), por estar relacionado à Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Possui 102 mil seguidores no *Instagram* e 997 mil seguidores em sua página do *Facebook*.

3.1.2 Ano das publicações

O período considerado para as publicações foi os anos de 2015 a 2021, tendo em vista que o ano de 2015 representou o início da campanha nas redes sociais. É importante salientar que o site *www.setembroamarelo.com* (ligado à ABP) refere o ano de 2014 como o início da campanha, mas publicações com o termo Setembro Amarelo foram identificadas somente a partir de 2015, tanto no perfil da ABP, como nos demais perfis aqui selecionados.

Para fins de análise, os anos foram representados da seguinte forma: ano 1 = 2015, ano 2 = 2016, ano 3 = 2017, ano 4 = 2018, ano 5 = 2019, ano 6 = 2020, ano 7 = 2021.

3.2 Publicações selecionadas

Como critério de inclusão, foram consideradas apenas as postagens realizadas entre 1 de 30 de Setembro, exceto os casos em que o conteúdo do Setembro Amarelo surgiu já em 30 ou 31 de Agosto. Foram consideradas tanto as legendas quanto o conteúdo textual presente nas imagens. No caso de publicações em duplicidade, quando a mesma postagem foi feita tanto no *Instagram* quanto no *Facebook* do mesmo perfil e no mesmo ano, apenas uma delas foi incluída nos dados. Vídeos, publicações fora do período citado e comentários foram excluídos.

3.3 Processamento e análise de dados

O conteúdo textual foi transcrito e organizado no editor de texto *LibreOffice 7.2*. O corpus foi posteriormente processado pelo *software Iramuteq* (RATINAUD, 2009). As análises utilizadas foram: estatísticas textuais clássicas, especificidades e AFC, análise de similitude e classificação hierárquica descendente (CHD).

Para melhor aproveitamento do corpus, foram inseridos dois termos que não estavam presentes no conteúdo original das publicações. A palavra *celebridade* foi inserida antes dos nomes próprios de atores/atrizes, cantores/cantoras, influenciadores digitais, jogadores de futebol e afins. A palavra *especialista* foi inserida antes do nome de todo profissional de saúde mental. O objetivo foi gerar maior homogeneidade no corpus, para que, assim, informações importantes não fossem perdidas, tendo em vista que os nomes próprios eram variados, mas a constância desses nomes nas categorias citadas era grande.

O Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) é um programa gratuito, de origem francesa, idealizado por Pierre Ratinaud, em 2009, ancorado no *software* R e na linguagem Python. Nele, utiliza-se o mesmo algoritmo do ALCESTE, um *software* mais antigo, desenvolvido na década de 90, que incorporou o contexto às análises lexicais, permitindo um aprofundamento maior para essas análises. Em 2013, o Iramuteq passou a ser utilizado no Brasil e, desde então, vem se destacando como ferramenta metodológica em pesquisas qualitativas da saúde (CAMARGO; JUSTO, 2013a; RATINAUD, 2009; SALVADOR et al., 2018).

Através do Iramuteq, é possível fazer **análises lexicais clássicas** – como identificar a quantidade e a frequência das palavras; **análise de especificidades**, na qual é possível analisar o corpus em função de uma variável selecionada; **Classificação Hierárquica Descendente (CDH)**, que já era realizada pelo *software* ALCESTE, que permite a visualização (dendograma) de classes de segmentos de texto organizados a partir de seus vocabulários – ou seja vocabulários semelhantes – distinguindo-os dos demais; **análise de similitude**, também chamada de ‘semelhanças’, que está ancorada na teoria dos grafos, a partir da qual é possível encontrar a conexão entre as palavras que coocorrem; **nuvem de palavras**, onde as palavras são organizadas graficamente em função de sua frequência, compondo uma imagem semelhante a uma nuvem (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b; RATINAUD, 2009).

Denomina-se **Corpus** o conjunto de todos os textos que se pretende analisar. Em seguida, cada publicação representou um **texto**, que, por sua vez, é formado por vários **segmentos de textos** - chamados também de Unidades de Contexto Elementar (UCE's). Após a análise, obtém-se as **ocorrências**, ou seja, o número geral de palavras encontradas no corpus, também tem-se as **formas**, que representam a quantidade de palavras distintas, além das **hapax**, que são as palavras citadas de forma única em todo o corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013b; SALVIATI, 2017).

O conteúdo de cada um dos 4 perfis foi equivalente a 1 corpus. Além disso, as publicações de todos os perfis foram também reunidas em um único corpus, denominado corpus geral. Dessa forma, a pesquisa analisou o **total de 5 corpus**:

Corpus 1 – corresponde aos perfis do Instagram e do Facebook do CVV;

Corpus 2 – corresponde aos perfis do Instagram e do Facebook da ABP;

Corpus 3 – corresponde aos perfis do Instagram e do Facebook do MS;

Corpus 4 – corresponde aos perfis do Instagram e do Facebook do MMFDH;

Corpus 5 – corresponde ao corpus geral: reúne todas as publicações dos 4 perfis.

Nesta pesquisa, optou-se por analisar, primeiramente, cada perfil de maneira isolada, a fim de obter um maior aproveitamento de seus conteúdos específicos e auxiliar na observação de possíveis ênfases distintas nos perfis. Por isso, foram feitas **Classificações Hierárquicas Descendentes de cada corpus**, com exceção do Perfil 2 (ABP), que, por não gerar uma CHD estatisticamente relevante, teve seus resultados a partir da análise de similitude. Posteriormente, foi trazida uma análise mais ampla de um único corpus contendo todos os perfis: a **Análise Fatorial de Correspondência**, que permitiu aprofundar as relações entre os perfis, destacando os conteúdos que mais se aproximaram e que mais se distanciaram entre eles e auxiliando na obtenção de um panorama geral da campanha.

4 RESULTADOS

A seguir, serão apresentadas as CHD's de cada perfil, com exceção do perfil 2. Com relação ao conteúdo dos perfis, foram organizados 4 corpus distintos e geradas CHD's de suas composições textuais. Como classes gramaticais ativas para compor a CHD, consideraram-se apenas substantivos, adjetivos e verbos. As demais foram classificadas como formas suplementares. A relevância das palavras ligadas à classe foi selecionada a partir da frequência e do qui-quadrado (χ^2) superior a 3,84. A partir dessas análises, serão realizadas interlocuções com as crenças identificadas por meio da Teoria da Ação Planejada (TAP).

4.1 Classificação Hierárquica Descendente do corpus CVV (Perfil 1)

As 277 publicações coletadas nos perfis do CVV correspondem às Unidades de Contexto Iniciais (UCI's), com o aproveitamento de 224 Unidades de Contextos Elementares (UCE's), que correspondem a 80,87%. Foram 18.762 ocorrências e 3.387 formas. A CHD resultou em duas classes. Para melhor representação, foram selecionadas as primeiras 10 palavras mais relevantes de cada categoria (ver Figura 2).

Figura 2 - Classificação Hierárquica Descendente. Corpus CVV

Classe 1 – Divulgação da Campanha 126 UCE's 56,25%	Classe 2 – Estratégias de Prevenção 98 UCE's 43,75%
Setembro_Amarelo (20.37)95	Pessoa (44.54)67
Campanha (15.73)33	Ouvir (29.79)21
Celebridade (13.4)20	Conversar (29.07)42
Importância (11.61)14	Precisar (28.15)39
Amarelo (10.67)24	Pensar (26.69)19
Parceria (8.14)9	Ajuda (26.0)40
CVV (6.63)90	Oferecer (18.96)17
Conscientização (6.45)8	Ajudar (18.36)37
Video (6.45)8	Julgamento (17.74)13
Prevenção (6.05)89	Escutar (17.11)24

Fonte: elaborada pela autora

A CHD resultou em duas classes. Na primeira delas, com palavras relacionadas à divulgação da campanha, nota-se, através da evidência do termo **celebridade**, que a influência social por meio dos relatos de pessoas popularmente conhecidas, que apoiam a campanha, foi uma das estratégias utilizadas para influenciar na decisão de adesão por parte dos usuários. Essa característica evidencia um componente relacionado às crenças normativas: a norma subjetiva.

Desse modo, uma pessoa estará mais disposta a realizar ações em consonância com a campanha se houver uma identificação com a celebridade apresentada, tendo em vista que tal ator/atriz, por exemplo, poderá ser considerado como alguém que acha que a pessoa deve realizar esse comportamento voltado à prevenção e, assim, haverá mais chances de que ela de fato o realize (AJZEN; FISHBEIN, 1972).

Exemplo 1. Classe 1. CHD corpus CVV.

**** *n_033 *per_1 *ano_2

Ontem, o Setembro_Amarelo foi tema do programa de televisão Encontro e a **celebridade** Lúcio Mauro Filho foi um dos que usou os lacinhos da campanha.

Exemplo 2. Classe 1. CHD corpus CVV.

**** *n_182 *per_1 *ano_5

A **importância** dos cuidados com a saúde mental foi lembrada pela **celebridade** Tico Santa Cruz, durante apresentação do Detonautas no Rock in Rio. A banda cantou Ilumina O Mundo, enquanto na tela apareceu o CVV e o 188.

A segunda classe, intitulada “Estratégias de Prevenção”, traz um viés voltado à ação, especialmente direcionado ao incentivo de que as pessoas ofereçam apoio emocional a quem vivencia o risco de suicídio. Para isso, são sugeridas algumas estratégias como: ouvir, conversar, oferecer e escutar.

Nesse sentido, se considera que essa classe está mais fortemente ligada à influência através das crenças de controle, ao passo que busca tornar as ações de prevenção realizáveis, demonstrando como podem ser feitas (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

Exemplo 3. Classe 2. CHD corpus CVV.

**** *n_201 *per_1 *ano_6

O que evitar: “Depressão é coisa de homem fraco”. Como acolher: “Você não precisa ser forte o tempo todo”. É importante cuidar da saúde mental. Ainda é comum nos depararmos com frases como: “Para de bobagem. Até parece que você vai mesmo se matar”. “Você é um ingrato ao falar de suicídio”. “Tem tanta gente com problemas mais graves que o seu”. É fundamental nunca duvidar de uma pessoa que diz estar pensando em

Nesta análise, destaca-se o halo que tem como centralidade a palavra vida, que demonstrou ligação com os termos: defesa, salvar, ajudar, mobilizar, amarelo, caminhada, morte, ajudar, importante, prematuro, estigma e combater. Essas palavras demonstram dois pontos: uma estratégia ligada a crenças comportamentais, no viés da atitude, por meio de um discurso voltado à responsabilidade de combater o estigma, salvar vidas e evitar mortes prematuras.

Os exemplos abaixo demonstram uma tentativa de que os usuários fossem favoráveis ao conteúdo a partir de uma avaliação também favorável ao resultado de sua ação (atitude) – nesse caso, evitar o suicídio representaria salvar vidas (AJZEN; ALBARRACÍN; HORNICK, 2007).

Exemplo 5. Análise de Similitude. Corpus ABP.

**** *n_305 *per_1 *ano_1

Setembro_Amarelo. Você que é profissional da área de saúde, esteja atento aos sinais de seus pacientes. Perante sintomas e ideias suicidas, busque orientação junto de organizações como a Cruz Vermelha e a Associação Médica Brasileira, instituições de referência na área da saúde. **Salvar vidas** também é uma missão sua.

Exemplo 6. Análise de Similitude. Corpus ABP.

**** *n_369 *per_1 *ano_1

Setembro_Amarelo. Diário Catarinense, maior jornal em circulação no estado de Santa Catarina, publicou no passado domingo uma matéria especial sobre a campanha de prevenção do suicídio que decorre neste mês Setembro_Amarelo em todo o Brasil. Acesse a matéria aqui e se **mobilize** você também contra as mortes **prematargas** a **vida** agradece.

Exemplo 7. Análise de Similitude. Corpus ABP.

**** *n_551 *per_1 *ano_7

Começamos o Setembro_Amarelo e a maior campanha de prevenção ao suicídio do mundo já está no ar. É muito importante abordarmos o assunto para que possamos combater o **estigma** e **salvar vidas**. Vamos juntos. Temos um filtro especial para a campanha e para salvar é fácil. Divulgue a campanha, compartilhe a ideia. Agir salva vidas.

O outro ponto está relacionado aos convites frequentes à mobilização através de atividades que auxiliem na conscientização, como caminhadas. Essas atividades são uma busca por demonstrar que é possível aderir à campanha e auxiliar na prevenção, evidenciando, por sua vez, crenças de controle, e estiveram presentes especialmente nos dois primeiros anos.

Exemplo 8. Análise de Similitude. Corpus ABP.

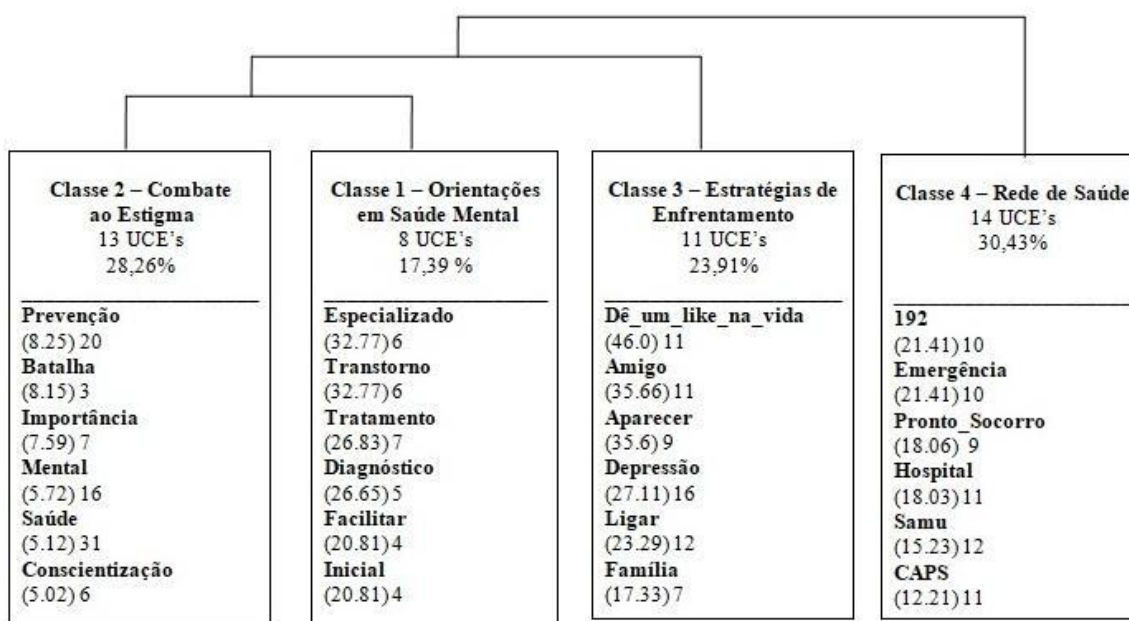
**** *n_396 *per_1 *ano_2

No próximo domingo acontecerá na cidade de Brasília uma **caminhada** de prevenção ao suicídio. Vá de amarelo e participe. Setembro_Amarelo. Participe você também desta campanha a favor da vida.

4.3 Classificação Hierárquica Descendente do corpus Ministério da Saúde (Perfil 3)

As 58 publicações coletadas nos perfis do Ministério da Saúde correspondem às Unidades de Contexto Iniciais (UCI's), com o aproveitamento de 46 Unidades de Contextos Elementares (UCE's), que correspondem a 79,31%. Foram 6.126 ocorrências e 841 formas. A CHD resultou em 4 classes. Para melhor representação, foram selecionadas as primeiras 6 palavras mais relevantes de cada categoria (ver Figura 4).

Figura 4 - Classificação Hierárquica Descendente. Corpus Ministério da Saúde



Fonte: elaborada pela autora

Inicialmente, as Classes 2 e 1 apresentam relação entre si, a primeira com falas direcionadas a combater o estigma sobre o suicídio, muitas vezes tido como um tabu. Dessa forma, a prevenção/conscientização é essencial, sendo associada também a uma batalha que deve ser vencida. Em seguida, tem-se a classe “Orientações em Saúde Mental”, que traz orientações sobre o suicídio enquanto um problema de saúde que necessita de um tratamento

adequado e que está, muitas vezes, associado a um transtorno mental não diagnosticado ou não tratado. Nesse sentido, quanto mais cedo se identificam os casos, se torna mais fácil prevenir o suicídio.

Exemplo 9. Classe 2. CHD corpus MS.

**** *_n_587 *_per_1 *_ano_4

Venha conversar conosco sobre a **importância** da prevenção ao suicídio. Tire suas dúvidas sobre o assunto com Quirino Cordeiro, Coordenador de Saúde Mental do Ministério_da_Saúde. Mande seus comentários e dúvidas, que serão respondidos ao vivo. Setembro_Amarelo.

Exemplo 10. Classe 1. CHD corpus MS.

**** *_n_618 *_per_1 *_ano_7

Setembro_Amarelo. Ansiedade não é chatice, ansiedade não é frescura, ansiedade não é mimimi, ansiedade não é drama. Segundo dados registrados pelos sistemas do Ministério_da_Saúde, nos últimos anos, foram realizados cerca de 8,5 milhões de atendimentos para quadros de ansiedade na atenção Primária à Saúde e pelo SUS. Mais da metade desses atendimentos foram para pessoas entre 25 e 29 anos. Principais sintomas de ansiedade, identificar os sintomas de ansiedade é a principal base para realizar um diagnóstico e poder se cuidar. Os sintomas apresentados podem variar por pessoa, embora existam alguns bastante frequentes que você precisa conhecer. Principais sintomas de ansiedade são roer as unhas constantemente, estresse, tensão muscular, problemas digestivos, medo constante, dificuldade para dormir, enjoo e vômitos, cansaço excessivo, dificuldade de socialização, etc. Não se preocupe. A ansiedade pode ser **tratada** e o SUS fornece atendimento especializado e gratuito para toda a população. Atenção. Atendimento no momento inicial dos sintomas facilita seu **diagnóstico** e **tratamento**. Por isso, procure uma UBS e peça ajuda. Cuide de sua saúde mental.

Com relação às crenças identificadas, o conteúdo dessas publicações estimula uma postura favorável à compreensão do suicídio como um problema de saúde que pode ser evitado e, mais do que isso, o usuário pode ser alguém que oferecerá a ajuda necessária para evitar o suicídio. Assim, promover uma atitude favorável está relacionado às crenças comportamentais (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

A classe 3, “Estratégias de Enfrentamento”, como o próprio nome sugere, apresenta estratégias sobre como lidar com o comportamento suicida, dessa vez voltadas à pessoa que se encontra em risco de suicídio. Por isso, o slogan da campanha “Se liga! Dê um like na vida” (que é um estímulo aos relacionamentos interpessoais presenciais) e as frequências das palavras amigo, família e ligar são exemplos da interlocução entre crenças normativas e de controle, ao passo que destacam a influência da relação com os pares como um caminho de prevenção possível para a pessoa, tendo no slogan um incentivo à realização dessas interações sociais. Além disso, esses conteúdos eram geralmente acompanhados por vídeos ou fotos que

auxiliam na noção de que é bom e possível proteger-se emocionalmente através desses comportamentos.

Por fim, a classe 4 destaca a rede de saúde, apresentando onde é possível buscar auxílio profissional em casos de risco de suicídio. Buscar um desses serviços – tendo, de fato, acesso a eles – seria a representação do comportamento realizado, ou seja, a combinação das crenças comportamentais, normativas e de controle que fizeram com que o sujeito buscasse auxílio diante de seu estado de emocional de risco.

Exemplo 11. Classe 3. CHD corpus MS.

**** *n_601 *per_1 *ano_5

Viva de verdade, se desconectar das redes sociais e se conectar nos momentos com os amigos, fazendo o que se gosta, faz muito bem para a sua saúde emocional. Se Liga. **Dê_Um_Like_Na_Vida**. Preste atenção aos sintomas da depressão. Se eles aparecerem, procure ajuda. Antes de curtir, viva de verdade.

Exemplo 12. Classe 4. CHD corpus MS.

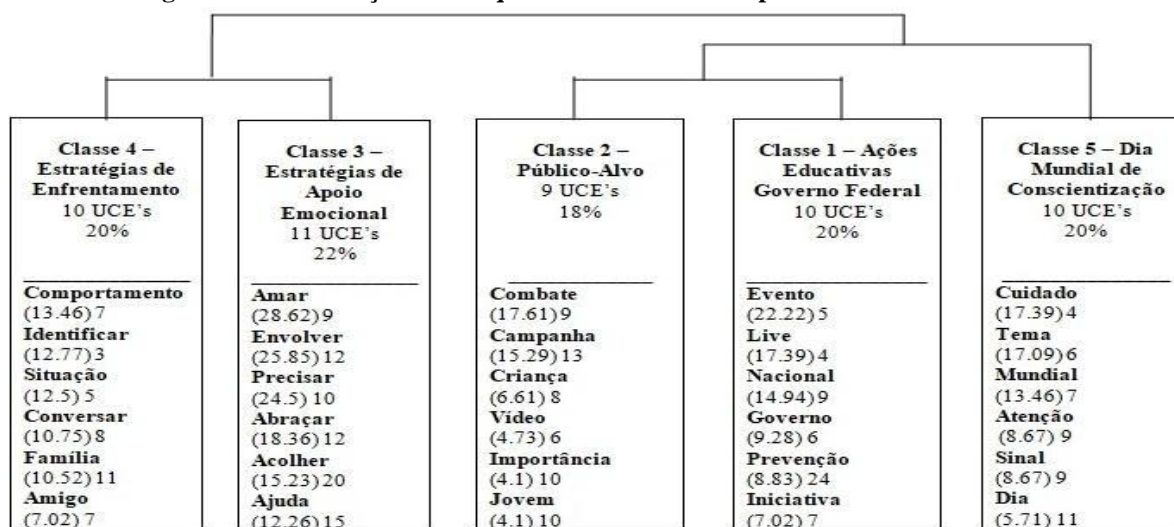
**** *n_608 *per_1 *ano_6

Setembro_Amarelo. O suicídio é um problema de saúde pública. Mas ele é prevenível. Onde buscar ajuda no SUS. Serviços de saúde. **CAPS, UBS, UPA. Emergência. SAMU 192**, ambulatório, Pronto_Socorro e hospital. 10 de setembro. Dia mundial de prevenção ao suicídio. Hoje, 10 de setembro, é o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, que reforça a importância de evitar essas mortes. Fique alerta e compartilhe informações úteis. Todos podem ajudar. Saiba mais acessando.

4.4 Classificação Hierárquica Descendente do corpus MMFDH (Perfil 4)

As 58 publicações coletadas nos perfis do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos correspondem às Unidades de Contexto Iniciais (UCI's), com o aproveitamento de 50 Unidades de Contextos Elementares (UCE's), que correspondem a 86,21%. Foram 4.801 ocorrências e 711 formas. A CHD resultou em 5 classes. Para melhor representação, foram selecionadas as primeiras 6 palavras mais relevantes de cada categoria (ver Figura 5).

Figura 5 - Classificação Hierárquica Descendente. Corpus MMFDH



Fonte: elaborada pela autora

As classes se organizaram em dois pares com uma relação mais forte e, por último, a classe 5, que aparece um pouco mais distante das classes 4 e 3. Estas, por sua vez, demonstram uma afinidade entre seus conteúdos, apresentando dois vieses: o primeiro, na classe 4, com orientações sobre a quem recorrer nas situações em que a pessoa identifica que está precisando de suporte emocional, tendo a família e os amigos como principais exemplos de suporte. É importante salientar que essas publicações buscam demonstrar ao usuário que é possível pedir ajuda, orientando-os a quem pedi-la. Já a classe 3, traz orientações sobre o que essa rede de apoio (familiares e amigos) pode fazer para prevenir o suicídio, fato que é evidenciado pelos verbos amar, envolver, abraçar e acolher. Assim, a união dessas duas classes demonstra, também, a coexistência de estratégias voltadas tanto às atitudes quanto às normas subjetivas, ou seja, crenças normativas e de controle.

Exemplo 13. Classe 4. CHD corpus MMFDH.

**** *_n_658 *_per_1 *_ano_6

No ambiente familiar, há fatores de prevenção que podem evitar o suicídio. Setembro_Amarelo. Várias atitudes, em **família**, podem proteger quem está com ideias suicidas.

Exemplo 14. Classe 3. CHD corpus MMFDH.

**** *_n_637 *_per_1 *_ano_5

Não julgue a dor do outro. Acolha a vida. Setembro_Amarelo. Jamais ignore ou julgue a situação de uma pessoa com comportamentos ou pensamentos suicidas. Não entre em choque, não fique envergonhado ou demonstre pânico. Não tente diminuir a dor da pessoa. Ofereça **ajuda**. A principal medida é não fazer com que o problema

pareça uma bobagem. Procure ajuda imediatamente. Não deixe a pessoa sozinha em momentos de crise nem a julgue por seus atos. Se envolva, **ame, abrace** e Acolha a Vida.

As classes 2 e 1 também se complementam, pois a classe 2 faz menção ao público-alvo da campanha (crianças e jovens) “Se Liga! Dê um Like na vida”, que se concentrou no perfil do MMFDH entre os anos 2019 e 2020. A classe 1 reúne os tipos de ações educativas voltadas a orientar sobre a prevenção do suicídio, especialmente nessa fase da vida. As estratégias voltadas a ações educativas em saúde mental, com convites práticos de ações a serem adotadas pelos jovens, especialmente por meio das interações sociais, também sugerem o estímulo às crenças normativas e de controle.

Exemplo 15. Classe 2. CHD corpus MMFDH.

**** *n_680 *per_1 *ano_7

Setembro_Amarelo. É importante ficar atento à saúde mental de **crianças** e adolescentes. Setembro_Amarelo. Como está a saúde mental das crianças e dos adolescentes próximos a você. Sabia que eles também precisam de cuidados. Fique atento aos sinais. Meninos e meninas podem apresentar diversos sintomas, como angústia, agressividade, falta de apetite, entre tantos outros. É tarefa de todos nós protegermos nossas crianças e adolescentes do suicídio e da automutilação. Esteja por dentro do assunto. Confira o **vídeo** e saiba mais

Exemplo 16. Classe 1. CHD corpus MMFDH.

**** *n_669 *per_1 *ano_6

Live. Resiliência e autorresponsabilidade dos jovens. Participe da roda de conversa sobre resiliência e autorresponsabilidade dos jovens, na próxima segunda-feira, às 19 horas. A live é uma ação da campanha Dê_Um_Like_Na_Vida em atenção à Política Nacional de **Prevenção** da Automutilação e do Suicídio. Na oportunidade, será tratada a importância do desenvolvimento dessas habilidades nos jovens para a promoção da saúde mental e a **prevenção** da automutilação e do suicídio. Também será abordado o papel da família. Além disso, haverá a divulgação de **iniciativas** do **Governo** Federal para a promoção do protagonismo juvenil e o fortalecimento dos vínculos familiares. A transmissão vai ser realizada pela página do MMFDH no Facebook. Não perca. Para saber mais, clique no link na nossa bio, nos stories ou digite no seu navegador.

Dessa forma, se percebe que, embora o tipo e o direcionamento dos conteúdos das 4 classes mencionadas sejam diferentes, eles correspondem a uma proposta semelhante quando observados no viés das crenças.

A última classe, intitulada “Dia Mundial de Conscientização” remete à relação da campanha Setembro Amarelo com a iniciativa global do dia 10 de Setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, que também foi lembrado nos demais perfis, apesar de não ter sido enfatizado nas outras análises por não formar uma classe exclusiva, assim como neste corpus.

4.5 Análises do Corpus Geral

Neste tópico serão apresentados os resultados do corpus geral, que reuniu as publicações de todos os perfis. O conteúdo de cada publicação analisada foi equivalente a um texto para a composição do corpus textual. O total de publicações (textos) foi de 687, distribuídas da seguinte forma: 277 nos perfis do Centro de Valorização da Vida (CVV), 294 nos perfis da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 58 nos perfis do Ministério da Saúde (MS) e 58 nos perfis do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH). O número de ocorrências (quantidade geral de palavras) foi de 43.085, sendo 3.399 palavras distintas e 1.486 palavras identificadas uma única vez. A média de ocorrências por texto foi de 62,44.

4.5.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

A Análise Fatorial de Correspondência possibilitará que sejam observados as proximidades e distanciamentos entre os perfis. Para a sua realização, o perfil foi a variável categorial selecionada. Tal análise permite visualizar com mais eficácia a proximidade entre palavras ou classes (SALVIATI, 2017).

O perfil do CVV está representado na cor vermelha. O da ABP, na cor verde. O MS está representado na cor azul. Por fim, a cor roxa equivale ao perfil do MMFDH.

Nesse sentido, é possível observar que os perfis 1 (CVV) e 4 (MMFDH) têm maior associação quanto ao conteúdo de suas publicações, conforme a Figura 6. Os termos falar e precisar, em conjunto com acolher e conversar, reforçam o direcionamento da campanha, revelando uma tentativa de mobilizar pessoas tanto a buscar quanto a oferecer ajuda, como demonstram os exemplos 17 e 18.

Exemplo 17. AFC.

**** *_n_257 *_perfil_1 *_ano_7

“Escutar não é sobre esperar o outro parar de falar. Também é sobre não fazer perguntas. É sobre acolher, respeitar, não julgar, compreender. Se precisar conversar, ligue 188 ou acesse site. Ouvir atentamente é um gesto de amor.”

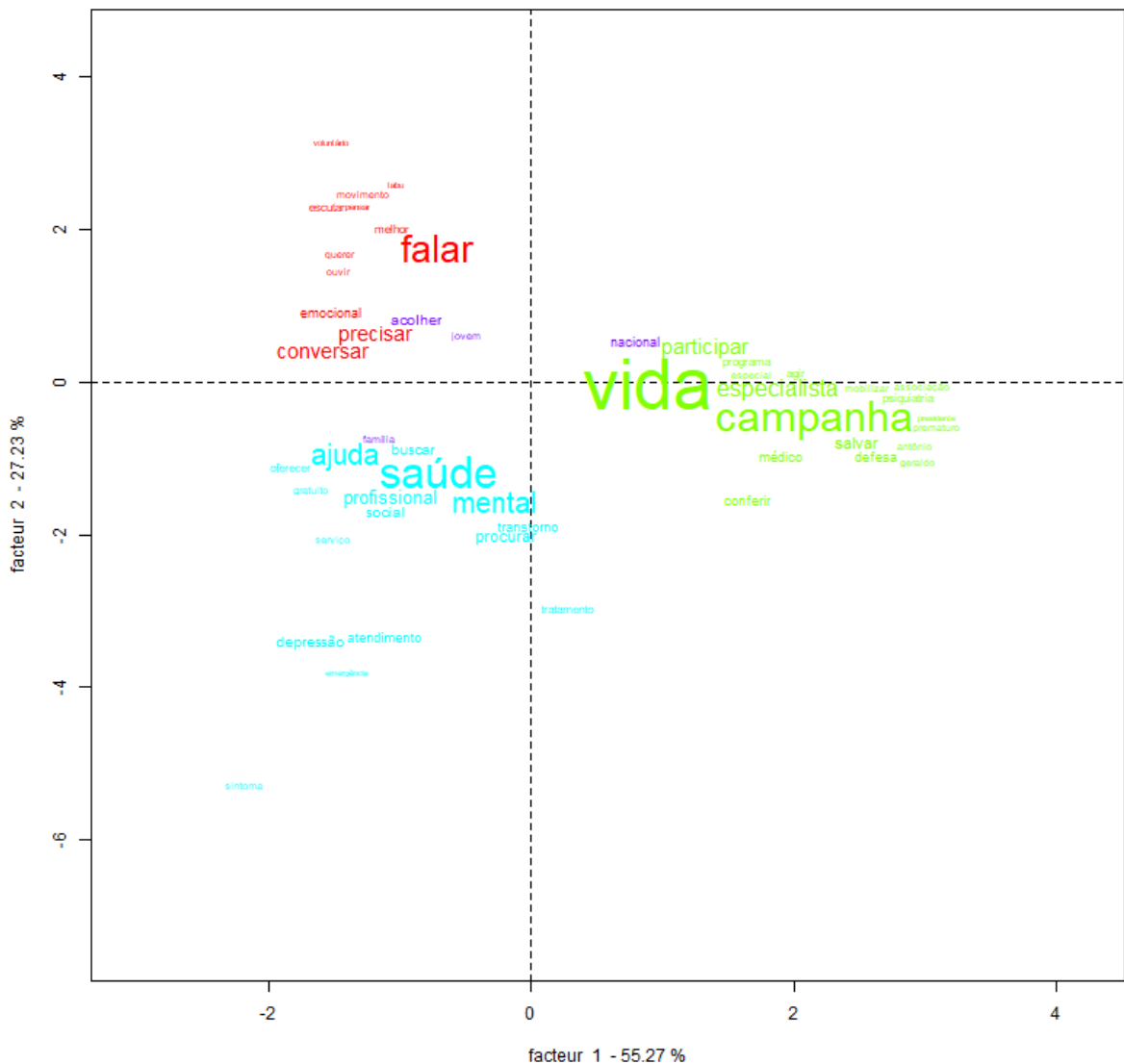
Exemplo 18. AFC.

**** *_n_635 *_perfil_4 *_ano_5

“Peça ajuda. Acolha a vida. Setembro_Amarelo. Se você está deprimido ou angustiado, sem vontade de viver, é fundamental buscar ajuda o mais rápido possível. Existem alternativas ao suicídio e buscar o auxílio adequado é

o primeiro passo. O acompanhamento médico e psicológico é a maneira mais eficaz de tratamento. Se você precisa de ajuda, procure o CVV. Ligue no telefone de apoio emocional 24 horas pelo número 188. A ligação é gratuita e anônima. Se envolva, ame, abrace e Acolha a Vida.”

Figura 6 - Análise Fatorial de Correspondência do Corpus Geral segundo o perfil



Fonte: Iramuteq (RATINAUD, 2009)

Ainda em observação à Figura 6, o termo jovem, ligado especialmente ao perfil 4 (MMFDH), na cor roxa, mas também demonstrando proximidade ao perfil 1 (CVV), na cor vermelha, revela um direcionamento aos jovens e adolescentes na divulgação da campanha. Essa ênfase na juventude pode estar relacionada ao fato de o suicídio ser a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil e no mundo (WHO, 2019a). A juventude também foi o público-alvo da campanha elaborada pelo Governo Federal, a partir

da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, em 2019. A Campanha, intitulada “Se Liga! Dê um Like na Vida”, foi divulgada especialmente pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e pelo Ministério da Saúde, nos anos 2019 e 2020 nas redes sociais. Orientações educativas sobre depressão e onde buscar tratamento, além do incentivo às interações presenciais entre família e jovem, foram o foco das publicações (BRASIL, 2019d).

Falar, precisar, conversar e acolher são palavras que se evidenciam e demonstram proximidade, convidando, mais uma vez, os usuários a ser rede de apoio e não estigmatizar o suicídio. A palavra voluntário, também relacionada ao perfil do CVV, é reforçada nas publicações, nas quais relatos de voluntários do CVV, de todo o país, são compartilhados (ver exemplos 19 e 20).

Exemplo 19. AFC.

**** *n_005 *perfil_1 *ano_1

Especialista recebe voluntário do CVV São_Caetano_do_Sul para falar sobre um assunto que é tabu na sociedade, o suicídio, que é um problema de saúde pública e pode ser prevenido. E também sobre a campanha Setembro_Amarelo, de alerta à população.

Exemplo 20. AFC.

**** *n_083 *perfil_1 *ano_3

10 de Setembro Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, voluntários em todo Brasil fizeram caminhada e panfletagem, chamando a atenção da população deste mal que vem afligindo as famílias. Diga sim à Vida. Ligue pro CVV 141.

Outro dado relevante é a distância entre os perfis 2 (ABP) e 3 (MS) na AFC, tendo em vista que, apesar de as duas instituições estarem ligadas diretamente à saúde, a ênfase dos conteúdos apresentou diferenças. Assim, a análise demonstra que o perfil da ABP esteve mais voltado à adesão à campanha, convocando os usuários a participar e salvar vidas, além de divulgar as ações realizadas pela associação em combate ao suicídio – evidenciadas pela palavra defesa (Exemplos 21 e 22). Enquanto o perfil do MS trouxe um enfoque mais voltado à pessoa que está em situação de risco, encorajando a buscar/procurar atendimento/ajuda profissional e trazendo conteúdos educativos sobre transtornos mentais, em especial a depressão (Exemplo 23).

Exemplo 21. AFC.

**** *n_343 *perfil_2 *ano_1

Setembro_Amarelo. Promovida pela Associação Norte_rio_grandense de Psiquiatria, a caminhada pela vida em Natal foi um verdadeiro sucesso. Mobilizados no combate contra as mortes prematuras, os participantes aderiram a esta iniciativa na luta em defesa da vida. Se mobilize você também, faça parte da campanha Setembro_Amarelo, ajudar a salvar vidas está nas suas mãos.

Exemplo 22. AFC.

**** *n_530 *perfil_2 *ano_6

Ações de Educação em Defesa da Vida, Belo Horizonte. Atenção pessoal de Belo Horizonte. Amanhã, 18 de Setembro, participe do Lançamento das Ações de Educação em Defesa da Vida. O Presidente ABP, Especialista Antônio Geraldo da Silva, ministrará palestra sobre o papel da sociedade na Prevenção do Suicídio e da Automutilação.

Exemplo 23. AFC.

**** *n_620 *perfil_3 *ano_7

Setembro_Amarelo. Ministério_da_Saúde. Precisamos conversar sobre depressão. A depressão é uma doença e, com todas as outras, precisa de um tratamento adequado. O diagnóstico deve ser dado por profissional qualificado. A depressão possui sintomas como fadiga ou perda de energia, alterações no sono, irritabilidade, retraimento, pensamentos de morte, ideação suicida. Nenhum deles deve ser relacionado à força de vontade. Preste atenção a algumas características da depressão tristeza, baixa autoestima, pessimismo, pensamentos negativos recorrentes, desesperança e desespero. Percebeu esses sinais em alguém. Seja um ponto de apoio e auxilie na busca de ajuda profissional. Percebeu esses sinais em você. Não tenha vergonha de buscar ajuda. Busque tratamento. Não se preocupe! A depressão pode ser tratada e o SUS fornece tratamento especializado e gratuito para toda a população. Atenção. Atendimento no momento inicial dos sintomas facilita seu diagnóstico e tratamento. Por isso, procure uma UBS e peça ajuda. Setembro_Amarelo. Estamos no mês de conscientização sobre saúde mental e precisamos conversar sobre um assunto muito sério, a depressão. A falta de conhecimento sobre o transtorno e a falta de empatia por parte da sociedade fazem com que muitas pessoas sofram e não busquem ajuda. Assim como qualquer outra doença, a depressão tem tratamento que pode garantir melhor qualidade de vida. Arrasta pro lado para saber um pouco mais sobre a doença e como buscar apoio. O SUS oferece tratamento gratuito e especializado para todo mundo que precisar.

Em observação ao conteúdo, algumas especificidades necessitam de destaque: a primeira delas refere-se à pandemia de Covid-19. Esta é uma variável que não pode ser ignorada nas publicações, tendo em vista o impacto que este evento trouxe para o mundo inteiro. Nesse sentido, as postagens entre os anos de 2020 e 2021 demonstram preocupação com fatores como isolamento, distanciamento e medo, que são agravantes à saúde mental. Essa foi uma preocupação expressada na divulgação do Dia Internacional de Prevenção ao Suicídio, em 2021, que teve como tema “Criando esperança através da ação” e reforçou o

aumento do isolamento e da vulnerabilidade em decorrência da pandemia de Covid-19, sendo essencial demonstrar apoio às pessoas que têm ideação suicida (IASP, 2021).

Outra observação importante, diz respeito à criação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, em 2019, que investiu em conteúdos por meio da campanha “Se liga, dê um Like na vida”, veiculados especialmente nos anos de 2019 e 2020, nos perfis dos Ministérios da Saúde e da Família Mulher e Direitos Humanos. Nota-se, portanto, nesses anos, a presença de uma campanha mais específica dentro do Setembro Amarelo.

Por fim, é significativo perceber que os perfis não utilizaram estratégias totalmente em comum na elaboração dos conteúdos publicados. Mesmo os perfis que se assemelham na forma como estão ligados à campanha, tanto CVV e ABP, que são organizações ligadas diretamente à criação do Setembro Amarelo, quanto os Ministérios da Saúde e da Mulher, Família e Direitos Humanos, que estão ligados às estratégias de prevenção do Governo Federal, não apresentaram total semelhança nas crenças encontradas entre si, além de não aparecerem fortemente relacionados na AFC.

5 DISCUSSÃO

5.1 Identificação das crenças na Campanha Setembro Amarelo

Os resultados, de maneira geral, expressam os esforços da campanha em reduzir o estigma sobre o suicídio, apresentando-o como um problema de saúde mental que precisa ser divulgado e pode ser evitado. Como estratégias de conteúdo, destacaram-se duas direções: a primeira foram publicações voltadas a mobilizar os usuários para identificar e apoiar outras pessoas em risco de suicídio; a segunda, publicações para motivar usuários em situação de risco de suicídio a buscarem ajuda. Conteúdos que podem associar-se ao desenvolvimento de crenças comportamentais, normativas e de controle foram encontrados, porém não da mesma maneira em todos os perfis. Essa observação é significativa, pois uma campanha educativa envolve conteúdos de divulgação em comum. Por isso, essa ausência de coesão entre perfis importantes para a Campanha Setembro Amarelo é um dado a ser considerado na otimização das estratégias utilizadas até o momento.

Acerca do combate ao estigma, conforme destacam Oexle, Mayer e Rush (2020), a condenação social ao suicídio acentua, de maneira significativa, o sofrimento das pessoas que vivenciam essa condição ou de familiares que experienciam o luto por suicídio, além de criar obstáculos para a busca de apoio emocional. Tal realidade remete à urgência de campanhas de conscientização, como é o caso do Setembro Amarelo.

Os perfis do CVV e do MMFDH foram os que mais equilibraram as duas direções de público nos conteúdos, como demonstrado nas classes de suas respectivas CHDs e na relação estabelecida na AFC. O perfil da ABP deu maior ênfase a publicações com subsídio à população geral e aos profissionais de saúde, trazendo informações e propostas para agirem na prevenção (através de *lives* e cartilhas, por exemplo) e sugestão de atividades de conscientização (como caminhadas). Já o perfil do MS investiu em um conteúdo informativo que permitisse aos usuários a identificação de sinais e sintomas de transtorno mental/sofrimento emocional que poderiam estar relacionados ao comportamento suicida, indicando também a rede de saúde e os canais disponíveis para buscar ajuda. Além de exemplificadas por suas CHDs, essas diferenças também foram demonstradas pelo distanciamento dos dois perfis na AFC.

Com relação às crenças comportamentais, normativas e de controle, os resultados demonstraram que essa tríade foi utilizada apenas nos conteúdos do perfil do Ministério da Saúde. Em contrapartida, os perfis do Centro de Valorização da Vida e do Ministério da

Mulher, Família e Direitos Humanos evidenciaram mais crenças normativas e de controle, enquanto o perfil da Associação Brasileira de Psiquiatria, as crenças comportamentais e de controle.

Ainda nessa direção, ressalta-se que este trabalho não pretendeu analisar a eficácia da ênfase de determinadas crenças em detrimento de outras nas campanhas, mas apenas identificá-las. Estudos atuais indicam a possível força das crenças de controle percebido para enfraquecer norma subjetiva e fortalecer atitude (BOSNJAK; AJZEN; SCHMIDT, 2020; LA BARBERA; AJZEN, 2020). Já a metanálise realizada por Hagger e colaboradores (2022), apesar de não demonstrar o efeito direto das normas subjetivas e das atitudes sobre a intenção comportamental, também demonstrou a força das crenças de controle, desta vez diretamente sobre a intenção comportamental e comportamento.

Outro estudo, realizado por Harrington e colaboradoras (2020), utilizou a TAP para analisar o impacto de um programa de serviço nutricional, do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, na mudança favorável do consumo alimentar de frutas e hortaliças em adolescentes de áreas rurais de baixa renda. Os resultados indicaram que todos os construtos foram fundamentais para efetivar a intenção comportamental, em especial o controle comportamental percebido.

Nesse sentido, compreende-se que as crenças de controle e o controle comportamental percebido são construtos importantes na composição de planejamentos educativos de campanhas de promoção e prevenção em saúde. Destaca-se, também, que as crenças de controle foram as únicas crenças em comum entre todos os perfis analisados.

Será um dado importante para futuras pesquisas compreender qual ou quais crenças mereceriam maior ênfase (por sua maior eficácia) para compor o conteúdo das campanhas especificamente voltadas ao suicídio. Ou, ainda, se o investimento deveria ser em todas as crenças de maneira semelhante.

Por se tratar de uma campanha de Prevenção Universal compreende-se, também, que esses construtos são trabalhados de forma mais ampla nos conteúdos publicados, pois pretendem atingir a população de maneira geral, estando ou não em risco de suicídio. Infere-se que, em se tratando de uma Prevenção Seletiva ou Indicada, estratégias diferentes são utilizadas, o que implica também observar de que maneira as crenças se apresentam nessas formas de prevenção. Ainda sobre Prevenção Universal, outro aspecto importante a ser identificado é como esses conteúdos educativos estão sendo compreendidos pelos usuários, bem como ampliar as formas de suporte emocional nas próprias redes sociais, tendo em vista que a divulgação ocorre por esse meio.

As estratégias da campanha Setembro Amarelo nos perfis mencionam, também, a busca por um tratamento especializado, o que requer uma rede de saúde preparada para atender essa demanda. Por esse motivo, reforça-se a necessidade de mais ações englobadas na Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio no Brasil, que tragam maior efetividade à Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. É válido relembrar, também, conforme indicam Bardon, Pereira e Goulet-cloutier (2021), que as estratégias governamentais brasileiras estão em fase inicial de implementação, por isso mais estudos que favoreçam o aprimoramento e a efetivação da prevenção no país são importantes. Nesse sentido, o próximo tópico busca trazer contribuições a partir das experiências exitosas de outros países na prevenção ao suicídio, articulando, também, com a Teoria da Ação Planejada.

5.2 Estratégias internacionais de prevenção e interlocuções com a Teoria da Ação Planejada

Neste tópico, exemplos de estratégias governamentais e não governamentais de prevenção já consolidadas em outros países serão apresentados a fim de contribuir com a experiência atual das estratégias brasileiras.

Foram selecionadas estratégias de três países, que possuem formatos diferentes, mas fazem interlocução com necessidades específicas do contexto brasileiro e podem contribuir, também, com o aprimoramento do que já foi iniciado no país. Todas as experiências foram reconhecidas pelo OMS como exitosas na redução das mortes por suicídio em seus respectivos países, sendo modelos importantes a seguir (WHO, 2018; 2021b).

A primeira delas é a Escócia (parceria governamental e não governamental), que possui estratégia mais ampla, voltada à saúde mental em geral, mas que aborda o suicídio dentro de seus conteúdos e conta com uma multiplicidade de campanhas para públicos e ambientes específicos. A segunda é a Holanda (não governamental), que possui uma estratégia especificamente desenhada para prevenção do suicídio com vários níveis de implementação, incluindo programas de treinamento que são referência internacional. Por fim, será trazida a experiência da Nova Zelândia (governamental), já mencionada neste trabalho como destaque na consolidação de suas estratégias, conforme o estudo de Bardon, Pereira, Goulet-cloutier (2021) e que possui um exemplo importante na prevenção voltada aos seus povos originários.

5.2.1 Veja-me: a estratégia de promoção à saúde mental na Escócia

See me (Veja-me, tradução livre) é o programa financiado pelo governo da Escócia e pela organização *Comic Relief* com o objetivo de reduzir estigma e discriminação em saúde mental, tornando o país mais justo e inclusivo. Seu site oficial está disponível no endereço eletrônico: www.seemescotland.org.

O programa organiza ações visando à reflexão para que as pessoas possam falar abertamente sobre saúde mental e pedir ajuda quando necessário, evitando, assim, o suicídio em três âmbitos: educacional, para que a linguagem sobre saúde mental seja acessível para os jovens; no ambiente de trabalho, visando à redução da discriminação relacionada a questões de saúde mental; e, por fim, na área da saúde e assistência social, a fim de reduzir práticas estigmatizantes por parte dos profissionais e orientar pacientes sobre a temática (WHO, 2021b).

A estratégia reúne uma série de campanhas direcionadas a públicos específicos. Para os jovens, há campanhas que auxiliam nas emoções do dia a dia, reconhecendo que não há problema em pedir ajuda e em admitir que não está bem. As campanhas estão presentes nas redes sociais e também propõem interações através dos meios digitais. Ainda englobando o público jovem, existe, também, uma campanha direcionada para o ambiente escolar. Com relação ao público dos profissionais, busca-se “melhorar a vida profissional de funcionários com problemas de saúde mental, incentivar um processo de recrutamento igual e justo para aqueles que procuram emprego e garantir que aqueles que retornam ao trabalho após problemas de saúde sejam totalmente apoiados de volta ao local de trabalho”. Assim, as campanhas favorecem a interação social orientando pessoas a como iniciarem conversas sobre saúde mental. As estratégias para profissionais e pacientes no âmbito da saúde e assistência social concentram-se, sobretudo, em materiais educativos. Por fim, há também estratégias para o público geral, como a campanha “Ande uma Milha”, que organiza caminhadas para proporcionar conversas sobre saúde mental com outra pessoa, e a campanha “Hora de Falar”, que propõe um dia para reunir o maior número de pessoas para falar sobre saúde mental em conjunto com outros programas de conscientização da mesma natureza do Reino Unido (SEE ME SCOTLAND, 2022).

A estratégia teve início em 2002, através de uma campanha nacional que visou, dentre outros fatores, à: conscientização e compreensão em saúde, educação sobre transtornos mentais, relatos de vida e envolvimento dos empregadores. Entre 2013 e 2016 a estratégia foi reimplantada com foco na compreensão do fenômeno e na mudança de comportamento (anti-

estigma), trazendo também relato de voluntários. A partir de 2016, a estratégia entrou em uma nova fase, também com foco na mudança de comportamento, mas expandindo essa mudança para um viés cultural/coletivo. Desde o início, houve a preocupação com o marketing do conteúdo, mas há um destaque para estratégias digitais iniciando em 2016 (SEE ME SCOTLAND, 2022).

Apesar de não fazer menção à Teoria da Ação Planejada para a construção dos seus materiais, nota-se que a estratégia nacional escocesa enfatiza a mudança de comportamento, por meio da elaboração de materiais e intervenções que colaborem com a mudança de crenças estigmatizantes sobre saúde mental.

Ao segmentar várias campanhas dentro da estratégia nacional, considerando públicos e ambientes específicos, percebe-se uma preocupação com uma linguagem personalizada para cada situação, que contribua para tornar aquele público favorável a não-estigmatização (fomentando crenças comportamentais) e apresentando uma diversidade de orientações práticas sobre como falar em saúde mental (fortalecendo crenças de controle). Além disso, por buscar não somente uma mudança comportamental individual, mas uma mudança cultural, todas as campanhas reforçam a coletividade e os relacionamentos interpessoais, que se associam às crenças normativas.

A seguir, serão apresentados fragmentos de suas campanhas extraídas do site oficial da estratégia “See me”. A primeira, destinada aos jovens (Figura 7) e a segunda, organizada para ambientes de trabalho (Figura 8).

Figura 7 - Campanha para jovens: Feels FM Escócia. Tradução livre.



Feels FM é a primeira jukebox com emoji do mundo para saúde mental.

Como funciona?

- 1) Escolha um emoji que represente como você se sente atualmente.
- 2) Feels FM fará uma lista de reprodução de música que reflete esse sentimento.
- 3) Conte-nos sua opinião sobre saúde mental e como combater o estigma.
- 4) Incentive os outros a participar da conversa. Compartilhe Feels FM usando #FeelsFM.

Fonte: <https://www.seemescotland.org>

Figura 8 - Campanha para o ambiente de trabalho: Passe o Distintivo, Escócia. Tradução livre

Passa o distintivo

Passa o Distintivo é uma maneira simples de iniciar conversas sobre saúde mental.

A ideia é que você use um crachá See Me por um dia e depois passe para outra pessoa usar nas próximas 24 horas. Essa pessoa então passa e assim por diante. Há também um crachá digital que você pode postar nas redes sociais e repassar marcando seus amigos e familiares.

Seja como for, ao passar o crachá, você compartilha a mensagem: Todos nós temos saúde mental. Está tudo bem falar sobre isso.

Saiba mais, encomende crachás para o seu local de trabalho e envolva-se agora com o crachá digital, seguindo o link abaixo.



Fonte: <https://www.seemescotland.org>

Por fim, conclui-se que as duas campanhas apresentadas como exemplo, além de estabelecerem uma relação com preceitos da TAP, também demonstram o uso das redes sociais como um meio de divulgação. Assim, o Brasil pode se beneficiar dessa experiência ao passo que já conhecemos os grupos mais sensíveis a esse risco, como jovens e idosos e já iniciamos a conscientização de forma abrangente, com destaque para a campanha Setembro Amarelo.

Entretanto, é importante considerar, também, que a partir dos resultados observados neste estudo, a própria campanha Setembro Amarelo não é homogênea, aparecendo enquanto campanhas - no plural - pois varia na ênfase e no formato do conteúdo entre os perfis divulgados. Por isso, é válido pensar na criação de outras campanhas que derivem do Setembro Amarelo, considerando diversos públicos e ambientes, além de outras campanhas que perpassem o ano inteiro.

5.2.2 SUPRANET GGZ: A prevenção ao suicídio na Holanda

A SUPRANET GGZ é uma fundação independente, composta por:

“16 grandes instituições que trabalham juntas para tornar visível a qualidade da prevenção do suicídio, aprender o que pode ser melhorado e melhorar o atendimento quando necessário [...] Essas modificações buscam: envolver os familiares, ter um plano de segurança atualizado, triagem regular de suicídio e diminuir o tempo de espera” (SUPRANET GGZ, 2022, tradução livre).

Suas informações estão disponíveis através do site www.supranetggz.nl. A fundação trabalha em parceria com o 113 *Suicide Prevention* (disponível em: www.113.nl/), que é uma organização nacional para prevenção do suicídio, fundada em 2009. Dentre outras contribuições, esta organização elabora as diretrizes que orientam profissionais de saúde sobre o atendimento ao comportamento suicida, oferece também orientações para a população geral ensinando como agir ao identificar outra pessoa em risco, através de materiais, treinamento *on-line* individual ou em grupo e aplicativo. O 113 funciona, também, como uma linha telefônica de suporte emocional ao suicídio (semelhante ao CVV no Brasil).

Com relação ao êxito da estratégia SUPRANET, Van der Burgt e Colaboradores (2021) realizaram um estudo com mais de 6 mil pessoas da população geral e identificaram que, especialmente o público mais jovem se mostrou mais favorável a buscar ajuda profissional após a campanha de conscientização nacional organizada pela SUPRANET.

Avaliando através da Teoria da Ação Planejada, percebe-se, dessa forma, que a campanha atuou sob as crenças comportamentais do público, tornando-os mais favoráveis à ajuda, o que representa, por sua vez, o estímulo a um comportamento preventivo. Compreende-se, também, que a TAP pode contribuir com a formulação de campanhas dessa natureza, tendo em vista que oferece embasamento no âmbito das crenças e do comportamento modificável.

O estudo de Van der Burgt e Colaboradores (2021) também sistematizou a atuação da estratégia SUPRANET, apresentando-a em quatro níveis: estimular a conscientização sobre o suicídio utilizando campanhas educativas; realizar o treinamento de programas *gatekeepers* (pessoas treinadas a orientar outras que estejam em risco de suicídio e direcioná-las ao acompanhamento adequado); reconhecer pessoas que possuam um alto risco de suicídio na comunidade, direcionando-as ao acompanhamento necessário; e treinar profissionais da atenção primária em saúde.

Com relação às experiências citadas, destacaremos os programas de treinamento *gatekeepers* (guardiões, tradução livre), que são estratégias de destaque também em outros países além da Holanda, como Austrália, Canadá e Coreia. Em resumo, são programas que

treinam pessoas voluntárias, como estudantes no âmbito escolar e funcionários em suas instituições de trabalho, a identificar pessoas em risco de suicídio e direcioná-las aos serviços de saúde adequados (PARK et al., 2020; TERPSTRA et al., 2018). Além disso, é importante mencionar que não foram encontrados estudos que apresentem projetos semelhantes a essa estratégia de prevenção no Brasil.

O desenvolvimento de programas *gatekeepers* é uma das estratégias que aparece de forma frequente nos programas nacionais de prevenção compilados pela Organização Mundial da Saúde. O material selecionou a experiência de 10 países (Butão, Guiana, Irã, Irlanda, Japão, Namíbia, Coreia do Sul, Suíça, Estados Unidos e Uruguai) que possuem uma estratégia nacional de prevenção, relatando-as de maneira mais detalhada. Dentre essas, 4 países (Butão, Irã, Japão, Coreia do Sul) têm como uma das estratégias a implementação de programas *gatekeepers*. Além disso, o mesmo material sugere o programa de treinamento *gatekeeper* voltado para professores e pais (ou responsáveis), como uma forma para trabalhar conteúdos em saúde mental de maneira segura na escola, sendo, portanto, uma estratégia importante na prevenção a partir do desenvolvimento de habilidades socioemocionais em jovens (WHO, 2018).

Dessa forma, considerando as aproximações e os distanciamentos encontrados entre as estratégias holandesas e brasileiras, percebe-se como semelhança a existência de uma linha de suporte emocional e a interação de várias instituições na gestão das estratégias de prevenção, nesse caso, campanhas de conscientização. Contudo, sugere-se que a adesão a programas de treinamento (*gatekeepers*) pode auxiliar na ampliação das estratégias, sendo a Teoria da Ação Planejada, também, um caminho para avaliar a eficiência desses programas, como demonstra o estudo de Kuhlman e colaboradoras (2017), realizado com 216 estudantes universitários que passaram pelo treinamento e outros 169 não treinados, que indicou que os estudantes *gatekeepers* apresentavam maior controle percebido, autoeficácia e comportamentos preventivos, de fato, realizados.

5.2.3 Toda vida Importa – A vida de todos é sagrada: As estratégias neozelandesas de prevenção ao suicídio

Estratégias de prevenção ao suicídio na Nova Zelândia já são bem consolidadas e tiveram início em 2006, em conjunto com planos de ação (BARDON; PEREIRA; GOULET-CLOUTIER, 2021). Atualmente, a estratégia é intitulada “*Every Life Matters - He Tapu te Oranga o ia tangata*”, considerando o período de 2019 a 2029, incluindo plano de ação para o

período de 2019 a 2024. Todos os materiais são disponibilizados tanto em inglês quanto em maori, língua dos povos originários (Maori) da Nova Zelândia. Por isso, o próprio título da estratégia está em dois idiomas, que, em tradução livre, significam: “Toda vida importa” e “A vida de todos é sagrada”.

A estratégia vigente busca reduzir os índices de suicídio e promover bem estar para todos, considerando a prevenção ao suicídio como um continuum que envolve: promoção de bem estar, prevenção (voltada para compreender o sofrimento que envolve o suicídio), intervenção (voltada a evitar o comportamento suicida), posvenção (apoio emocional após um suicídio) (MINISTRY OF HEALTH NEW ZEALAND, 2019).

Entre as ações da estratégia estão: a criação de um Gabinete de Prevenção ao Suicídio, o trabalho em conjunto com os povos Maori para gerar prevenção, contar com a colaboração de pessoas diretamente afetadas pelo suicídio, trabalhar com diferentes estratégias para populações específicas, promover a integração entre governo e comunidades (indivíduos, famílias, povos maori) (MINISTRY OF HEALTH NEW ZEALAND, 2019).

O documento que registra a estratégia nacional vigente reúne uma série de iniciativas e programas nacionais governamentais e não governamentais, que trabalham em prol da prevenção ao suicídio. Essas estratégias funcionam através de linhas telefônicas (muitas delas 24 horas por dia, 7 dias da semana) e sites. Existem serviços que atendem o público geral e também públicos específicos, como crianças, jovens, mulheres em situação de violência, pessoas com transtornos mentais específicos (como Depressão e Ansiedade) e a população LGBTQIA+. É importante ressaltar a existência de vários canais de atendimento e serviços específicos para os povos maori, organizados pelo governo local, contando também com materiais exclusivos, que auxiliam, por exemplo, a como introduzir a temática entre eles. Outro destaque é para a existência de serviços governamentais que oferecem suporte emergencial para crises em saúde mental (dentre as quais estão inclusas as tentativas de suicídio) (MINISTRY OF HEALTH NEW ZEALAND, 2019; 2022).

A atenção à saúde mental e prevenção do suicídio voltada aos povos originários é uma experiência relevante para auxiliar nas estratégias de prevenção do Brasil, tendo em vista as altas taxas de mortalidade nesta população e a ausência de campanhas e intervenções voltadas aos povos indígenas brasileiros. Essas estratégias podem englobar, também, ferramentas digitais, como demonstra a experiência da Austrália, apresentada na pesquisa de Tighe e colaboradores (2017). O estudo demonstrou o uso do aplicativo *ibobbly*, direcionado a jovens que vivem em comunidades indígenas e que teve como finalidade reduzir ideação suicida, depressão, sofrimento psicológico e impulsividade.

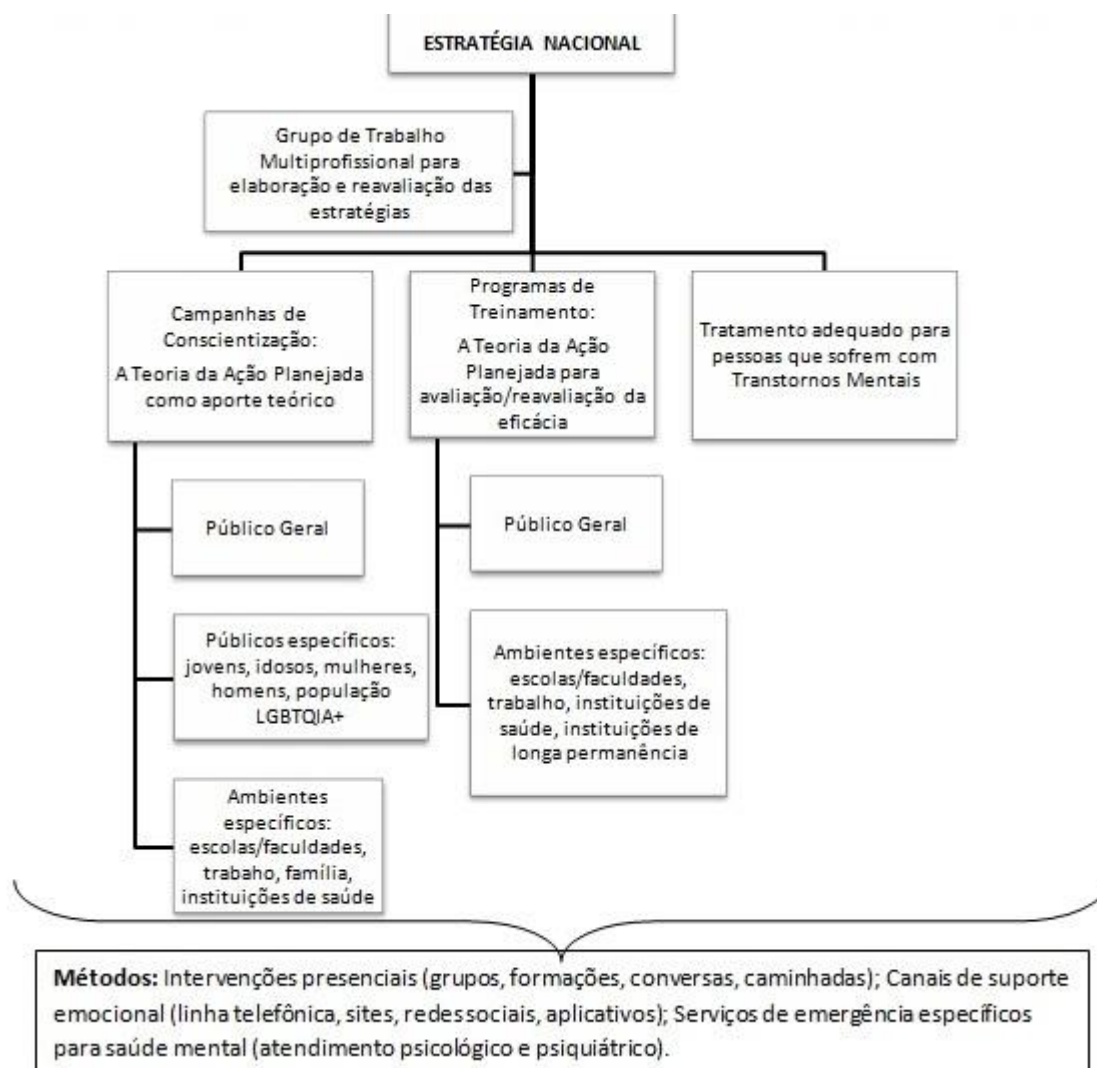
Por fim, em resgate ao continuum proposto pela estratégia neozelandesa, observa-se a presença do comportamento suicida como foco de mudança (intervenção), além da busca por compreender o sofrimento emocional envolvido (prevenção). Por isso, mais uma vez, faz-se um paralelo com a Teoria da Ação Planejada. No âmbito da prevenção, a estratégia propõe o desenvolvimento de programas educativos que contemplem a escuta dos mais diversos grupos, como pessoas que vivenciam o comportamento suicida e também a comunidade LGBTQIA+. Isso implica reconhecer crenças específicas sobre a temática a fim de formular orientações preventivas que tenham mais chances de ser, de fato, realizadas, ou seja, se tornarem comportamentos.

5.3 Uma proposta sistematizada: contribuições para a estratégia brasileira de prevenção ao suicídio

A partir das experiências citadas, compreende-se que os esforços para prevenção do suicídio não podem ser considerados de maneira isolada. Assim, um treinamento de *gatekeepers* não anula uma intervenção através de aplicativos para *smartphones* ou redes sociais, bem como não substitui a necessidade de uma intervenção profissional especializada. Essa compreensão corrobora com a ideia da prevenção em níveis e aponta para a importância de que uma estratégia nacional contemple todos os níveis (universal, seletiva e indicada). Isso requer um maior investimento em variadas campanhas de conscientização, programas de capacitação (para a população geral e grupos específicos) e um maior investimento em serviços de saúde mental com profissionais especializados, garantindo também um acesso efetivo.

Nesse sentido, elaboramos um modelo sistematizado, buscando auxiliar no desenvolvimento da estratégia brasileira de prevenção ao suicídio, ilustrado na Figura 9. O modelo considerou as especificidades epidemiológicas do Brasil, articulando com as experiências já consolidadas de outros países, que também se aproximam de contextos brasileiros. É importante salientar que, a proposta é que a estratégia nacional integre outras iniciativas já existentes, como a Campanha Setembro Amarelo e a atuação do Centro de Valorização da Vida, instituição que já vem realizando um trabalho de relevância nacional. Compreende-se que, dessa maneira, as estratégias já desenvolvidas serão otimizadas e a prevenção terá maior abrangência e efetividade.

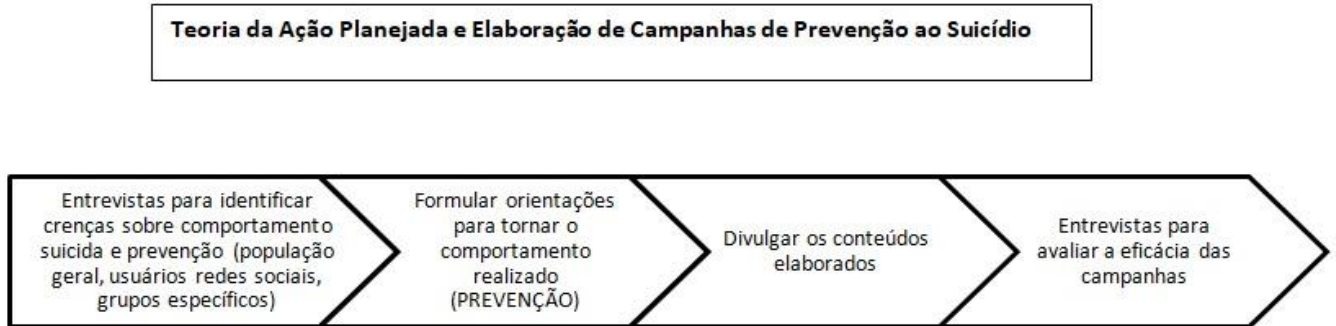
Figura 9 - Modelo Sistematizado de contribuição à Estratégia Brasileira de Prevenção ao Suicídio



Fonte: elaborada pela autora

Por fim, com relação às contribuições específicas da TAP para as campanhas de prevenção ao suicídio, destaca-se, através da Figura 10, a sua importância tanto no processo inicial de elaboração, identificando crenças sobre o comportamento suicida, prevenção, estigma e sofrimento emocional de diferentes grupos, quanto no processo de reavaliação das campanhas: auxiliando no reconhecimento de quais conteúdos têm sido válidos para efetivar o comportamento de prevenção. Este último processo também ocorre por meio de novas entrevistas aos públicos-alvo das campanhas, avaliando a intenção comportamental de prevenir o suicídio após o contato com o conteúdo da campanha em questão.

Figura 10 - Teoria da Ação Planejada e Elaboração de Campanhas de Prevenção ao Suicídio



Fonte: elaborada pela autora

6 CONCLUSÕES

A proposta desta pesquisa foi analisar a campanha brasileira de prevenção ao suicídio “Setembro Amarelo” através da sua divulgação em 4 perfis nas redes sociais, que estiveram relacionados diretamente à campanha. Para isso, utilizou-se a Teoria da Ação Planejada como suporte teórico, caracterizando o conteúdo da campanha a partir das crenças (comportamentais, normativa e de controle) identificadas. A experiência de outros países que já possuem estratégias nacionais de prevenção ao suicídio consolidadas foram utilizadas para auxiliar nos avanços das estratégias brasileiras, também à luz da TAP.

Identificou-se um conjunto de crenças comportamentais, normativas e de controle especialmente no perfil do Ministério da Saúde. Ênfases distintas foram encontradas nos demais perfis. Um destaque importante é o de que todos os perfis analisados tiveram em comum, exclusivamente, as crenças de controle.

Por isso, as crenças de controle e o controle comportamental percebido foram identificados como construtos importantes a serem considerados na elaboração do conteúdo das campanhas. Nesse sentido, sugere-se que sua presença no conteúdo das campanhas educativas sobre o suicídio auxiliaria na ideia de que é possível prevenir este comportamento.

Os conteúdos identificados nas publicações analisadas foram direcionados tanto para quem necessita de suporte emocional, quanto para estimular outras pessoas a oferecerem esse apoio. Essa característica mais ampla é condizente com a proposta de uma Prevenção Universal.

Foram contribuições importantes desse trabalho: a análise do conteúdo da campanha de maior expressão nacional voltada à prevenção do suicídio, considerando desde o seu surgimento até o seu ano mais atual: 2021; a identificação da necessidade de avanços nas estratégias brasileiras de prevenção ao suicídio, que se encontra em fases iniciais de implementação; a elaboração de um modelo sistematizado de contribuição à estratégia nacional de prevenção do suicídio no Brasil, orientando-se em estratégias já consolidadas em outros países e tendo a TAP como referencial teórico para a identificação das crenças que nortearão o conteúdo das campanhas; a indicação do uso da TAP como modelo avaliativo da eficácia de campanhas de conscientização sobre o suicídio e programas de treinamento voltados à prevenção deste comportamento.

Reitera-se, também, o uso das redes sociais e de outros meios digitais como ferramentas úteis para compor essas estratégias e proporcionar maior alcance e facilidade de

acesso aos materiais que visem à prevenção, especialmente no Brasil, que está entre os países mais conectados do mundo.

É imprescindível considerar que este estudo não propôs verificar a eficácia das estratégias utilizadas na Campanha Setembro Amarelo, mas, antes, identificá-las. Sugere-se, dessa forma, que outros estudos sejam realizados para reconhecer a efetividade dessas ações na redução dos suicídios. Destaca-se, também, que o Setembro Amarelo não se resume às redes sociais, por isso, este estudo, de maneira isolada, não é suficiente para trazer um mapeamento geral de todas as ações da campanha nos espaços presenciais. Apesar disso, conhecer o que tem sido divulgado no meio digital é relevante, dada a ascensão do uso das redes sociais nos últimos anos, a frequência de informações acessadas e a influência social exercida por esses conteúdos.

É importante salientar que pelo fato de este trabalho analisar somente o conteúdo das campanhas e não o relato de sujeitos acerca dessas publicações, a classificação das crenças aqui apresentadas é um caminho inicial para demais estudos que também considerem essas publicações. Por isso, percebe-se a importância de que outras pesquisas sejam realizadas, envolvendo os usuários, para visualizar suas crenças sobre o suicídio e sobre a campanha Setembro Amarelo.

Espera-se, por fim, que a classificação dos conteúdos das publicações e os modelos construídos aqui contribuam com o aprimoramento da Campanha Setembro Amarelo e inspire futuras estratégias de prevenção no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Thales Oliveira; SOUZA, Marjane Bernardy. A influência da internet nos adolescentes com ações suicidas. **Revista Sociais e Humanas**, v. 30, n. 1, 2017.
- AJZEN, Icek. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. **Psychology & health**, v. 26, n. 9, p. 1113-1127, 2011.
- AJZEN, Icek; ALBARRACIN, Dolores; HORNIK, Robert (Ed.). **Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach**. Psychology Press, 2007.
- AJZEN, Icek; FISHBEIN, Martin. Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intentions. **Journal of personality and social psychology**, v. 21, n. 1, p. 1, 1972.
- ALDRICH, Rosalie Shemanski. Using the theory of planned behavior to predict college students' intention to intervene with a suicidal individual. **Crisis**, 2015.
- ALDRICH, Rosalie Shemanski; CEREL, Julie. The development of effective message content for suicide intervention: Theory of planned behavior. **Crisis**, v. 30, n. 4, p. 174-179, 2009.
- BARDON, C.; PEREIRA, C. C. M.; GOULET-CLOUTIER, C. **Conversation on National Suicide Prevention Strategies: Supplementary Document**. Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-Life Practices. 2021. Disponível em: < <https://abeps.org.br/wp-content/uploads/2022/03/conversation-national-suicide-prevention-strategies-supplementary-document.pdf> >. Acesso em: 28 de mar. 2022.
- BARROSO, Marianna Leite et al. A depressão como causa do desenvolvimento da ideação suicida na pessoa idosa e as consequências no âmbito familiar. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 41, p. 66-76, 2018.

BOSNJAK, Michael; AJZEN, Icek; SCHMIDT, Peter. The theory of planned behavior: selected recent advances and applications. **Europe's Journal of Psychology**, v. 16, n. 3, p. 352, 2020.

BERTOLETE, Jose Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012, 137p.

BLATT, Marcos Roberto. A relevância das redes sociais na prevenção ao suicídio. **Revista da Saúde da AJES**, v. 5, n. 10, 2019.

BRASIL. Governo do Brasil. Se liga! Dê um like na vida. Campanha reforça valorização da vida e combate à depressão. 2019d. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/09/campanha-reforca-valorizacao-da-vida-e-combate-a-depressao>>. Acesso em: 04 de Jan. 2021.

_____. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. 2019c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.819%2C%20DE%2026%20DE%20ABRIL%20DE%202019&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,3%20de%20junho%20de%201998.> Acesso em: 04 de jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%201.876%2C%20DE%2014,das%20tr%C3%AAs%20esferas%20de%20gest%C3%A3o.>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Setembro Amarelo: Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. 2017a Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim_suicidio_MS_set17.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, p. 1-14. 2017c. Disponível em:<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Saiba como noticiar o assunto nos meios de comunicação e evitar o efeito contágio. 2017d Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/folheto-jornalistas.pdf>>. Acesso em 3 de abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico** 33, v. 52, p. 1-10, 2021. Disponível em: <<https://abeps.org.br/boletim-epidemiologico/>>. Acesso em 28 de mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim Epidemiológico** 24, v. 50, p. 1-14, 2019a. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. **Boletim Epidemiológico** 15, v. 50, p. 1-12, 2019b. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2020.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**. São Paulo: Artmed Editora, 2015.

BOTEGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 5, 2006.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013a.

_____. Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq. **Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina**, 2013b.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1655-1666, 2015.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **O CVV**. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 01 de jun. 2021.

CHAVES, Jéssica Bazilio; FERNANDES, Sheyla Christine Santos; BEZERRA, Daniela Santos. A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da teoria da ação planejada. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 38-57, 2018.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019.

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Representaciones sobre suicidio de mujeres con historia de violencia domestica e intento de suicidio. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 118-125, 2014.

_____. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 4, p. 219-225, 2018.

D'AMORIM, Maria Alice; FREITAS, Carla Maria; DE SÁ, G. A. A motivação para realizar o auto-exame da mama: uma aplicação da teoria da ação planejada. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 169-185, 1992.

D'ANCI, Kristen E. et al. Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 171, n. 5, p. 334-342, 2019.

DARABI, Fatemeh et al. The effect of a theory of planned behavior-based educational intervention on sexual and reproductive health in Iranian adolescent girls: a randomized controlled trial. **Journal of research in health sciences**, v. 17, n. 4, p. 400, 2017.

DATAREPORTAL. **Digital 2022**: global overview report. Disponível em: <<https://datareportal.com/reports/digital-2022-global-overview-report>>. Acesso em: 02 abr. 2021.

DATASUS. **Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos - Brasil**. 2022. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>>. Acesso em: 24 de mar. 2020.

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe; BOTEGA, Neury José. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde, Organização Pan

Americana da Saúde, Universidade Estadual de Campinas. 2006. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf> Acesso em: 24 nov. 2020.

FERNANDES, Larissa de Siqueira; CALADO, Camila; ARAUJO, Claudia Affonso Silva. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3357-3368, 2018.

FERNANDES, Fabiana Yanes et al. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1711-1719, 2015.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira et al. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 258-264, 2015.

GIBBONS, Carly J. et al. Engagement and retention of suicide attempters in clinical research: Challenges and solutions. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v. 31, n. 2, p. 62, 2010.

GOMES, Ingrid Raphaelle Rolim; FERNANDES, Sheyla Christine Santos. A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 38, n. 94, p. 55-66, 2018.

GONÇALVES, Annie Larissa de Carvalho; FARO, André. Crenças de adolescentes frente a diferentes contextos de tentativa de suicídio. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 1, 2019.

GYSIN-MAILLART, Anja; SORAVIA, Leila; SCHWAB, Simon. Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. **Journal of affective disorders**, v. 264, p. 393-399, 2020.

HAGGER, Martin S. et al. Perceived behavioral control moderating effects in the theory of planned behavior: A meta-analysis. **Health Psychology**, 2022.

HARRINGTON, M. Rachel et al. The Theory of Planned Behavior and the USDA Summer Food Service Program. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 52, n. 10, p. 944-951, 2020.

IASP. International Association for Suicide Prevention. **About WSPD**. 2021. Disponível em: <<https://www.iasp.info/wspd2021/about/>>. Acesso em: 26 de mar. 2022.

JAGER-HYMAN, Shari et al. Cognitive distortions and suicide attempts. **Cognitive therapy and research**, v. 38, n. 4, p. 369-374, 2014.

KOVACS, Maria; BECK, Aaron T.; WEISSMAN, Arlene. Hopelessness: An indicator of suicidal risk. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 5, n. 2, p. 98-103, 1975.

KUHLMAN, Shane T. W. et al. A pilot randomized controlled trial of the alliance project gatekeeper training for suicide prevention. **Archives of suicide research**, p. 1-17, 2020.

KUHLMAN, Shane T. W. et al. Intention to enact and enactment of gatekeeper behaviors for suicide prevention: An application of the theory of planned behavior. **Prevention science**, v. 18, n. 6, p. 704-715, 2017.

LA BARBERA, Francesco; AJZEN, Icek. Control interactions in the theory of planned behavior: Rethinking the role of subjective norm. **Europe's Journal of Psychology**, v. 16, n. 3, p. 401, 2020.

LIRA, Ariana Galhardi et al. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 164-171, 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MICHEL, Konrad; GYSIN-MAILLART, Anja (Ed.). **ASSIP–Attempted Suicide Short Intervention Program: A Manual for Clinicians**. Hogrefe Publishing, 2015.

MICHEL, Konrad; VALACH, Ladislav; GYSIN-MAILLART, Anja. A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 3, p. 243, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; MARTINS, José Clerton de Oliveira. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Revista Estudos de Psicologia. Natal**, v. 21, n. 1, p. 36-45. 2016.

MINISTRY OF HEALTH. **Every Life Matters – He Tapu te Oranga o ia tangata: Suicide Prevention Strategy 2019–2029 and Suicide Prevention Action Plan 2019–2024 for Aotearoa New Zealand**. Wellington: Ministry of Health, 2019. Disponível em: <<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide-prevention-strategy-2019-2029-and-plan-2019-2024-v2.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

_____. **Crisis assessment teams**. Nova Zelândia, 2022. Disponível em: <<https://www.health.govt.nz/your-health/services-and-support/health-care-services/mental-health-services/crisis-assessment-teams>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

MOSTAFAVI, Firoozeh et al. Evaluating community-based programs in promoting traffic behaviors and safe road crossing behaviors in youth: an application on theory of planned behavior. **International journal of preventive medicine**, v. 12, 2021.

MOUTINHO, Karina; ROAZZI, Antonio. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação psicológica**, v. 9, n. 2, p. 279-287, 2010.

MUEHLENKAMP, Jennifer J.; HAGAN, Christopher R. Factors predicting intent to intervene with a potentially suicidal peer. **Archives of suicide research**, v. 24, n. 4, p. 483-497, 2020.

MYERS, David G. **Psicologia Social**. 10. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2014.

OEXLE, N.; MAYER, L.; RÜSCH, N. Suizidstigma und Suizidprävention. **Der Nervenarzt**, v. 91, n. 9, p. 779-784, 2020.

OLIVEIRA, José M. D. de; MOTT, Luiz. **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2019: Relatório do Grupo Gay da Bahia**. 1. ed. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2021. 2021. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2021#:~:text=O%20Dia%20Mundial%20da%20Preven%C3%A7%C3%A3o,aten%C3%A7%C3%A3o%20para%20preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio.>> Acesso em: 26 de mar. 2021.

PAPPIS, Márcia Luciane. **Abordagem social do suicídio: o suicídio entre jovens e adolescentes como fenômeno da modernidade tardia**. 2018. 121f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC, 2018.

PARK, A.-La et al. Cost-effectiveness of a brief structured intervention program aimed at preventing repeat suicide attempts among those who previously attempted suicide: a secondary analysis of the ASSIP randomized clinical trial. **JAMA network open**, v. 1, n. 6, p. e183680-e183680, 2018.

PARK, Seon-Cheol et al. “Suicide CARE”(standardized suicide prevention program for gatekeeper intervention in korea): an update. **Psychiatry investigation**, v. 17, n. 9, p. 911, 2020.

PEREIRA, Jessyca Nunes; CORRÊA, Jéssica Ariana de Jesus. Análise das intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola no Brasil entre 2009 e 2014. **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**, v. 9, n. 6, p. 159-168, 2018.

PHILLIPS, David P.; CARSTENSEN, Lundie L.; PAIGHT, Daniel J. Effects of mass media news stories on suicide, with new evidence on the role of the story content. In: PFEFFER, Cynthia R. (Ed.) **Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention**, Washington, DC: American Psychiatric Press, p. 101-116, 1989.

PREFEITURA DE BOSSOROCA. **Setembro Amarelo**: como surgiu e por que ele é tão importante. 2021. Disponível em: <

[https://www.bossoroca.rs.gov.br/site/noticias/saude/62973-setembro-amarelo-como-surgiu-e-por-que-ele-e-tao->](https://www.bossoroca.rs.gov.br/site/noticias/saude/62973-setembro-amarelo-como-surgiu-e-por-que-ele-e-tao-). Acesso em: 26 de mar. 2022.

RAMOS, Andréia; SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. Exposição a pesticidas, atividade laborativa e agravos à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 14, n. 1, p. 41-5, 2004.

RATINAUD, Pierre. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Disponível em <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 21 de nov. 2021.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira et al. Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, 2018.

SALVIATI, M. E. **Manual do aplicativo Iramuteq**. UNB: Planaltina, p. 96, 2017.

SCAVACINI, Karen. **Como falar de forma segura sobre suicídio** [recurso eletrônico].

IZIDORO, M. M. (Rev). 1. ed. São Paulo : Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 2019. Disponível em: < [https://vitaalere.com.br/wp-](https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2019/09/425263625-Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf)

[content/uploads/2019/09/425263625-Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf](https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2019/09/425263625-Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf)>.

Acesso em: 02 de abr. 2021.

SCHØNNING, Viktor et al. Social media use and mental health and well-being among adolescents—a scoping review. **Frontiers in psychology**, p. 1949, 2020.

SEE ME SCOTLAND. **See me end mental health discrimination**. Escócia, 2022.

Disponível em: <<https://www.seemescotland.org/>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

SIEBEL, MARCIA Teresa et al. A influência das redes sociais para o suicídio na adolescência. **Revista Ciência (In) Cena**, n. 8, p. 121-133, 2019.

SILVA, Joélia Rodrigues da et al. Redes sociais e promoção da saúde: utilização do facebook no contexto da doação de sangue. **RISTI-Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, n. 30, p. 107-122, 2018.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1703-1710, 2015.

SILVA, Ana Beatriz Grandini Casali da; ROSSI, Jéssica de Cássia. A temática do suicídio nas Redes Sociais Digitais: Análise de uma publicação no Facebook. **Revista Multiplicidade**, v. 8, n. 8, 2017.

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e58, 2020.

SPOKAS, Megan et al. Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. **Journal of affective disorders**, v. 136, n. 3, p. 1121-1125, 2012.

SUPRANET GGZ. **Waarom SUPRANET GGZ?** Holanda, 2022. Disponível em: <<https://www.supranetggz.nl/waarom-supranet-ggz/>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

TERPSTRA, Sanne et al. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2018.

TIGHE, Joseph et al. Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. **BMJ open**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2017.

TUNG, Gregory J. et al. Gun Retailers' Willingness to Provide Gun Storage for Suicide Prevention. **American journal of health behavior**, v. 43, n. 1, p. 15-22, 2019.

VAN DER BURGT, Margot CA et al. The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. **Journal of affective disorders**, v. 279, p. 730-736, 2021.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero. Mídias sociais e suicídio. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 4, p. 194-194, 2018.

VERMELHO, Sônia Cristina et al. Refletindo sobre as redes sociais digitais. **Educação & sociedade**, v. 35, n. 126, p. 179-196, 2014.

VICTAL, Vilma Janaína Rios Cabral et al. Suicídio e povos indígenas no Brasil. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 7, n. 3, p. 49-60, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. WHO, 2014, 92p. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/> Acesso em: 24 nov. 2020.

_____. **Preventing suicide a resource for police, firefighters and other first line responders**. Genebra, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_firstresponders.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2021.

_____. **Preventing suicide in jails and prisons**. Genebra, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2021.

_____. **Prevenção do suicídio: Manual para Professores e Educadores**. Genebra, 2000d. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2021.

_____. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Genebra, 2000a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf;jsessionid=AD4D186703EB0CABF35DA1EBBC2AD2F4?sequence=7>. Acesso em: 15 de mai. 2021.

_____. **Prevenção do Suicídio:** um manual para profissionais da mídia. Genebra. 2000c. Disponível em:
<https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf>
Acesso em: 06 de jan. 2021.

_____. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000b. Disponível em:
<https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>.
Acesso em: 15 de mai. 2021.

_____. **National suicide prevention strategies:** progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>> . Acesso em: 27 de mar. 2022.

_____. **Suicide.** Key Facts. 2019a. Disponível em:
<<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide#:~:text=Close%20to%20800%20000%20people,who%20attempt%20suicide%20every%20year.&text=Suicide%20is%20the%20third%20leading,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries>>. Acesso em: 24 de mar. 2022.

_____. **Suicide in the world:** Global Health Estimates. WHO, 2019b, 32p.

_____. World Health Statistics data visualizations dashboard: Noncommunicable diseases and mental health. 2021a. Disponível em:
<<https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-data?lang=en>> . Acesso em: 12 de mai. 2021.

_____. **Live life:** an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2021b. Disponível em: < <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>>. Acesso em: 27 de mar. 2022.