



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO AMBIENTE

DANIELA APARECIDA ARAUJO FERNANDES

**O SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS: UMA ABORDAGEM
EPIDEMIOLÓGICA, SOCIOAMBIENTAL E PSICOSSOCIAL**

Palmas - TO
2024

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

**O SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS: UMA ABORDAGEM
EPIDEMIOLÓGICA, SOCIOAMBIENTAL E PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências do Ambiente da Universidade Federal
do Tocantins, como requisito para obtenção do
grau de Doutora.

Orientador: Prof. Dr. Héber Rogério Grácio
Coorientadora: Prof. Dra. Leila Rute Oliveira
Gurgel do Amaral

**Palmas - TO
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- F363s Fernandes, Daniela Aparecida Araujo.
O SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS: uma abordagem
epidemiológica, socioambiental e psicossocial. / Daniela Aparecida Araujo
Fernandes. – Palmas, TO, 2024.
242 f.
- Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Doutorado) em Ciências
do Ambiente, 2024.
Orientador: Héber Rogério Gracio
Coorientadora : Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral
1. suicídio. 2. epidemiologia. 3. socioambiental. 4. psicossocial. I. Título

CDD 628

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

O suicídio no Estado do Tocantins:
uma abordagem epidemiológica, socioambiental e psicossocial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências do Ambiente da Universidade
Federal do Tocantins, avaliada para a obtenção do
título de Doutora e aprovada em sua forma final
pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data da aprovação ____/____/____.

Banca Examinadora:

Orientador e Presidente da Banca Prof. Dr. Héber Rogério Grácio, UFT

Professor Dr. Jonas Carvalho e Silva, (TU) Dortmund

Professor Dr. Marcelo Rythowem, IFTO

Professor Dr. Ladislau Ribeiro do Nascimento, UFT

Professor Dr. Lucas Barbosa e Souza, UFT

1º Suplente: Prof. Dr. Márcio Trevisan, UFT

2º Suplente: Prof. Dr. Carlos Alexandre Barboza Plinio dos Santos, UnB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela força e pela sabedoria para concluir esta jornada.

Ao meu orientador, Héber Rogério Grácio, e à coorientadora, Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, pelo inestimável apoio, pela orientação e pela paciência ao longo deste trabalho. Suas valiosas contribuições e encorajamento foram fundamentais para o desenvolvimento desta tese.

À minha família, em especial à minha mãe, Cívara Regina Araujo Manduca, à minha avó, Maria do Socorro Araujo Manduca, ao meu companheiro, Alexandre Maia Cardoso, e ao meu filho, Miguel Fernandes Maia, pelo amor incondicional, pelo apoio constante e pela compreensão durante os momentos difíceis. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

À turma de Doutorado do Ciamb 2020, mulheres admiráveis, com as quais pude compartilhar angústias e troca de ideias. A todos os meus amigos, a paciência e a amizade de vocês foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

À Universidade Federal do Tocantins e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente, por fornecerem os recursos e o ambiente acadêmico necessários para a realização desta pesquisa.

Aos meus professores e mentores ao longo da minha jornada acadêmica, que contribuíram de diversas maneiras para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos participantes da pesquisa e aos demais colaboradores, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta tese, mas que não foram mencionados nominalmente. A todos, meu sincero muito obrigado.

RESUMO

Esta pesquisa visa compreender o fenômeno do suicídio no estado do Tocantins, Brasil, de 2010 a 2019, sob as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial. Explora fatores históricos, socioeconômicos, ambientais, culturais e individuais. Os objetivos específicos incluem caracterizar o perfil epidemiológico das taxas de suicídio; descrever variáveis demográficas e socioeconômicas associadas; analisar espacialmente a distribuição dos óbitos; relacionar o modelo de desenvolvimento do Tocantins e o município de Taipas com as taxas de suicídio; investigar suicídios entre os povos indígenas Iny; e analisar aspectos psicossociais dos óbitos em Taipas por meio de autópsias psicossociais. Para alcançar esses objetivos, foram aplicados métodos variados. Na abordagem epidemiológica, utilizou-se análise estatística descritiva com abordagem quanti-qualitativa e revisão da literatura. Na perspectiva socioambiental, empregou-se a análise espacial para correlacionar o modelo de desenvolvimento do Tocantins com as taxas de suicídio. Na abordagem psicossocial, aplicou-se a autópsia psicossocial, integrando aspectos sociais e antropológicos com os estados emocionais dos indivíduos. O Tocantins registrou 1.025 óbitos por suicídio no SIM/DATASUS, com aumento ao longo da série histórica. Suicídios são mais prevalentes entre homens, idosos de 70 a 79 anos e adultos jovens de 20 a 29 anos. Solteiros com baixa escolaridade são maioria. O enforcamento é o método mais comum e o domicílio, o local mais frequente. Trabalhadores agropecuários são a ocupação mais representada, embora os dados sejam incompletos. As taxas de suicídio entre indígenas são alarmantes, com 251,3 suicídios por 100 mil habitantes. A análise espacial revelou padrões específicos de mortalidade por suicídio nas regiões de saúde do estado, evidenciando áreas com maiores incidências. Transformações socioambientais no Tocantins impactam significativamente as taxas de suicídio. Entrevistas de autópsias psicossociais indicaram relação entre histórico de adoecimento mental, especialmente depressão e uso abusivo de álcool, e incidência suicídios. Fatores socioeconômicos, como desemprego, pobreza e falta de acesso a recursos de saúde, aumentam o risco de suicídio. Violência doméstica e psicológica também afetam a saúde mental das vítimas. A ausência de uma rede de suporte agrava os sintomas e pode levar ao suicídio. A pesquisa destaca a complexidade do suicídio e a necessidade de uma abordagem multifacetada para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção, além de ressaltar a importância de futuras investigações para preencher lacunas encontradas.

Palavras-chave: Suicídio. Epidemiologia. Socioambiental. Psicossocial. Tocantins.

ABSTRACT

This research aims to understand the phenomenon of suicide in the state of Tocantins, Brazil, from 2010 to 2019, from an epidemiological, socio-environmental and psychosocial perspective. It explores historical, socioeconomic, environmental, cultural and individual factors. The specific objectives include characterizing the epidemiological profile of suicide rates, describing associated demographic and socioeconomic variables, spatially analyzing the distribution of deaths, relating the development model of Tocantins and the municipality of Taipas to suicide rates, investigating suicides among Iny indigenous peoples and analyzing psychosocial aspects of deaths in Taipas through psychosocial autopsies. A variety of methods were used to achieve these objectives. The epidemiological approach used descriptive statistical analysis with a quantitative and qualitative approach and a literature review. From a socio-environmental perspective, spatial analysis was used to correlate Tocantins' development model with suicide rates. In the psychosocial approach, the psychosocial autopsy was applied, integrating social and anthropological aspects with the emotional states of individuals. Tocantins recorded 1,025 deaths by suicide in SIM/DATASUS, with an increase over the course of the historical series. Suicides are more prevalent among men, the elderly aged 70 to 79 and young adults aged 20 to 29. Single people with low levels of education are the majority. Hanging is the most common method and the home is the most frequent location. Agricultural workers are the most represented occupation, although the data is incomplete. Suicide rates among indigenous people are alarming, with 251.3 suicides per 100,000 inhabitants. Spatial analysis revealed specific patterns of suicide mortality in the state's health regions, highlighting areas with higher incidences. Socio-environmental transformations in Tocantins have a significant impact on suicide rates. Psychosocial autopsy interviews indicated a relationship between a history of mental illness, especially depression and alcohol abuse, and suicides. Socio-economic factors such as unemployment, poverty and lack of access to health resources increase the risk of suicide. Domestic and psychological violence also affect the mental health of victims. The absence of a support network aggravates symptoms and can lead to suicide. The research highlights the complexity of suicide and the need for a multifaceted approach to develop effective prevention and intervention strategies, as well as emphasizing the importance of future research to fill the gaps found.

Keywords: Suicide. Epidemiology. Socio-environmental. Psychosocial. Tocantins.

LISTA DE SIGLAS

ANC – Assembleia Nacional Constituinte
CadÚnico – Cadastro Único
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAT – Teste de Apercepção Temática Infantil
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEJET – Comissão de Estruturação Jurídica do Estado do Tocantins
CENOG – Casa do Estudante do Norte de Goiás
CEULP – Centro Universitário Luterano de Palmas
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CID – Classificação Internacional de Doenças
CONORTE – Comissão de Estudos dos Problemas do Norte Goiano
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CRP – Conselho Regional de Psicologia
DALY – *Disability Adjusted Life Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO – Declaração de Óbito
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
FESP – Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GBD – Carga Global de Doenças
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDR – Índice de Desenvolvimento Regional
LASPC – *Los Angeles Suicide Prevention Center*
MhGAP – *Mental Health Gap Action Plan*
OMS – Organização Mundial de Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PBF – Programa Bolsa Família
PCH – Pequenas Centrais Hidrelétricas

PPG Ciamb – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente
PPGDR – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional
PIB – Produto Interno Bruto
PIRS – Programa Integrado de Residências em Saúde
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RHTA – Região Hidrográfica Tocantins/Araguaia
SASPDCA – Superintendência de Administração e Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SECIJU – Secretaria de Cidadania e Justiça
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES - TO – Secretaria de Estado da Saúde – Tocantins
SIASI – Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SIG – Sistema de Informação Geográfico
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO – Tocantins
UF – Unidade de Federação
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFT – Universidade Federal do Tocantins
UHE – Usinas Hidrelétricas
UNICATÓLICA – Centro Universitário Católica do Tocantins
UNITINS – Universidade Estadual do Tocantins

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estado do Tocantins por regiões de saúde.....	85
Figura 2 – Distribuição espacial das médias totais de óbitos por suicídio nas regiões de saúde do Tocantins, no período de 2010-2019.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade* de suicídio, ajustada por idade, segundo UF. Brasil, 2019.....	61
Gráfico 2 – Número absoluto de óbitos por suicídio no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2019.....	62
Gráfico 3 – Taxa de óbitos de suicídio por sexo no período de 2010 a 2019, no estado do Tocantins.....	65
Gráfico 4 – Número absoluto de óbitos notificados por suicídio, por faixa etária e sexo no Tocantins, no período de 2010 a 2019.....	67
Gráfico 5 – Taxa de óbitos de suicídio por subgrupo faixa etária no período de 2010 a 2019, no estado do Tocantins.....	68
Gráfico 6 – Taxa de óbitos de suicídio por subgrupo raça/cor no estado do Tocantins.....	70
Gráfico 7 – Número absoluto de óbitos notificados por suicídio, por método utilizado e sexo, no Tocantins, no período de 2010 a 2019.....	75
Gráfico 8 – Número absoluto de óbitos por suicídio no estado do Tocantins, de 2010 a 2019, por regiões de saúde.....	92
Gráfico 9 – Pirâmide etária por sexo, Estado do Tocantins, em 2022.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais fatores de risco ao suicídio, classificados por área.....	34
Quadro 2 – Quantitativo de entrevistados.....	55
Quadro 3 – Perfil dos sujeitos pesquisados por meio da autópsia psicossocial.....	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequências dos casos de suicídios quanto às variáveis descritivas da amostra no estado do Tocantins-Brasil, no período de 2010 a 2019.	63
Tabela 2 – Distribuição de frequências das variáveis descritivas dos eventos suicidas no estado do Tocantins-Brasil, no período de 2010 a 2019.....	74
Tabela 3 – Distribuição de frequências das ocupações dos eventos suicidas no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2019.....	79
Tabela 4 – Municípios que integram as regiões de saúde do Tocantins.....	87
Tabela 5 – População residente nas regiões de saúde, por ano (2010-2019).....	89
Tabela 6 – Número absoluto de óbitos por suicídio no estado do Tocantins, de 2010 a 2019, por regiões de saúde.....	90
Tabela 7 – Taxa de óbitos (100.000 habitantes) por suicídio e região de saúde, de 2010 a 2019, no estado do Tocantins.....	93
Tabela 8 – Taxa média total de óbitos por suicídio, na série histórica de 2010-2019, por região de saúde no estado do Tocantins.....	94
Tabela 9 – Brasil, região Norte e estado do Tocantins: Produto Interno Bruto – PIB (R\$ 1.000.000) – 2017 a 2021.....	106
Tabela 10 – Evolução do emprego formal por setores de atividades do Tocantins entre 2000 e 2010.....	107
Tabela 11 – Estado do Tocantins: estoque de emprego formal, por atividades econômicas – 2017 a 2021.....	108
Tabela 12 – Famílias com rendimento mensal familiar até 1/4 do salário mínimo (pobreza extrema), até meio salário mínimo (pobreza absoluta) e até 1 salário mínimo (pobreza) – 1991, 2000 e 2010.....	114
Tabela 13 – Estado do Tocantins: população indígena e quilombola, por localização do domicílio – 2000 a 2022.....	126
Tabela 14 – Estado do Tocantins: população (pessoas) por território indígena e forma de declaração – 2010 e 2022.....	127
Tabela 15 – Taxa de mortalidade de suicídio (TMS), por 100 mil habitantes, entre populações indígenas e não indígenas nas macrorregiões do Brasil de 2006 a 2010.....	129
Tabela 16 – Suicídios por enforcamento, por aldeia, da comunidade indígena Karajá, de 2010 a 2016*.....	130

Tabela 17 – Suicídios por enforcamento, por ano, da comunidade indígena Karajá, de 2010 a 2016*.....	131
Tabela 18 – Suicídios, por faixa etária, da comunidade indígena Karajá, de 2010 a 2016*.....	132

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Trajetória e implicação com a pesquisa.....	16
1.2 Apresentação do tema e do problema.....	19
1.3 Estrutura da tese.....	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1 O suicídio: várias explicações	28
2.2 Fatores de risco ao suicídio	33
2.3 Fatores de proteção ao suicídio	35
2.4 Uma leitura epidemiológica	38
2.5 Uma leitura socioambiental	40
2.6 Uma leitura psicossocial	41
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	44
3.1 Delineamento do estudo	44
3.2 Local do estudo	47
3.3 Período.....	48
3.4 População do estudo	48
3.5 Sujeitos.....	48
3.6 Critérios de inclusão	49
3.7 Critérios de exclusão.....	49
3.8 Instrumentos para coleta de dados.....	49
3.9 Procedimento.....	51
3.9.1 Estudo epidemiológico.....	51
3.9.2 Estudo socioambiental.....	53
3.9.3 Estudo psicossocial	53
3.10 Análise dos dados.....	55
3.10.1 Estudo epidemiológico.....	55
3.10.2 Estudo socioambiental.....	56
3.10.3 Estudo psicossocial	56
3.10.4 Aspectos éticos	58
4 O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA	59
4.1 Características descritivas da amostra	63

4.2 Características descritivas dos eventos.....	73
5 O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA SOCIOAMBIENTAL	83
5.1 Distribuição do suicídio no estado do Tocantins.....	84
5.2 Caracterizações do estado do Tocantins.....	95
5.2.1 Características geográficas	99
5.2.2 Fatores socioambientais	101
5.3 Caracterização do município de Taipas do Tocantins	113
5.4 Topofilia - modos de vida.....	118
6 O FENÔMENO DO SUICÍDIO NOS POVOS INDÍGENAS DO TOCANTINS	126
7 O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL	140
7.1 Apresentação dos sujeitos	141
7.2 Apresentação das famílias.....	145
7.3 Análise das entrevistas	148
7.3.1 Histórico de adoecimento mental	148
7.3.2 Vulnerabilidades socioeconômicas	163
7.4 Dados socioantropológicos	189
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	201
REFERÊNCIAS.....	207
ANEXOS.....	224
APÊNDICES	233

1 INTRODUÇÃO

1.1 Trajetória e implicação com a pesquisa

O que me despertou para a carreira acadêmica foi um projeto de pesquisa, no qual era bolsista durante a graduação, e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Na banca do TCC, os professores destacaram meu perfil acadêmico e docente, incentivando-me a seguir por esse caminho. O projeto de pesquisa e o TCC abordaram o suicídio infantil e a identificação dos fatores de risco por meio do teste psicológico CAT (Teste de Apercepção Temática Infantil). Fui orientada por Nara Wanda Zamora, *in memoriam*, uma referência na Psicologia do Tocantins, que dá nome ao Conselho Regional de Psicologia (CRP-23). O tema do suicídio tornou-se parte da minha trajetória, aparecendo de forma mais latente em alguns momentos.

No mestrado, propus uma temática diferente da graduação, pesquisei adolescentes em conflito com a lei, com uso da Esquizoanálise como base teórica. Em 2014, comecei a trabalhar no interior, primeiro no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em Ipueiras - TO, e depois no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), em Porto Nacional - TO. Essas foram experiências curtas, pois fui selecionada para o Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS), que impulsionou minha carreira acadêmica e profissional. No PIRS, como bolsista do Ministério da Saúde e da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), ingressei no Programa de Saúde Coletiva, especializando-me em vigilância. Atuei na Área Técnica de Violências, focando no comportamento suicida, e desenvolvi diversos trabalhos técnicos, como elaboração e implantação do “Protocolo de atenção e acompanhamento aos intentos suicidas”; implantação da “Planilha de monitoramento dos casos de violência”; implantação do “Instrumento para controle das notificações de violências”. Também realizei trabalho docente: “Oficina: rede de atenção e acompanhamento aos intentos suicidas”, “Capacitação da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada”.

No final de 2014, prestei concurso para trabalhar no Sistema Socioeducativo pela Secretaria de Cidadania e Justiça do Estado do Tocantins. Em 2015, concluí o mestrado e iniciei a residência em Saúde Coletiva. No final de 2015, participei de processos seletivos para doutorado na PUC-GO, focando no comportamento suicida, e na Universidade Federal Fluminense (UFF), na temática da socioeducação. Em 2016, após concluir a residência em Saúde Coletiva, ingressei na residência em Saúde Mental,

atuando em NASF, CAPS II, CAPS AD III e Consultório na Rua, continuando na linha de frente no atendimento a pessoas com comportamento suicida.

Em 2017, assumi o concurso e a posição de professora substituta no Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), dedicando-me a estudos em Justiça Restaurativa, Conciliação e Mediação de Conflitos. Na Secretaria de Cidadania e Justiça (SECIJU), atuei como responsável pelo Núcleo de Saúde do Sistema Socioeducativo do Tocantins, onde gerenciei a saúde integral de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio fechado. Em 2018, continuei na SECIJU e comecei a lecionar as disciplinas de Psicologia Social e Psicologia Jurídica na Universidade Estadual do Tocantins (UNITINS).

Em 2019, voltei a atuar na SECIJU e fui tutora no Programa de Saúde da Família e Comunidade, desenvolvendo projetos de intervenção em Palmas com base no Planejamento Estratégico Situacional. Fui tutora por dois anos. No final de 2019, fui convidada a cursar uma pós-graduação em “Processos educacionais inovadores” pelo Centro Universitário Católica do Tocantins (Unicatólica), devido à minha experiência em Residência, que é estruturada em metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Em 2019 e 2020, atuei na SECIJU na Residência como tutora e cursei a pós-graduação.

No final de 2019, identifiquei dois programas de doutorado possíveis: o Programa de Desenvolvimento Regional (PGDR-UFT) e o Programa de Ciências do Ambiente (PGCiamb-UFT). Ambos possuem caráter interdisciplinar, o que facilitaria minha inserção. Fui aprovada em Ciências do Ambiente e também no Desenvolvimento Regional (embora não tenha realizado a entrevista). Optei pelo Programa em Ciências do Ambiente, que parecia mais adequado para um diálogo multidisciplinar.

Em 2020, iniciei os estudos no Ciamb. Contudo, algo inesperado ocorreu: a pandemia de COVID-19, que abalou toda a sociedade e a ciência. Após duas semanas de aulas presenciais, a turma de 2020 foi fortemente impactada. Em 2021, ingressei como docente no UniCatólica. Em 2022, atuei na Secretaria de Estado de Segurança Pública/Gerência de Valorização do Policial Civil, como psicóloga. Atualmente, retornei à Secretaria de Cidadania e Justiça, como agente especialista socioeducadora – psicologia, lotada na Unidade de Semiliberdade Masculina de Palmas.

Desde o pré-projeto apresentado ao Ciamb, já havia a intenção de estudar o fenômeno do suicídio, agora com a perspectiva socioambiental. Questiono-me por que estudar um tema tão complexo e delicado como o suicídio. Não há uma razão particular,

embora eu tenha vivenciado a perda de um familiar por essa causa. O tema me remete a um compromisso com a sociedade, deflagrado pelo sofrimento humano.

Dada a complexidade do tema proposto nesta tese e a importância de expandir os horizontes metodológicos e teóricos, o diálogo interdisciplinar proposto pelo Programa em Ciências do Ambiente contempla esse desafio. A leitura de “Epistemologia Ambiental”, de Enrique Leff, fundamental para o processo seletivo, ressaltou a conexão entre os elementos psicossociais e a leitura ambiental.

Junto ao orientador e à coorientadora, e com base nas leituras realizadas, decidimos abordar o tema de forma abrangente, com uso de diversas metodologias e referenciais teóricos para sustentar a compreensão do fenômeno sob as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial. Esse é um grande desafio, mas também a essência da pesquisa, pois os estudos na área costumam se concentrar em apenas um desses enfoques. Além disso, há lacunas nas pesquisas e nas publicações no estado do Tocantins, o que torna essencial aumentar a produção acadêmica.

Entre as duas linhas de pesquisa do Ciamb – “Biodiversidade e Recursos Naturais” e “Natureza, Cultura e Sociedade” –, ingressei na segunda. Essa linha foca nas relações entre sociedade e meio ambiente, considera a cultura como objeto de interpretações multidisciplinares e problematiza as relações socioambientais, visando à sustentabilidade planetária. Propõe-se analisar condicionantes e implicações ambientais, sociais e culturais em áreas urbanas ou rurais em transformação, principalmente devido a políticas públicas e grandes projetos (UFT, 2022).

Vinda das Ciências Sociais Aplicadas e inserida na linha de pesquisa “Natureza, Cultura e Sociedade”, é possível compreender o suicídio sob a ótica da relação intrínseca entre sociedade e ambiente e suas implicações.

A necessidade de isolamento social para diminuir a transmissão do vírus impactou a pesquisa de campo, retardando-a em vez de inviabilizá-la. A flexibilização do isolamento social foi aguardada para melhor desenvolvimento da pesquisa, especialmente devido à delicadeza do tema, aos requisitos para a coleta de dados por meio da autópsia psicossocial e à necessidade de acolhimento dos sobreviventes. Durante os dois primeiros anos do doutorado, que coincidiram com a pandemia, realizei pesquisa bibliográfica sobre o suicídio, coleta de dados em bases secundárias e parte da pesquisa de campo, alcançando resultados parciais.

1.2 Apresentação do tema e do problema

O suicídio é considerado um problema de saúde pública desde 1996, conforme declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Krug *et al.*, 2002). Embora conhecido ao longo da história, o suicídio é um fenômeno que varia conforme o tempo histórico e o contexto cultural. Sua complexidade advém da interação de diversos fatores individuais, sociais, ambientais e culturais.

O suicídio é um fenômeno universal, praticado por diversas pessoas, em várias culturas e locais, e é impregnado de elementos religiosos, étnicos, culturais, ambientais e individuais (OMS, 2006). As estatísticas de suicídio se distribuem desigualmente pelo mundo em relação a sexo, idade, método, raça e etnia (Cavalcante *et al.*, 2012; Minayo *et al.*, 2010; Tomasini *et al.*, 2017). Dessa forma, as taxas de mortalidade por suicídio diferem entre culturas. Estatisticamente, essas taxas tendem a permanecer constantes por longos períodos, mas podem apresentar aumentos repentinos em determinados contextos, refletindo mudanças abruptas e impotência social (Chesnais, 1981 *apud* Minayo; Cavalcante; Souza, 2006).

Embora seja universal, como designado por Minayo (1998), a explicação para o suicídio não é universal, dado que o fenômeno abrange diversos contextos e fatores específicos. Nesse contexto, Rigo (2013, p. 33) afirma que

A inexistência de explicação universal para o ato suicida torna necessário, para compreendê-lo, levar em conta a associação de três fatores: os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida e aos transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato.

Minayo, Cavalcante e Souza (2006) reforçam a compreensão do suicídio como um problema complexo, determinado pela interação de vários fatores: biológicos, históricos pessoais e familiares, religiosos, circunstanciais, socioculturais e socioeconômicos. As causas do suicídio são múltiplas e multifacetadas, portanto, não podem ser atribuídas à causalidade linear (Minayo; Cavalcante; Souza, 2006; Shneidman, 2001; Werlang; Botega, 2004).

Estatisticamente, o suicídio se reflete como um problema mundial, nacional e local. Situa-se como uma causa de óbito que representa 1,4% entre todas as mortes no mundo. No cenário mundial, também é a segunda causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos (WHO, 2014, 2017).

No Brasil, conforme o boletim epidemiológico sobre a temática (Brasil, 2017), publicado pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, que significa uma taxa geral de 5,5 por 100 mil habitantes. Em publicação mais recente (Brasil, 2021), a taxa nacional passou a ser 6,6 por 100 mil habitantes. Por sexo, os homens apresentam taxas de 8,7 por 100 mil e, no sexo feminino, 2,4 por 100 mil habitantes (Brasil, 2017). De 2010 a 2019, a taxa aumentou em ambos os sexos, mas com grande significância de óbitos no sexo masculino, sendo, respectivamente, 10,7 e 2,9 por 100 mil habitantes. Houve aumento de 26% das taxas entre homens e 29% nas taxas entre mulheres (Brasil, 2021). Ainda que haja maiores números e taxas de suicídio no sexo masculino, o sexo feminino também precisa ter um olhar cuidadoso, pois vem experimentando grande aumento.

Estratificado por Unidade de Federação do Brasil, o estado do Tocantins, no ano de 2015, apresentou uma taxa geral de mortalidade por suicídio de 8,5/100 mil habitantes (Malta *et al.*, 2017). Por sexo, no estado, as taxas variam de 10,1 a 12,8 por 100 mil habitantes no sexo masculino e 2,1 a 2,6 por 100 mil habitantes no sexo feminino (Brasil, 2017). Em crescimento, em 2019, o estado do Tocantins totalizou a taxa de 9,2 por 100 mil habitantes, ocupando o sexto lugar entre os estados brasileiros (Brasil, 2021).

O Brasil é pioneiro na América Latina a apresentar Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria n 1.876, de 14 de agosto de 2006, que consiste em um grande avanço enquanto políticas públicas. Essa Portaria estabeleceu diretrizes para a prevenção do suicídio, reconhecendo-o como um grave problema de saúde pública. Além de ressaltar a importância do registro de óbitos e tentativas de suicídio, a normativa incentiva a realização de pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre o tema e embasar ações preventivas (Brasil, 2006).

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde lançou o manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Esse material encontra-se em processo de revisão e atualização. Portanto, há um estímulo à pesquisa e à disseminação de informações sobre as tentativas de suicídio e o suicídio consumado.

A Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017, institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente foram selecionados seis estados como projetos pilotos para construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

A Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2018, instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde.

No Brasil, foi promulgada a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, implementada pela União, em cooperação com os estados, o Distrito Federal e os municípios, como uma estratégia permanente do poder público para prevenção e tratamento dos condicionantes relacionados; e a Lei nº 14.531, de 10 de janeiro de 2023, que dispõe sobre implementação de ações de assistência social, promoção da saúde mental e prevenção do suicídio entre profissionais de segurança pública e defesa social e institui as diretrizes nacionais de promoção e defesa dos direitos humanos dos profissionais de segurança pública e defesa social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), com colaboração de diversos segmentos, apresentou algumas recomendações, como: conscientizar a população acerca do suicídio e seus fatores; intensificar programas e serviços de conscientização e assistência; investir na ciência sobre o tema, a fim de compartilhar recursos de prevenção e ações. Dessa forma, valoriza-se a intervenção preventiva, levando em consideração a complexidade do fenômeno, que deflagra um sofrimento humano.

Assim, o suicídio pode ser visto como uma escala de valores que considera desde uma patologia a uma opção de vida como instrumento de luta, de reivindicação ou de afirmação extrema e última da identidade. Pode ser entendido desde o amplo aspecto da liberdade de ação e da condição cultural e política de cada sociedade. São instrumentos para compreensão do suicídio: a filosofia, a medicina e a legislação (Neira, 2017).

Considerando que há diversas compreensões possíveis acerca do suicídio, não pretendemos esgotá-las, mas lançar luz a partir do que foi identificado na pesquisa de campo.

A fim de compreender o fenômeno do suicídio em correlação com os aspectos epidemiológicos, socioambientais e psicossociais, no estado do Tocantins, parte-se do pressuposto de que a reestruturação das formas de organização social, econômica e territorial, advindas da expansão e das transformações recentes no estado, afeta a

qualidade de vida da população e potencialmente pode tornar-se fator de risco¹ ao suicídio.

Considerando a temática apontada, em decorrência da subnotificação que atenua os dados, e a necessidade de compreensão sistêmica do fator subjetivo e social, foram utilizadas três perspectivas teóricas para compreensão do suicídio: a epidemiológica, a socioambiental e a psicossocial. Cada perspectiva lançou mão de diversos e diferentes percursos metodológicos, convergentes com sua intencionalidade.

O recorte temporal dos dados pesquisados abrange de 2010 a 2019, período para o qual há dados referentes à CID-10: X60 – X84 no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS. O SIM permite a captação abrangente de dados sobre mortalidade para subsidiar análises situacionais, de planejamento e avaliação de ações e programas. Esse período representa um recorte temporal atual, iniciado em 2010 e relativamente longo, abrangendo uma década. Foram incluídos apenas os registros de residentes no estado do Tocantins que apresentaram a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) igual a X60 – X84 (lesões autoprovocadas voluntariamente).

A partir dos dados estatísticos obtidos nesta pesquisa, foram identificados territórios do estado com alta prevalência proporcional em relação à população específica. Destacam-se o município de Lagoa da Confusão, com incidência significativa de óbitos entre a população indígena Iny residente na região do Cantão, e o município de Taipas do Tocantins, onde a maior prevalência foi observada na população geral, especialmente entre moradores da zona rural, localizado na região sudeste do estado.

Para ressaltar aspectos específicos do suicídio entre a população indígena Iny e os habitantes do município de Taipas do Tocantins, conforme sua relevância no território tocantinense, optou-se pela realização de estudos de caso.

O povo Iny (Xambioá, Karajá e Javaé), especialmente os Karajás, reside predominantemente na Ilha do Bananal, Tocantins. A distribuição dos óbitos revelou altas taxas de suicídio na região de saúde Cantão, que abrange tanto a Ilha do Bananal quanto o povo Iny.

¹ Em epidemiologia, o risco pode ser definido como “o grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento” ou como “a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, um dano ou um fenômeno indesejado” (Pereira, 2013, p. 21).

Já o município de Taipas do Tocantins foi analisado a partir da distribuição dos óbitos e está localizado na região de saúde Sudeste. Devido à baixa densidade demográfica, a taxa de óbitos por suicídio no município se mostrou elevada.

Diante desse cenário, a pesquisa de campo se tornou essencial e está detalhada no capítulo “3. Percurso metodológico”.

O estado do Tocantins possui uma população de 1.511.460 pessoas, conforme o último censo do IBGE (2022). Sua densidade demográfica é de 5,45 habitantes por km², e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) registrado no censo de 2022 foi de 0,731. Tocantins é o estado mais novo do Brasil, criado em 5 de outubro de 1988 pelo artigo 13 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição e instalado em 1º de janeiro de 1989, após sua emancipação de Goiás. Localizado na região Norte do Brasil, Tocantins é composto por 139 municípios, Palmas é sua capital (IBGE, 2022).

Tocantins possui três macrorregiões administrativas com cidades centrais: Araguaína (norte), Palmas (central) e Gurupi (sul). O IBGE (2022) também classifica as microrregiões: norte – Araguatins, Tocantinópolis, Araguaína, Colinas do Tocantins, Guaraí; central – Miracema do Tocantins, Paraíso do Tocantins, Palmas, Porto Nacional; sul – Gurupi, Dianópolis. No âmbito da saúde, o estado é dividido nas seguintes regiões: Amor Perfeito (13 municípios), Bico do Papagaio (24 municípios), Cantão (15 municípios), Capim Dourado (14 municípios), Cerrado Tocantins-Araguaia (23 municípios), Ilha do Bananal (18 municípios), Médio Norte Araguaia (17 municípios) e Sudeste (15 municípios) (Tocantins, 2019). Optamos por organizar os dados a partir da regionalização no âmbito da saúde para a produção dos mapas e a análise do desenvolvimento.

O estado do Tocantins foi constituído no contexto do modo de produção capitalista de exploração em sua forma mais recente, o que impacta diretamente os fluxos migratórios de pessoas e capitais (Oliveira, 2019). Assim como grande parte do mundo, o Tocantins reflete a racionalidade de sua época e é orientado por referenciais capitalistas que moldam o modelo de desenvolvimento vigente no estado. Esse modelo se caracteriza pela alta concentração de renda, exploração da natureza e do trabalho, o que favorece o crescimento econômico e a acumulação individual em detrimento do bem-estar e outros avanços no plano coletivo. A formação econômico-social no estado possui suas especificidades que refletem a maneira como o modo de produção se instala em cada porção do território, dadas suas características próprias. Ou seja, nessas circunstâncias em que o estado foi criado, o modo de produção apresenta variações ao longo do tempo.

A Unidade Federativa do Tocantins apresenta crescimento econômico e urbanização, aumento do Produto Interno Bruto (PIB) e crescimento do emprego formal. O setor produtivo também tem passado por um processo de expansão. Apesar do crescimento econômico, isso não se traduz necessariamente em desenvolvimento. Para alcançar o desenvolvimento, é essencial considerar as variáveis econômicas, sociais, ambientais, culturais e institucionais. Abordar o território do Tocantins implica reconhecer que essas variáveis contribuíram para a formação do estado (Oliveira; Piffer; Strassburg, 2019).

A questão central que norteia esta análise é: Quais são os fatores epidemiológicos, socioambientais e psicossociais associados com o suicídio no estado do Tocantins?

Considerando o problema definido acima, a pesquisa é guiada pelo objetivo geral de compreender o fenômeno do suicídio no estado do Tocantins sob as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial no período de 2010 a 2019. Entre os objetivos específicos, listamos:

- a) caracterizar o perfil epidemiológico e as taxas de óbitos por suicídio de residentes no estado do Tocantins no período de 2010 a 2019, utilizando o Banco de Dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)/DATASUS;
- b) descrever as variáveis: faixa etária, raça/cor, sexo, estado conjugal, escolaridade, local de ocorrência, método usado para o suicídio e ocupação profissional, utilizando o banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)/DATASUS;
- c) traçar o perfil e analisar o padrão espacial da distribuição da mortalidade por suicídio no Tocantins, no período de 2010 a 2019, nas diferentes regiões de saúde do estado, com análise espacial e produção de mapas georreferenciados com as taxas de óbitos;
- d) apresentar a relação entre o modelo de desenvolvimento do estado do Tocantins e as taxas de óbitos por suicídio no período de 2010 a 2019, com uso dos bancos de dados do IBGE;
- e) caracterizar o estado do Tocantins e o município de Taipas do Tocantins a partir da revisão de literatura e dos dados oriundos do IBGE e da SEPLAN;
- f) analisar o suicídio entre os indígenas do povo Iny no estado do Tocantins;
- g) identificar os aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas ocorridos em Taipas do Tocantins.

1.3 Estrutura da tese

A primeira parte desta tese aborda as implicações da escolha do tema de estudo e a relação com a trajetória profissional da pesquisadora, analisa as possíveis motivações e a jornada pessoal envolvidas na pesquisa. Além disso, a introdução apresenta a justificativa, a problemática, bem como informações sobre o estado do Tocantins e os principais dados epidemiológicos que sustentam a relevância do problema para a saúde pública e outras áreas, as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa.

Na sequência, no referencial teórico, destacam-se as diversas teorias e teóricos que contribuem para a compreensão do suicídio, bem como os fatores de risco e os fatores de proteção envolvidos ao suicídio, conforme reconhecidos na literatura especializada. Ademais, foi apresentado uma leitura acerca do suicídio nas três principais abordagens que sustentam esta pesquisa: a epidemiológica, socioambiental e psicossocial. A partir de uma perspectiva interdisciplinar e considerando os diversos fatores apontados, utilizaram-se como base conceitual as contribuições de Cecília Minayo (2003, 2005) que aborda o suicídio no campo da saúde pública por meio da temática das violências.

O percurso metodológico, apresentado no capítulo seguinte, é subdividido em uma lente teórica e metodológica para a análise do suicídio no estado do Tocantins, com destaque para as diferenças e as semelhanças entre os modelos explicativos utilizados. Esses modelos são desenvolvidos nos capítulos subsequentes, com abordagens do fenômeno do suicídio sob diferentes perspectivas.

Na abordagem epidemiológica, utilizou-se o método estatístico da epidemiologia descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, além de revisão de literatura de estudos epidemiológicos que descrevem o perfil do óbito por suicídio em nível nacional e local.

Na abordagem socioambiental, foi realizado estudo a partir da epidemiologia ecológica, com abordagem quanti-qualitativa e revisão de literatura sobre o modelo de desenvolvimento no estado do Tocantins, a fim de correlacionar essas informações com as taxas de óbitos por suicídio.

Na abordagem psicossocial, usou-se o método da autópsia psicossocial com abordagem qualitativa, para integrar aspectos sociais e antropológicos aos estados emocionais dos indivíduos. A pesquisa de campo incluiu entrevistas semiestruturadas com familiares das pessoas que cometeram suicídio no município de Taipas do Tocantins, escolha que será justificada ao logo do capítulo “percurso metodológico”.

A proposta metodológica interdisciplinar busca integrar conhecimentos e resolver problemas que disciplinas individuais não conseguem solucionar sozinhas (Jacobs; Frickel, 2009). Embora estudos recentes correlacionem fatores de risco em diferentes dimensões (dados psiquiátricos, familiares, psicossociais, socioeconômicos e demográficos), poucos exploram concomitantemente os aspectos sociais, individuais, epidemiológicos e antropológicos do suicídio e ainda menos os aspectos socioambientais (Minayo; Cavalcante; Souza, 2006).

O quarto capítulo desenvolve a abordagem epidemiológica da mortalidade por suicídio. Estudos estatísticos de dados populacionais, coletados no site do DATASUS e provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), contextualizam a mortalidade por suicídio. A proposta é estudar quantitativamente a distribuição do suicídio e os determinantes socioeconômicos na população residente no Tocantins, discutir o perfil epidemiológico e as taxas de óbitos por meio de revisão de literatura.

Para entender a relação entre espaço geográfico e a distribuição de suicídios (Tomasini *et al.*, 2017), é imprescindível analisar quais fatores socioeconômicos, culturais e ambientais estão relacionados ao suicídio no Tocantins. O quinto capítulo aborda as principais transformações socioambientais no estado, ancorado no perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio, para estabelecer possíveis relações entre suicídio e aspectos socioambientais. Há necessidade crescente de pesquisar padrões espaciais, culturais, socioeconômicos e outros fatores que possam influenciar a ocorrência de suicídios em diferentes regiões brasileiras. Para a análise socioambiental, além da caracterização do estado do Tocantins e do município de Taipas do Tocantins, buscou-se compreender o fenômeno por meio de leituras sobre “desenvolvimento regional”, “topofilia”, “topofobia” e “campesinidade”.

O sexto capítulo, “O fenômeno do suicídio nos povos indígenas do Tocantins”, surgiu durante a pesquisa. Identificadas altas taxas de suicídio na população indígena, especialmente entre o povo Karajá, percebeu-se a importância de compreender o fenômeno, ainda que por meio da revisão de literatura. O suicídio entre populações indígenas é analisado sob uma perspectiva socioambiental, considerando os contextos culturais, sociais e ambientais específicos dessas comunidades.

O sétimo capítulo apresenta os resultados e as discussões decorrentes da pesquisa de campo realizada no município de Taipas do Tocantins com uso de entrevistas para a coleta de dados. A metodologia adotada incluiu a autópsia psicossocial, uma abordagem qualitativa que consiste em entrevistas semiestruturadas com familiares e pessoas

próximas dos indivíduos que cometeram suicídio. Esse método permitiu analisar o fenômeno sob uma perspectiva psicossocial, possibilitando uma compreensão mais aprofundada do suicídio no contexto familiar e social.

Baseando-se em teorias das Ciências Sociais, a autópsia psicossocial visa abordar os contextos dos fatos, as interações e as relações entre aspectos psíquicos, sociais e culturais e a complexidade dos significados dos fenômenos (Figueiredo *et al.*, 2012). Essa metodologia é inspirada em estudos brasileiros que buscam conectar as perspectivas sociológica e subjetiva (Cavalcante; Minayo, 2004; Minayo; Cavalcante, 2006; Minayo *et al.*, 2010; Figueiredo *et al.*, 2012). A pesquisa busca produzir conhecimento científico sobre o suicídio, explorando aspectos epidemiológicos, socioambientais e psicossociais, especialmente na região Norte e no estado do Tocantins, onde há poucos estudos sobre o tema.

Finalmente, são apresentadas considerações sobre este trabalho, não com a intenção de fornecer respostas definitivas, mas de sintetizar os principais achados e reflexões surgidas durante o processo de pesquisa, análise e produção de resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O suicídio: várias explicações

Minayo (2003, 2005, 2010) apresenta os conceitos da: a) multicausalidade do suicídio: enfatiza que é um fenômeno complexo, resultado de múltiplas causas que interagem entre si, incluindo fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Ela alerta para a necessidade de não simplificar o fenômeno a uma única causa, destacando o papel das desigualdades sociais, das condições de vida e da exclusão social como fatores de risco; b) dimensão sociocultural e a influência do meio: discute a importância de compreender o suicídio no contexto cultural e social em que ocorre. Ela propõe que, além dos aspectos individuais, os fatores culturais e o ambiente social desempenham um papel significativo no desenvolvimento de ideias suicidas e comportamentos de autodestruição; c) saúde mental como questão de saúde pública: o suicídio como uma questão de saúde pública, por isso há necessidade de intervenções que levem em consideração a saúde mental e o bem-estar social das populações. Ela argumenta que o combate ao suicídio exige políticas públicas integradas que promovam o cuidado preventivo e intervenções eficazes; d) vulnerabilidade e grupos de risco: examina os grupos sociais mais vulneráveis ao suicídio, como jovens, idosos e indígenas. Ela discute fatores como isolamento, falta de suporte social e dificuldades econômicas que aumentam a vulnerabilidade desses grupos.

Minayo (2005) explora o suicídio como uma expressão de violência autoinfligida, analisando-o sob a ótica das vulnerabilidades sociais e dos contextos de exclusão, bem como defende o suicídio como um fenômeno multicausal. Nesse trabalho, a autora argumenta que o suicídio não pode ser compreendido a partir de uma única causa, pois envolve uma complexa interação entre fatores individuais, sociais, culturais e econômicos. Ela enfatiza que o suicídio é resultado de uma combinação de vulnerabilidades sociais e psicológicas que devem ser analisadas em conjunto para entender completamente o fenômeno.

Na obra “Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura”, Minayo e Cavalcante (2010) analisam o suicídio entre idosos e oferecem contribuições sobre os fatores de risco específicos para esse grupo etário, como solidão e doenças crônicas.

Minayo e Souza (2003) refletem sobre a relação entre saúde mental e contexto sociocultural e propõe que a compreensão do suicídio deve considerar a interação entre fatores individuais e coletivos, o que reforça a visão do suicídio como multicausal.

Nesse sentido, essas obras são fundamentais para uma abordagem ampliada e interdisciplinar sobre o suicídio, considerando diversos âmbitos da realidade social e individual.

Os aspectos sociais, analisados sob o modelo explicativo sociológico, veem o suicídio como um fato social em um contexto histórico e cultural (Durkheim, 1897/2019). Logo, a teoria do fato social está dentro da perspectiva funcionalista de Durkheim, uma das abordagens no campo das ciências sociais.

Por ser uma questão de saúde pública, o suicídio precisa ser estudado por meio de metodologias que ofereçam subsídios para compreender esse fenômeno complexo.

Na cultura ocidental, a temática ainda é considerada um tabu, o que resulta em várias consequências: dificuldade de diálogo com a sociedade; falta de métodos preventivos e de promoção da saúde mental; adoecimento do núcleo familiar após a perda; carência de políticas públicas para indivíduos com sofrimento psíquico; subnotificação dos dados de óbito por suicídio; pesquisas menos confiáveis e dados que não correspondem à realidade; poucos estudos que problematizam o fenômeno por diferentes métodos; e compreensão limitada dos fatores de risco que podem ser observados e prevenidos (Tomasini *et al.*, 2017).

Neira (2017) afirma que o suicídio tem sido motivo de controvérsia, frequentemente, abrange desde mortes ligadas a uma patologia mental, que ele chama de suicídio patológico, até aquelas em que o sujeito se mata com plena lucidez e domínio físico e mental, chamadas de suicídio soberano. Na medicina, há muitas posições e, por vezes, opostas entre si (Neira, 2017). Sustentado pelos conceitos da filosofia política, Neira (2017) utiliza-se dos conceitos de soberania, vontade e escolha para argumentar que o suicídio só pode ser um ato soberano, de modo que quem está privado da voluntariedade não é um suicida. Assim, o suicídio pressupõe uma ação pessoal e íntima do sujeito que o pratica.

As condutas suicidas exigem dois requisitos: que a morte seja voluntariamente desejada e que haja o propósito de tirar a própria vida, diretamente por ação ou omissão. Ambos os requisitos precisam estar presentes em um ato suicida (Zuluaga, 2001 *apud* Neira, 2017).

Para Durkheim (1897/2019, p. 14), “chama-se suicídio toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, e que ela saiba que produziria esse resultado”. Segundo o autor, a natureza do suicídio é social, por isso pode ser explicada e analisada conforme a sociedade que a produz, sem se limitar ao ocorrido com o indivíduo. E acrescenta que,

[...] em vez de enxergá-los apenas como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e cada um exigindo um exame à parte, considerarmos o conjunto de suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma determinada unidade de tempo, constataremos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui por si mesmo um fato novo e sui generis, que tem sua unidade e sua individualidade, por conseguinte sua natureza própria, e que, além do mais, essa natureza é eminentemente social (Durkheim, 1897/2019, p. 17).

Durkheim (1897/2019) contribui ao explicar sociologicamente o suicídio e fornece uma estrutura conceitual relevante. Cada sociedade possui uma disposição ao suicídio que varia conforme sua própria história. As transformações sociais e econômicas afetam os indivíduos e a vida cultural e refletem-se nas taxas de suicídio. O suicídio é um evento eminentemente social, ligado a forças que transcendem os indivíduos, assim, quando há pouca integração social, os índices de suicídio aumentam (Durkheim, 1897/2019). A integração à sociedade, conforme descrita pelo autor, é essencial para o bem-estar dos indivíduos. A falta de integração, que leva ao isolamento social e ao sentimento de desconexão, está associada a maiores índices de suicídio. Compreender esse conceito é crucial para desenvolver estratégias de prevenção que promovam a coesão social e o suporte comunitário (Durkheim, 1897/2019).

Em “Le Suicide” (1897), Émile Durkheim foi pioneiro ao abordar o suicídio como um fenômeno social, defendendo que não poderia ser compreendido apenas como uma manifestação individual, mas como um reflexo das estruturas sociais. Durkheim introduziu a ideia de que o suicídio é influenciado pela integração social e pela regulação social. Ele categorizou o suicídio em quatro tipos principais, de acordo com o nível de integração e regulação dos indivíduos na sociedade: a) suicídio egoísta, relacionado à baixa integração social, em que o indivíduo se sente isolado da coletividade. Exemplos incluem indivíduos que enfrentam solidão extrema ou alienação em sociedades altamente individualistas; b) suicídio altruísta: ocorre em contextos de alta integração, em que o indivíduo se sacrifica pelo grupo, como em casos de suicídios por honra ou dever em sociedades com valores coletivistas fortes; c) suicídio anômico: associado à falta de regulação, surge em situações de crise econômica ou mudanças rápidas na sociedade, em

que as normas ficam incertas, causando um estado de “anomia” ou desorientação normativa; e d) suicídio fatalista: embora menos estudado por Durkheim, refere-se a situações de regulação excessiva, em que a opressão e a falta de liberdade fazem o indivíduo perder a esperança.

Durkheim, portanto, apresenta uma abordagem macro sobre o suicídio, destacando o papel crucial das forças sociais nesse fenômeno. Seu trabalho foi essencial para consolidar o estudo do suicídio no campo da sociologia, ao enfatizar a relação entre o indivíduo e a sociedade. Entretanto, em sua teoria dos atos suicidas como atos sociais, não levou em conta os significados existenciais dos sujeitos concretos corporificados na vida social (Minayo; Cavalcante; Souza, 2006), considerando que não era o foco do trabalho dele.

Shneidman (1994) introduz a importância do indivíduo sobre o fenômeno do suicídio, definindo-o como uma decisão pessoal carregada de significação, realizada por um sujeito em situação de vulnerabilidade. No mundo ocidental, o suicídio é um ato consciente de autoaniquilação, mais bem entendido como um mal-estar multidimensional em um indivíduo vulnerável e o autoextermínio percebido como melhor solução (Shneidman, 1994).

Shneidman foi reconhecido como o pai da suicidologia, devido às suas significativas contribuições teóricas e práticas e à proposta do método da autópsia psicológica como investigação da temática. Suas contribuições teóricas permitiram definir o suicídio partindo de um amplo estudo de notas de suicídios. No campo pragmático e administrativo, o trabalho de Shneidman, juntamente com Farberow e Litman, no LASPC (*Los Angeles Suicide Prevention Center*), um Centro de Prevenção ao Suicídio, prestava à sociedade pesquisa, treinamento de profissionais de diversas áreas e atendimento clínico. No campo prático, propôs e realizou intervenções clínicas psicológicas, assim como intervenções a nível comunitário, com o objetivo primordial de prevenir. Além disso, Shneidman aprimorou o corpo de conhecimento sobre pós-venção, concentrando-se na teoria e na aplicação relacionadas ao fornecimento de apoio a indivíduos afetados pelo suicídio (Leenaars, 2010).

Edwin Shneidman trouxe uma perspectiva diferente com foco na experiência individual e psicológica do suicídio, destacando o papel da dor psicológica profunda, ou “psychache”, como causa principal. Em suas obras, incluindo “The definition of suicide” (1985), “Suicide as psychache” (1993) e “The suicidal mind” (1996), Shneidman

argumenta que o suicídio é uma resposta ao sofrimento emocional insuportável, e que a motivação principal dos suicidas é acabar com essa dor intensa.

Shneidman (1993) define o *psychache* como uma dor psicológica associada a sentimento de culpa, vergonha, fracasso, desesperança e alienação. Para ele, o suicídio ocorre quando o indivíduo sente que não há outra forma de aliviar essa dor. Essa abordagem enfatiza a visão micro do suicídio, focando nos processos emocionais e cognitivos que levam uma pessoa a se tornar suicida.

Além disso, Shneidman (1996) propõe que o suicídio pode ser prevenido por meio da compreensão e do alívio do *psychache*, o que aponta para a importância de intervenções psicológicas. Sua abordagem influenciou profundamente a psicologia suicidológica moderna e o desenvolvimento de estratégias de prevenção baseadas na empatia e na escuta ativa das necessidades emocionais dos indivíduos.

Mesmo com foco no indivíduo, Shneidman publicou no *Journal of Nervous and Mental Disease* o artigo intitulado “Suicide as psychache” (1993), no qual expôs que os eventos suicidas são multidimensionais, multifacetados e multidisciplinares e contêm concomitantemente elementos biológicos, sociológicos, psicológicos (interpessoal e intrapsíquico), epidemiológicos e filosóficos (Leenaars, 2010).

A apresentação de dois autores clássicos da suicidologia, como Durkheim e Shneidman, é de fundamental importância, considerando as diversas contribuições na temática. Durkheim, em sua obra “Le suicide” (1897), no final do século XIX, da área da Sociologia, insere a compreensão do suicídio a partir das teorias sociais. Shneidman, em suas obras “The definition of suicide” (1985), “Suicide as psychache” (1993) e “The suicidal mind” (1996), já no século XXI, da área da Psicologia, insere a compreensão do suicídio causado por uma dor psicológica individual, ou também denominada *psychache*. Ou seja, há uma visão macro e uma visão micro.

As teorias de Durkheim e Shneidman representam abordagens complementares. Enquanto Durkheim busca entender o suicídio a partir de fatores sociais e culturais (macro), Shneidman foca na dor emocional individual (micro). A integração dessas perspectivas permite uma visão mais abrangente do suicídio, que reconhece tanto os fatores sociais quanto os psicológicos.

Estudos contemporâneos (Joiner, 2005; Turecki; Brent, 2016; Van Orden *et al.*, 2010) em suicidologia frequentemente combinam essas abordagens, sugerindo que o suicídio é influenciado por uma complexa interação entre fatores externos e internos. A análise do suicídio como fenômeno multicausal, que inclui tanto variáveis sociais quanto

emocionais, enriquece as estratégias de prevenção e intervenção e permite que se atue em diversos níveis – individual, familiar e comunitário. Esses estudos demonstram a importância de combinar perspectivas psicológicas e sociológicas para uma compreensão mais profunda do suicídio, evidenciando que a interação entre o sofrimento individual e o contexto social é fundamental na análise e na prevenção do suicídio.

Observa-se que o suicídio pode ser interpretado a partir de uma variedade de valores, sendo visto como uma patologia, uma escolha pessoal, um instrumento de luta, de reivindicação ou até como a afirmação extrema e definitiva da identidade. Dessa forma, ele pode ser compreendido no contexto mais amplo da liberdade de ação, bem como das condições culturais e políticas de cada sociedade. Conseqüentemente, campos como filosofia, medicina, direito e outras áreas de estudo desempenham um papel crucial na atribuição de importância a essa ocorrência (Neira, 2017). “O comportamento suicida contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento” (Botega *et al.*, 2006, p. 214). Embora o suicídio incida sobre o próprio indivíduo, ele também está inserido em um contexto mais amplo (Souza; Rasia, 2006).

No campo da saúde pública, a compreensão do suicídio difere da perspectiva filosófica que valoriza a autonomia e a soberania do indivíduo. Quando a saúde pública consegue intervir em casos potenciais de suicídio, a intervenção é considerada bem-sucedida, pois contribui para a redução da prevalência desse tipo de morte.

Tanto do ponto de vista individual, quanto do ponto de vista coletivo, o suicídio é fruto de uma conjuntura que induz o sujeito a essa decisão. Nessa conjuntura, muitas coisas podem se somar, inclusive o ambiental em suas rápidas transformações. Uma espécie de lastro existencial, de caráter material ou imaterial, pode ser perdida sem que o sujeito consiga se reorganizar, se reconhecer nesse novo contexto.

Em outros casos, é o próprio indivíduo em transformação e em formação identitária que não se reconhece perante a uma sociedade que mantém vivos certos valores, preconceitos e hábitos que negam a subjetividade e a diversidade dos modos de existência. Dessa forma, a presente pesquisa parte das múltiplas compreensões acerca do suicídio.

2.2 Fatores de risco ao suicídio

A *World Health Organization* (2014) apresentou os principais fatores de risco, por áreas, agrupando-os em fatores sociais, individuais, comunitários, relacionais e dos sistemas de saúde. Vale destacar que “[...] a maior parte do que se sabe sobre fatores de risco e proteção agregados ao suicídio vem de autópsias psicossociais” (Teixeira, 2018, p. 4). Para prevenir o suicídio, devemos reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco a nível individual e coletivo.

Quadro 1 – Principais fatores de risco ao suicídio, classificados por área

SOCIAL	Informação inapropriada pelos meios de comunicação
	Estigma associado com o comportamento de busca de ajuda
	Acesso aos meios que facilitem o suicídio.
INDIVIDUAL	Tentativa de suicídio anterior
	Transtornos mentais
	Consumo nocivo de álcool
	Perda de trabalho ou financeira
	Desesperança
	Dor crônica
	Antecedentes familiares de suicídio
	Fatores genéticos e biológicos
COMUNITÁRIO	Desastres, guerras e conflitos
	Estresse devido ao deslocamento e aculturação
	Discriminação
	Traumas ou abuso
RELACIONAIS	Sensação de isolamento e falta de apoio social
	Conflitos de relacionamentos, disputas ou perdas
SISTEMA DE SAÚDE	Barreiras para obter acesso à atenção à saúde.

Fonte: adaptado e traduzido pela autora do *World Health Organization* (2014).

Há uma grande diversidade de fatores de risco reconhecidos pela literatura e, no Quadro 1, estão agrupados os principais. Logo, os fatores de risco podem ter diferentes classificações, que dependem do contexto em análise. A relevância de cada fator de risco e sua categorização dependem do contexto específico. Esses fatores podem não só

contribuir diretamente para comportamentos suicidas, mas também influenciar indiretamente a sensibilidade individual aos transtornos mentais (WHO, 2014).

Seria um equívoco fazer uma distinção rígida entre as áreas expostas, pois estão classificadas com o objetivo de simplificar os fatores de risco existentes e, conseqüentemente, identificar as intervenções necessárias. Como cada fator de risco individual está interligado a outros, as áreas não são exclusivas entre si. É mais útil considerar que essas áreas variam de abordagens sistêmicas a enfoques individuais. Alguns fatores de risco específicos podem estar presentes em mais de uma dessas áreas simultaneamente e, constantemente, há vários fatores de risco que atuam aumentando a vulnerabilidade de um indivíduo ao comportamento suicida (WHO, 2014).

Entre os principais fatores de risco associados, destacam-se sexo masculino, transtornos psiquiátricos, histórico familiar de suicídios e tentativas de suicídios prévias (Minayo; Cavalcante; Souza, 2006). Ressaltando a importância desse último fator, Gunnell e Frankel (1994) indicam que a porcentagem da tentativa de suicídio anterior é de 30% a 47% dos indivíduos que cometeram suicídio.

Outro importante fator de risco, quando associado com o transtorno mental e/ou tentativas de suicídio anteriores, é a desesperança que atua como um aspecto cognitivo do funcionamento psíquico, permeado por pensamentos negativos e sem perspectivas e motivações futuras para lidar com a vida. Na maioria dos casos, a desesperança é acompanhada pela depressão (O'Connor; Nock, 2014).

Na pesquisa de Cavalcante e Minayo (2012), um estudo foi conduzido com uso de um método de análise de frequência para investigar 79 fatores contribuintes para o suicídio, meticulosamente categorizados em seis grupos distintos: alterações no comportamento; repercussões de sofrer perdas, doenças ou deficiências; conflitos nas relações conjugais ou familiares; aspectos relacionados às escolhas de estilo de vida; questões relacionadas a aposentadoria ou desemprego; e peso das obrigações financeiras.

Os fatores de risco têm sido amplamente estudados. Entretanto, é igualmente importante investigar os chamados fatores protetivos. Com o conhecimento de ambos, é possível desenvolver ações e medidas preventivas eficazes. Assim, aprimorar os elementos que fornecem proteção é uma meta fundamental de qualquer estratégia inclusiva para prevenir o suicídio (WHO, 2014).

2.3 Fatores de proteção ao suicídio

Esses fatores de proteção podem ser identificados nos processos cognitivos do indivíduo, bem como em seu ambiente externo. Eles estão frequentemente relacionados a experiências agradáveis que, embora difíceis de alcançar, podem ser restabelecidas, como interações gratificantes com família, amigos, colegas de trabalho e atividades envolventes (Prieto, 2007). Os fatores protetivos incluem bons vínculos afetivos, sensação de pertencimento a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou em uma relação estável e ter filhos pequenos (Suominen *et al.*, 2004 *apud* Botega *et al.*, 2006).

Alguns estudos relacionam o envolvimento religioso como impactante para menores taxas de suicídios e ao enfrentamento de doenças graves. Certamente, os fatores culturais podem influenciar a percepção de um fator como protetivo ou de risco. Por exemplo, em culturas que valorizam relações interdependentes, os vínculos sociais estreitos podem servir como fator protetivo. Em contraste, em culturas que enfatizam a independência e a autonomia, essa mesma característica pode se tornar um fator de risco. Dessa forma, o primeiro contexto oferece proteção, enquanto o segundo pode representar um risco (Botega *et al.*, 2006).

Uma visão otimista da vida junto com motivações intrínsecas para a existência serve como um escudo contra tendências suicidas em vez de sucumbir ao desespero. Por exemplo, formar laços com filhos pequenos e sentir-se importante na vida de outras pessoas. A gravidez e a maternidade parecem contribuir para menores taxas de suicídio entre mulheres, particularmente no período que antecede o parto (Botega *et al.*, 2006).

Por outro lado, uma salvaguarda notável observada principalmente em homens envolve fazer parte da força de trabalho, garantir emprego, experimentar a sensação de produtividade e melhorar a integração social por meio de seus compromissos profissionais. No geral, um sentimento de “pertencimento”, denotando conexão robusta com uma comunidade, um grupo religioso ou étnico, uma família ou várias instituições, atua como um fator protetor contra o comportamento suicida (Botega *et al.*, 2006).

Enquanto o reforço de padrões de comportamento de gênero pode resultar em conexões sociais e sentimentos de pertencimento que agem como fatores de proteção contra o suicídio, a estereotipia de papéis de gênero pode criar barreiras que limitam a expressão individual e a busca por apoio. A promoção de uma visão mais flexível e inclusiva dos papéis de gênero pode facilitar o acesso a essas redes de apoio e melhorar a saúde mental, permitindo que homens e mulheres busquem o que realmente contribui para o seu bem-estar.

A prevenção do suicídio tem recebido crescente atenção na área da saúde mental. Diversos estudos visam identificar fatores que podem proteger os indivíduos contra comportamentos suicidas, facilitando a implementação de intervenções eficazes. Wasserman (2016), por exemplo, propõe uma estrutura composta por quatro esferas de indicadores protetivos que englobam aspectos individuais, familiares, culturais e ambientais, essenciais para a resiliência em situações de risco. Prieto (2007) destaca que essas esferas incluem estilos cognitivos e características de personalidade, modelos familiares, fatores culturais e sociais, além de fatores ambientais. Cada uma dessas esferas desempenha um papel significativo na construção de um ambiente protetivo contra o suicídio, como será detalhado a seguir.

Wasserman propõe quatro esferas de indicadores protetivos, entre eles: (1) estilos cognitivos e características de personalidade; (2) modelo familiar; (3) fatores culturais e sociais e (4) fatores ambientais. A esfera composta pelos estilos cognitivos e características de personalidade envolve: um senso de valor pessoal; confiança em si mesmo e em suas próprias realizações; capacidade para procurar ajuda quando as dificuldades aparecem; tendência a aconselharem-se quando decisões importantes precisam ser tomadas; abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar-se. No que se refere ao modelo familiar, Wasserman propõe que boas relações familiares e bom suporte familiar são protetivos contra o suicídio, além da experiência de ter pais devotados e coerentes. Os aspectos culturais e sociais negativamente associados ao suicídio apontados pela autora são: adoção de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; suporte de pessoas importantes para o sujeito; senso de propósito para a própria vida; integração social como participação em atividades esportivas, religiosas, sociais. Os fatores ambientais que podem se caracterizar como fatores protetivos associados ao suicídio são: uma boa dieta, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas (Wasserman, 2016).

Para Schlösser, Rosa e More (2014), há fatores de risco e de proteção gerais em todos os ciclos de vida, entretanto, fatores específicos tendem a surgir com mais destaque em cada fase do ciclo de vida. Em revisão de literatura, foram identificados: sentimentos de bem-estar, autoestima elevada, capacidade para buscar ajuda em situações necessárias, abertura a novas experiências, flexibilidade emocional e confiança em si mesmo. Destarte, essas implicações decorrem de preocupações abrangentes, incluindo uma rede social robusta, conexões familiares e integração social.

Schlösser, Rosa e More (2014) identificaram vários fatores de proteção potenciais na idade adulta que podem ajudar a prevenir o comportamento suicida. Isso inclui ter um senso de propósito na vida, sentir responsabilidade em relação à família, especialmente em relação aos filhos e ser pai ou mãe. Além das relações familiares e sociais, Cayedo *et al.* (2010 *apud* Schlösser; Rosa; More, 2014) acrescentam: encontrar satisfação nas

atividades diárias, ser adaptável diante dos desafios e estar disposto a buscar ajuda em momentos difíceis também.

Conforme Prieto (2007), as habilidades de enfrentamento de situações estressoras caracterizam-se como fatores protetivos, como: capacidade de encontrar soluções diferentes; flexibilidade cognitiva; habilidade para compreender os problemas; esperança; inclinação a minimizar, em vez de ampliar, a importância das circunstâncias adversas da vida; propensão a procurar ajuda. No estudo, Sung-Wan *et al.* (2022) propuseram uma lista de verificação para prever o suicídio, por meio da identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção. Nesse instrumento, foram inclusos como protetivos: responsabilidade familiar, apoio social, desaprovação moral ao suicídio, religiosidade, procura para tratamento, capacidade de controlar o estresse e adoção de um estilo de vida saudável.

2.4 Uma leitura epidemiológica

As doenças e os problemas de saúde pública resultam de fatores causais ou determinantes que se distribuem de forma desigual na população. Dessa forma, a comparação entre subgrupos populacionais torna-se fundamental para identificar os condicionantes das doenças (Pereira, 2013).

A epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição, os fatores determinantes, os eventos e a ocorrência do processo saúde-doença na população. Essa ciência possibilita proposição de medidas de prevenção, controle ou extinção de agravos/doenças, além de fornecer indicadores que sustentam o planejamento, o manejo e a avaliação das ações de saúde (Pereira, 2013).

A epidemiologia é uma disciplina primária no campo da Saúde Coletiva, que pode contribuir na identificação dos problemas sociais substanciais, por meio do estudo da distribuição da ocorrência e de seus determinantes nos diversos grupos sociais (Barata, 2013). Com a abordagem epidemiológica, pretende-se obter a descrição da magnitude, do impacto do problema e da qualidade da informação. Conforme descreve Rouquayrol (2018, p. 63),

Este seria o objetivo central da epidemiologia descritiva: delinear o perfil epidemiológico das populações e possibilitar intervenções de saúde coletiva contextualizadas por meio do estudo da frequência e da distribuição desses eventos em função de variáveis circunstanciais ligadas ao tempo (data do início dos sintomas, data da cura ou do óbito, meses de maior ocorrência de um

agravo), ao lugar (endereço, características socioambientais do local de moradia) e à pessoa (sexo, idade, renda, estado civil, escolaridade, estilo de vida).

A epidemiologia combina métodos e técnicas de três principais áreas de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais. A epidemiologia descritiva visa compreender a distribuição de eventos de saúde na população, caracterizando-os por meio das perguntas “o quê”, “quem”, “onde”, “quando”, “como” e “por quê”. Utilizando métodos estatísticos, expressam-se a frequência e a distribuição desses eventos (Pereira, 2013).

Estudos epidemiológicos são fundamentais tanto para fins de pesquisa quanto para identificação de estratégias de prevenção e intervenção, à medida que fornecem informações técnicas que podem apoiar políticas públicas. Dessa forma, a epidemiologia contribui significativamente na formulação, na implementação e na avaliação de políticas de saúde (Barata, 2013; Rouquayrol, 2018). Estudos epidemiológicos descritivos também permitem criar e aprimorar hipóteses causais, analisar tendências para prever cenários a partir do comportamento espacial e temporal de um agravo e identificar grupos populacionais vulneráveis (Rouquayrol, 2018).

Atualmente, o território brasileiro vivencia a chamada transição epidemiológica, caracterizada por uma mudança no perfil da mortalidade, da morbidade ou da invalidez, em que doenças ou agravos crônicos não transmissíveis são mais incidentes do que doenças transmissíveis. A transição epidemiológica, de modo geral, ocorre concomitantemente a transformações de saúde, sociais e econômicas. É válido ressaltar também que o país vivencia a transição demográfica, marcada pelo envelhecimento da população (Cortez *et al.*, 2019), o que contribui para a transição epidemiológica.

Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema de saúde pública importante e crescente em todo o mundo. Em resposta a essa Resolução, a Organização Mundial da Saúde publicou, em 2002, o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, um documento fundamental. No que se refere à violência autoinfligida, o Relatório foca predominantemente no comportamento suicida, incluindo-o devido ao fato de ser uma das principais causas externas de lesões e, frequentemente, resultar dos mesmos fatores sociais, psicológicos e circunstanciais que influenciam outros tipos de violência (Krug *et al.*, 2002).

A OMS classifica acidentes e violências como causas externas, que são agravos à saúde capazes de resultar em óbito ou causar lesões e/ou traumas físicos e psicológicos.

Em 2009, as causas externas representaram a terceira principal causa de mortalidade na população geral e a primeira entre indivíduos de 1 a 39 anos (Brasil, 2011). Essas mortes são atribuídas a fatores externos, como homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos, envenenamentos, guerras e conflitos, quedas e queimaduras.

Entre as causas externas, a violência autoinfligida é subdividida em comportamento suicida e autoabuso. O comportamento suicida abrange pensamentos suicidas, tentativas de suicídio (também chamadas de “parassuicídio” ou “autolesão deliberada” em alguns países) e suicídios completados. O autoabuso, por sua vez, inclui atos como automutilação (Krug *et al.*, 2002).

Os padrões culturais e institucionais em torno do direito à vida e à morte influenciam as perspectivas de saúde relacionadas ao suicídio. Há crescente preocupação com a prevenção do suicídio, reconhecendo que ele pode ser evitado. Assim, são dedicados esforços significativos para identificar os fatores de risco e desenvolver um quadro conceitual que permita implementação de intervenções eficazes para reduzir a incidência do suicídio (Lefio, 2019).

2.5 Uma leitura socioambiental

Tomasini *et al.* (2017) afirmam que a distribuição das pessoas e dos eventos de saúde em um espaço específico é moldada por fatores culturais, históricos e socioeconômicos, reconhecendo que o espaço em que vivem não só molda as pessoas, mas também é moldado por elas. Nesse sentido, Durkheim (2019) destacou a importância de observar as mudanças sociais e econômicas que afetam os indivíduos, a vida cultural e, conseqüentemente, as taxas de suicídio.

O termo “socioambiental” refere-se tanto à natureza em seu sentido primário quanto às relações sociais que a imbricam. Segundo Souza (2019b), o uso desse termo é intencional para ressaltar a dimensão social do ambiente, além do entendimento tradicional de meio ambiente/natureza primária. Marcelo Lopes de Souza critica a redução do conceito de ambiente apenas à natureza primária, argumentando que “o ambiente vai muito além da ‘primeira natureza’, do ‘meio ambiente’: abrange a Terra como morada humana e de todas as outras espécies vivas” (Souza, 2019a, p. 186, grifo do autor). Assim, ele defende uma visão de totalidade sobre a Terra como morada humana e de outras formas de vida (Souza, 2019b).

O ambiente é definido como um “espaço de articulação entre sociedade e natureza, entre ciências sociais e ciências naturais” (Leff, 2012, p. 29). Nesse contexto, o conceito de ambiente vai além da natureza não humana e dos fatores bióticos e abióticos, abrangem as conexões entre natureza e sociedade (Souza, 2019a). O ambiente, portanto, inclui tanto a natureza primária quanto a “segunda natureza”, que se refere à “natureza transformada e incessantemente (re)transformada pelas relações sociais – materialmente pelo processo do trabalho, mas nos marcos de uma cultura e de relações de poder” (Souza, 2019a, p. 186).

A ideia de “sociedade” ↔ “natureza”, representada pela seta dupla, busca enfatizar que os fluxos e as fronteiras entre esses dois domínios não podem ser entendidos de maneira cartesiana, como se pensava anteriormente (Souza, 2019a). Essa abordagem denota uma ruptura com a noção de uma simples “interação” entre entidades claramente distinguíveis (Souza, 2019a).

Portanto, o ambiente é tudo o que a humanidade interage ao apreender, significar, ressignificar, transformar e retransformar por meio das relações sociais (Souza, 2019a). Nesse sentido, o ambiente é percebido como uma totalidade que integra a natureza primária e a segunda natureza, na qual os homens, assim como todos os seres vivos, estão em constante relação.

O conceito de espaço, defendido por Santos (1996), abrange suas dimensões físicas e inclui, sobretudo, uma perspectiva temporal ao considerar que as dinâmicas sociais podem modificar o espaço continuamente ao longo da história. Ou seja, o espaço não pode ser visto isoladamente, mas por uma lógica multidimensional, que inclui um conjunto de objetos e conjunto de ações. Portanto, as dimensões físicas, sociais e históricas interagem formando o espaço, que adquire uma noção de totalidade.

2.6 Uma leitura psicossocial

A literatura especializada utiliza o termo “sobreviventes” para referir-se às pessoas que perderam um familiar por suicídio ou que foram de alguma forma impactadas por ele, pois essas pessoas enfrentam o desafio de dar sentido, justificar e sustentar o valor de sua própria vida. Assim, quem vive esse processo é considerado um sobrevivente (Tavares, 2013).

Observa-se a ocorrência de modelagem do suicídio em familiares, com semelhanças ou até replicação do ato suicida entre díades, como pai e filho e vice-versa,

por exemplo. Essas semelhanças incluem escolha do método, idades e o planejamento do ato. Em outras palavras, a ocorrência do suicídio entre familiares constitui-se muitas vezes como reflexo ou cópia de um suicídio anteriormente realizado por familiar muito próximo (Nunes *et al.*, 2016). Devido a essa magnitude, é essencial a pesquisa com familiares e amigos próximos das pessoas que cometeram suicídio no estado do Tocantins, a fim de identificar as representações acerca do fenômeno e, assim, compreender de forma mais aprofundada o aspecto microsocial.

O impacto de ser sobrevivente é tão significativo que ter uma relação próxima com uma pessoa que cometeu suicídio é considerado um dos principais fatores de risco para o suicídio (Tavares, 2013). O suicídio provoca consequências devastadoras nos grupos sociais mais próximos da pessoa. A família é o grupo mais afetado, que mais sofre de diversas formas, a curto, médio e longo prazo (Figueiredo *et al.*, 2012).

As estimativas indicam que, para cada suicídio, aproximadamente cinco ou seis pessoas próximas sofrem as consequências emocionais, sociais e econômicas (OMS, 2000). A mortalidade entre pessoas enlutadas é o dobro em comparação às que não estão enlutadas (Rostila; Saarela; Kawachi, 2014). Isso evidencia como o fenômeno do suicídio é extenso e complexo e afeta tanto redes microsociais quanto macrossociais.

O impacto do suicídio também afeta o processo de luto, pois se trata de uma morte violenta e repentina, muitas vezes acompanhada de preconceitos e circunstâncias de conflitos familiares ou doenças psiquiátricas prévias (Silva, 2008). Embora o luto seja uma resposta natural à perda, a perda por suicídio geralmente resulta em um processo de luto complicado², caracterizado por vários níveis de reação, como tristeza, desejo de reunir-se com o falecido, raiva, abandono, impotência e solidão. Essas reações geralmente ocorrem em casos de mortes inesperadas e incluem choque, sensação de irrealidade sobre a morte e trauma de encontrar o corpo (Nunes *et al.*, 2016).

Alguns sobreviventes desenvolvem graves problemas de saúde e enfrentam estigmatização. Eles frequentemente têm dificuldade em encontrar sentido na perda, em

² O luto complicado (LC) caracteriza-se como “Transtorno do Luto Complexo Persistente” e possui uma lista de critérios específicos para seu diagnóstico, como sofrimento emocional intenso, problemas para retomar à vida cotidiana e outros sintomas persistentes por pelo menos doze meses em adultos e, no mínimo, seis meses em crianças (American Psychiatric Association, 2014). O “luto complicado” pode ser entendido como um conceito teórico para descrever uma experiência específica e uma categoria diagnóstica para aplicação clínica. Embora haja critérios que definem o LC, como perturbação mental, sua aplicação diagnóstica levanta algumas polêmicas, uma vez que não é uma categoria de diagnóstico descrita nos manuais de saúde mental tal como DSM-IV TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais) e CID-10 (Classificação Internacional de Doença). Desse modo, o diagnóstico do LC é utilizado apenas para orientação clínica, dando especial atenção à duração da sintomatologia (igual ou superior a seis meses) e ao aparecimento significativo de mal-estar na vida do indivíduo (Sousa, 2011).

elaborar o luto e vivenciam um tempo maior do luto parental. O luto assume significados diversos, e os sobreviventes podem expressar sentimento de culpa, isolamento social, manifestações na saúde, estigma, preconceito social, incredulidade quanto ao ato e raiva entre sobreviventes (Nunes *et al.*, 2016).

Aos sobreviventes, é importante a identificação precoce de sinais de risco, encaminhamento adequado e intervenção terapêutica nos serviços comunitários e de saúde (Wilson; Marshall, 2010). Nunes *et al.* (2016) sugerem intervenções de acolhimento e tratamento, como criação de grupos de apoio, que são essenciais para evitar a repetição do suicídio. Outra estratégia importante é promover educação sobre a prevenção do suicídio.

O papel da família pode ser analisado sob dois aspectos. Primeiro, a família pode atuar como um fator de proteção contra o suicídio. Essa proteção é mais eficaz quanto maior for o número de membros que a compõem. Em segundo lugar, a família pode ser vista como um fator de risco para o suicídio, especialmente quando há uma regularidade de ocorrências no seio familiar (Souza; Rasia, 2006).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do estudo

Com objetivo de compreender o fenômeno do suicídio no Tocantins mediante as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial, foram utilizados diversos métodos de procedimento em conjunto, com o propósito de obter vários enfoques do objeto de estudo. Lakatos e Marconi (2017, p. 121) explicam que

Os métodos de procedimento, por sua vez, seriam etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral dos fenômenos e menos abstratas. Pode-se dizer até que são técnicas que, pelo uso mais abrangente, se erigiram em métodos. Pressupõem uma atitude concreta em relação ao fenômeno e estão limitados a um domínio particular. Na área restrita das Ciências Sociais, são em geral utilizados vários, concomitantemente [...].

Para caracterizar o perfil epidemiológico, as taxas dos óbitos por suicídio e descrever as variáveis faixa etária, raça/cor, sexo, estado conjugal, escolaridade por ano estudado, local de ocorrência, método utilizado para o suicídio e a ocupação profissional, de residentes no Tocantins, no período de 2010 a 2019, foi utilizado estudo epidemiológico descritivo.

Como pesquisa de cunho documental, envolve a análise de dados e documentos previamente registrados ou arquivados, como bases de dados públicas (no caso, o DATASUS e o IBGE), registros administrativos (como as declarações de óbito).

Para a revisão de literatura, foram utilizadas as palavras-chave: “suicídio”, “epidemiologia”, “Tocantins”. Buscaram-se pesquisas dedicadas a estudos epidemiológicos no estado, além de revisões que descrevem o perfil dos óbitos por suicídio em níveis nacional e local, visando à comparação dos dados. Realizou-se também uma revisão sobre os temas: “desenvolvimento do estado do Tocantins”; “estado do Tocantins”; “Taipas do Tocantins”, a fim de um estado da arte do território estudado. Adicionalmente, utilizaram-se as palavras-chave: “suicídio”, “indígena”, “Tocantins” para explorar a literatura específica.

A partir desse contexto, objetivou-se delinear e examinar o arranjo espacial da distribuição da mortalidade por suicídio no Tocantins, abrangendo o período de 2010 a 2019 em diferentes regiões de saúde do estado, utilizando a epidemiologia ecológica descritiva juntamente com análise espacial, que é definida como “o estudo quantitativo

da distribuição de doenças e agravos” geograficamente referenciados (Rouquayrol, 2018, p. 89).

Utilizar a epidemiologia ecológica descritiva junto com a análise espacial é uma abordagem poderosa para identificar e compreender padrões geográficos de doenças e agravos à saúde. A epidemiologia ecológica descritiva foca em estudar a distribuição de doenças em populações, considerando fatores de risco que são agregados por regiões ou grupos e comparando-os entre diferentes áreas geográficas. Já a análise espacial permite identificar e quantificar variações geográficas na ocorrência de doenças, levando em conta o espaço como um componente chave para entender a saúde das populações.

Segundo Rouquayrol (2018), os principais métodos de análise espacial na epidemiologia descritiva são a visualização, fundamentada no mapeamento de agravos, e a análise exploratória de dados.

Embora esse tipo de estudo apresente limitações na construção donexo causal entre exposição e desfecho, devido à sua base populacional (ecológica), sua aplicação na epidemiologia descritiva é altamente relevante por representar a distribuição de eventos no espaço de maneira abrangente e útil para a geração de informações. Nos estudos ecológicos, a unidade de análise é a população, e não o indivíduo, o que significa que não reflete necessariamente a situação dos indivíduos. No entanto, políticas públicas de saúde utilizam esse tipo de estudo para sua implementação (Gonçalves; Gonçalves; Oliveira Júnior, 2011). Nesse sentido, é possível questionar: em que tipo de ambiente isso ocorre? Quais são as características da população onde isso ocorre?

Rouquayrol (2018, p. 87-88) destaca que

O ser humano existe num ambiente dotado de propriedades morfológicas, físicas, químicas e biológicas próprias, pertencente a uma população cujos hábitos, valores e crenças condicionam, em parte, suas ações e cujas peculiaridades, desde as genéticas até as econômicas, fazem-no semelhante aos de seu grupo e diferente de outros indivíduos inseridos em outros contextos. Dessa análise decorre a proposição de duas séries de variáveis geográficas presentes nos estudos epidemiológicos descritivos: as variáveis ambientais e as populacionais.

Com uso de conceitos da epidemiologia descritiva, as variáveis geográficas permitem a explicação do suicídio em sua vertente populacional (social, econômica, política e ambiental), analisadas a partir dos fatores relacionados. Portanto, é necessária uma “análise crítica da estrutura social como determinante no processo de geração de doença nas coletividades” (Rouquayrol, 2018, p. 87).

O espaço pode ser organizado em lugares delimitados e definidos. A localização do suicídio no espaço – no estado do Tocantins – permitiu a visualização da taxa de suicídio por região de saúde e, com isso, a análise dos grupos populacionais que apresentam as maiores taxas de suicídio.

Para a análise tempo-espaço, os dados foram agrupados por regiões de saúde, com o objetivo de identificar e analisar a distribuição do suicídio no estado do Tocantins ao longo de dez anos. O geoprocessamento, no campo da saúde, vem se tornando uma ferramenta importante para análise e avaliação dos riscos à saúde coletiva. Ele permite relacionar o meio ambiente (distribuição temporal e espacial) ou o perfil socioeconômico da população (atributos pessoais) para identificar o padrão geral de ocorrência e os grupos de risco (Skaba *et al.*, 2004). Além disso, essa ferramenta possibilita novas bases para discussões epidemiológicas, a partir de análises da variação espacial dos eventos (Richards *et al.*, 1999). O georreferenciamento de eventos é a vinculação a um mapa, geralmente de base cartográfica digital (Rouquayrol, 2018).

Neste trabalho, o geoprocessamento foi executado pelo Sistema de Informação Geográfica (SIG), que se refere ao conjunto de instrumentos utilizados para manipulação de informações espacialmente apresentadas, permitindo o mapeamento de agravos e doenças e contribuindo na estruturação e na análise de riscos socioambientais (Barcellos; Ramalho, 2002). Para Glass (2000), o SIG é uma metodologia que relaciona a epidemiologia e a geografia, oferecendo ferramentas para definição e análise de dados espaciais.

O uso do SIG está sendo gradualmente aplicado na vigilância em saúde, com o objetivo de analisar as correlações entre os fatores patológicos (distribuição espacial das doenças) e os ambientes geográficos (localização dos riscos ambientais) e apontar novos subsídios para o planejamento e avaliação das ações (Barcellos; Bastos, 1996).

Para identificar os aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas, utilizamos o método da autópsia psicossocial. Inspirada na autópsia psicológica, a autópsia psicossocial foi adotada nesta pesquisa por integrar a perspectiva sociológica e subjetiva das variáveis microssociais que envolvem o ambiente familiar e social do suicida (Figueiredo *et al.*, 2012; Krüger; Werlang, 2010).

Dessa forma, utilizamos o método da autópsia psicossocial, conduzindo entrevistas, em uma abordagem qualitativa, com familiares e/ou amigos próximos de pessoas que cometeram suicídio, residentes de Taipas do Tocantins, entre 2010 e 2019.

Segundo Werlang (2000), a necessidade atual não é a de nos limitarmos, apenas aos números, nem às generalizações do método estatístico, tornando-se necessária uma análise muito mais profunda, que defina um perfil psicológico do indivíduo e que procure compreender a motivação envolvida na decisão de pôr fim à própria vida (Sena-Ferreira, 2013, p. 63).

Nesta pesquisa, o uso das autópsias psicossociais tem como objetivo compreender e analisar as vivências relatadas pelos familiares, com abordagem dos elementos fundamentais, como: contextos do fenômeno; interações e relações entre os aspectos psíquicos, culturais e sociais; transformação do paradigma reducionista de causa-efeito; e abertura para a complexidade dos significados dos fenômenos (Figueiredo *et al.*, 2012).

Com uso do método do triângulo invertido proposto por Swales e Feak (2012), a presente pesquisa parte do geral (tema suicídio), aprofunda-se na epidemiologia, localiza-se no tempo e no espaço e aprofunda novamente o fenômeno a nível individual e contextual por meio da autópsia psicossocial.

3.2 Local do estudo

Para o estudo epidemiológico descritivo, considerou-se todo o território do estado do Tocantins, representado pelas suas oito regiões de saúde: Amor Perfeito, Bico do Papagaio, Cantão, Capim Dourado, Cerrado Tocantins Araguaia, Ilha do Bananal, Médio Norte Araguaia e Sudeste (Tocantins, 2019). Com a visualização da distribuição das taxas de mortalidade por suicídio no estado (Tabela 8 – Taxa média total de óbitos por suicídio na série histórica de 2010-2019 e por região de saúde no estado do Tocantins), identificaram-se as regiões de saúde Cantão e Sudeste como aquelas com as taxas mais elevadas.

Para o estudo psicossocial, a escolha do local (regiões de saúde e municípios do estado) foi definida pelo levantamento epidemiológico que evidenciou a relevância do fenômeno. Em uma etapa posterior da pesquisa, foram selecionados os municípios que compõem essas regiões de saúde – Lagoa da Confusão e Taipas do Tocantins. Vale ressaltar que muitos óbitos de indígenas foram identificados no município de Lagoa da Confusão. No entanto, não foi possível acessar a população indígena devido à necessidade de avaliação pelo Comitê de Ética em conformidade com legislação específica. Na população não indígena de Lagoa da Confusão, os familiares dos falecidos registrados nas Declarações de Óbito não aceitaram participar ou não foram encontrados. Dessa

forma, o estudo de campo foi realizado apenas no município de Taipas do Tocantins, localizado na região de saúde Sudeste.

Do ponto de vista socioambiental, foi considerada toda a extensão do Tocantins, juntamente com as análises do município de Taipas do Tocantins, utilizando as regiões de saúde do estado como unidades de observação.

3.3 Período

Para a coleta de dados epidemiológicos, estabeleceu-se o período de 2010 a 2019 por representar um recorte temporal atual e relativamente longo, abrangendo uma década. Esse período possibilita analisar variações ao longo do tempo nas condições históricas, sociais e econômicas da população local. O ano de 2010 foi escolhido como ponto de partida, e 2019 foi o último ano disponível no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS) no momento da coleta dos dados.

3.4 População do estudo

A população do estudo foi constituída por todos os casos de suicídios registrados no estado do Tocantins, totalizando 1.025 óbitos.

3.5 Sujeitos

A amostragem na pesquisa qualitativa visa alcançar a representação com base na curiosidade inerente, com foco na perspectiva do participante para oferecer compreensões e significados sobre o assunto pesquisado. Essa abordagem foi projetada para explorar várias perspectivas, enfatizar as narrativas pessoais dos participantes e elucidar as complexidades do fenômeno em estudo (Campos; Saidel, 2022).

O método de construção de uma amostra não probabilística, conhecida como “variedade de tipos”, envolve incorporação de pelo menos uma variável ou característica compartilhada entre todos os participantes, que, neste estudo em particular, é a ocorrência de suicídio, além de considerar várias outras variáveis, como sexo/gênero, idade, religião, educação, entre outras.

Considerando a extensão da população do estudo, as entrevistas foram direcionadas para serem coletadas conforme as regiões de saúde com maiores taxas de

suicídio na série histórica. Dessa forma, foram selecionados os sobreviventes das regiões do Cantão e do Sudeste.

No processo de busca ativa, a amostragem sofreu alterações. Não houve participação de sujeitos da região de saúde Cantão. Da região de saúde Sudeste, especificamente no município de Taipas do Tocantins, houve a aceitação de cinco participantes. Assim, o fechamento da amostragem ocorreu com todos que aceitaram participar da pesquisa, quando foram abordados todos os sujeitos elegíveis, totalizando cinco participantes. Para as entrevistas de autópsias psicossociais, foram convidados dois interlocutores por cada vítima, conforme recomendado por Cavalcante *et al.* (2012), com o propósito de trabalhar diferentes fontes de informações e pontos de vista.

3.6 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para os participantes desta pesquisa foram: idade superior a 18 anos no momento da pesquisa; disponibilidade para participar das entrevistas; vínculo significativo com a vítima; morte da vítima registrada como óbito por suicídio; a vítima ter residido na região de saúde do Sudeste; e ter concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.7 Critérios de exclusão

Foram estabelecidos critérios de exclusão para garantir a adequação dos participantes à pesquisa. Foram excluídos da pesquisa: entrevistados com déficits cognitivos significativos que poderiam comprometer a capacidade de responder adequadamente à entrevista; indivíduos com idade inferior a 18 anos; aqueles que não estavam disponíveis para participar das entrevistas; pessoas que não tinham mantido vínculo significativo com a vítima; casos em que a morte da vítima não tenha sido registrada como suicídio; vítimas que não residiram na região de saúde do Sudeste; e entrevistados que não concordaram com os termos do TCLE.

3.8 Instrumentos para coleta de dados

Para o estudo epidemiológico descritivo, a coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponível na página eletrônica do

DATASUS. Utilizaram-se os casos notificados com óbitos por causa primária de violência autoprovocada (suicídio), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente).

O DATASUS foi estabelecido em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, publicado no D.O.U. de 17 de abril de 1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19 de abril de 1991. O SIM foi estabelecido pelo DATASUS e representa o amálgama de mais de quarenta modelos de instrumentos empregados ao longo dos anos. É uma ferramenta essencial para a obtenção de dados de mortalidade no Brasil, utilizando a Declaração de Óbito (DO) como principal fonte de informações (DATASUS, 2024).

Além do SIM/DATASUS, foram utilizados dados do IBGE para coletar variáveis socioambientais, a fim de descrever o desenvolvimento do estado e confrontá-lo com as taxas de óbitos por suicídio. Para o estudo socioambiental, utilizou-se a tecnologia de coleta de dados em geotecnologia, especificamente o Sistema de Informação Geográfica (SIG), que gerencia dados espaciais e permite análise da superfície terrestre e seus fenômenos (Tomasini *et al.*, 2017). O uso do SIG possibilitou produção de mapas temáticos com distribuição das taxas de óbitos por suicídio no Tocantins, com uso do software QGis.

Instrumentos de coleta de dados qualitativos também foram utilizados para aprofundar a pesquisa. Foram acessadas as DOs para identificar óbitos e dados para o desenvolvimento da pesquisa de campo, totalizando 1.036 óbitos no período de 2010 a 2019, no Tocantins. Notou-se divergência entre os dados publicados no DATASUS e os das DOs, lembrando que o DATASUS é alimentado por dados enviados pelos estados e pelos municípios.

Cavalcante *et al.* (2012) desenvolveram seis instrumentos para realizar autópsias psicossociais em pesquisas com idosos que faleceram por suicídio no Brasil. Sena-Ferreira (2013) adaptou alguns desses instrumentos para adolescentes e adultos, visando descrever e analisar o perfil epidemiológico e psicossocial dos casos de suicídio em Palmas, Tocantins, de 2000 a 2009.

Para este estudo, foram utilizados: a) a ficha de identificação – modelo proposto por Cavalcante *et al.* (2012) e adaptado por Sena-Ferreira (2013) (Anexo I); b) o roteiro de entrevista semiestruturada para autópsia psicossocial – modelo proposto por Cavalcante *et al.* (2012) e adaptado por Sena-Ferreira (2013) (Anexo II); e c) o Roteiro

de Organização dos Dados Socioantropológicos – modelo proposto por Cavalcante *et al.* (2012) (Anexo III).

É válido ressaltar que as entrevistas não possuem finalidade terapêutica, mas podem ter um efeito terapêutico, proporcionando uma experiência emocional corretiva e ajudando no manejo do luto. É recomendado um intervalo médio de dois anos entre o suicídio e a entrevista com os sobreviventes (Figueiredo *et al.*, 2012; Souza; Rasia, 2006).

Os instrumentos metodológicos utilizados oferecem uma abordagem interdisciplinar para o estudo do suicídio, em que se examinam simultaneamente aspectos individuais, socioeconômicos, histórico-culturais e populacionais, baseando-se em uma realidade social concreta (Sena-Ferreira, 2013). As entrevistas também permitem uma escuta qualificada e a ressignificação da experiência vivenciada pelos familiares (Cavalcante *et al.*, 2012).

3.9 Procedimentos

3.9.1 Estudo epidemiológico

Para caracterizar sociodemográfica e epidemiologicamente a mortalidade por suicídio, recorreremos à estatística descritiva para resumir e explorar os dados, utilizando frequências absolutas (n) e relativas (%) para analisar as variáveis e apresentar as taxas de mortalidade por suicídio conforme as variáveis quantitativas. Inicialmente, foram produzidas as frequências absolutas e relativas das variáveis: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade por ano de estudo e estado civil da população do estudo.

Com base na organização sistemática dos dados no DATASUS, as faixas etárias foram agrupadas em: a) 5 a 9 anos; b) 10 a 14 anos; c) 15 a 19 anos; d) 20 a 29 anos; e) 30 a 39 anos; f) 40 a 49; g) 50 a 59; h) 60 a 69; i) 70 a 79; j) 80 anos ou mais. A escolaridade foi agrupada por anos: a) nenhuma; b) 1 a 3 anos; c) 4 a 7 anos; d) 8 a 11 anos; e) 12 anos e mais; f) idade ignorada. Raça/cor foi classificada em: a) branca; b) preta; c) amarela; d) parda; e) indígena; f) ignorada. Estado civil foi classificado em: a) solteiro; b) casado; c) viúvo; d) separado judicialmente; e) outro; f) ignorado. O sexo foi categorizado como: a) masculino; b) feminino; c) ignorado.

Para descrever os eventos, os diferentes meios utilizados para a efetivação do suicídio foram agrupados nas seguintes categorias: a) afogamento; b) arma branca; c) arma de fogo; d) enforcamento; e) envenenamento; f) outros (atear fogo, impacto de

veículos, fumaça e gás); g) queda intencional. O local de ocorrência foi classificado como: a) hospital; b) outro estabelecimento de saúde; c) domicílio; d) via pública; e) outros (lotes vagos, rodovias, zona rural); f) ignorado. A ocupação profissional foi agrupada em: a) membros das forças armadas, polícia e bombeiros; b) membros superiores do poder público; c) profissionais das ciências e das artes; d) técnicos de nível médio; e) trabalhadores de serviços administrativos; f) vendedores de comércio e lojas; g) trabalhadores agropecuários, florestais e pesca; h) trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; i) trabalhadores em serviços de reparação e manutenção; j) ignorada; k) estudantes; l) empregado doméstico em geral; m) não informada.

Posteriormente, foram produzidas as taxas de mortalidade por suicídio no estado do Tocantins e nas respectivas regiões de saúde. A taxa de mortalidade foi calculada pelo número de óbitos por causas externas (lesões autoprovocadas intencionalmente) por 100 mil habitantes na população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado (RIPSA, 2008). Para o cálculo da taxa de mortalidade por ano da série histórica de 2010 a 2019 e por região de saúde do estado do Tocantins, utilizou-se a seguinte equação:

$$Tx_{Esp} = \left(\frac{NUMERO\ TOTAL\ DE\ \acute{O}BITOS}{POPULAÇÃO\ RESIDENTE} \right) \times 10^5$$

A variável dependente do estudo é a média da taxa de suicídio por 100.000 habitantes, referente ao período de 2010-2019. A abordagem ecológica utilizada visou analisar os dados de suicídio por regiões de saúde. Foram calculadas as taxas de óbitos específicas, segundo sexo (masculino e feminino), por 100 mil habitantes, nas seguintes variáveis: faixa etária (5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 anos ou mais) e raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda e indígena).

Para a elaboração da taxa específica por sexo, foram coletados os dados populacionais estimados para os sexos masculino e feminino no estado do Tocantins, bem como os óbitos por violência autoprovocada intencionalmente. Para a elaboração da taxa específica por faixa etária, utilizou-se a população estimada no ano de 2019³, de residentes no Tocantins, coletada na base de dados DATASUS. A apresentação da taxa

³ A população estimada de residentes no Tocantins, em 2019, foi adotada como denominador para o cálculo da taxa específica por faixa etária. O denominador representa a população sob risco, ou seja, o grupo do qual provêm os casos (óbitos, doenças, entre outros).

por ano da série histórica (2010-2019) foi inviabilizada pelo baixo numerador⁴ ao segregar por ano. Para a análise da variável raça/cor, utilizou-se o censo do IBGE de 2010, única base de dados disponível com a informação populacional. Dessa forma, calculou-se a população específica pelo número de óbitos por suicídio na população específica, multiplicado por 100 mil. A apresentação dos dados foi feita mediante tabelas e gráficos.

3.9.2 Estudo socioambiental

A distribuição espacial das taxas de mortalidade por suicídio foi realizada por meio de mapas temáticos relativos às unidades territoriais de análise (municípios que compõem as regiões de saúde). Os dados epidemiológicos foram agrupados por regiões de saúde para evidenciar, por meio dos mapas, a distribuição temporal e espacial e identificar o padrão de ocorrência e grupos de risco, além da variação espacial dos eventos. Na relação entre epidemiologia e geografia, foram utilizadas técnicas de georreferenciamento/geotecnologia, com uso do Sistema de Informação Geográfica (SIG).

Com a produção dos mapas temáticos, a discussão sobre o estado do Tocantins e o município selecionado para as entrevistas, Taipas do Tocantins, foi sustentada pelas informações provenientes do IBGE, a partir dos relatórios sobre população, ambiente e economia (modo de produção agropecuária). Além disso, a revisão da literatura foi utilizada para descrever o modelo de desenvolvimento afim de enriquecer a análise com um contexto mais amplo.

3.9.3 Estudo psicossocial

Para o desenvolvimento das entrevistas por meio do método da autópsia psicossocial, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFT. Além disso, foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente/Superintendência de Vigilância em Saúde/Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, juntamente com a solicitação das Declarações de Óbito (DO) por suicídio ocorridas no estado no período de 2010 a 2019.

⁴ Já o numerador é composto pelo número de casos detectados, como óbitos, doenças ou indivíduos com determinadas características.

Com o banco de dados das Declarações de Óbito em mãos, foi realizada uma análise para identificar em quais municípios seriam realizadas as coletas de dados para a pesquisa de campo. O primeiro critério de seleção foi incluir as regiões de saúde com as maiores taxas de óbitos por suicídio, já identificadas anteriormente. Observando as regiões de saúde Cantão e Sudeste, foram destacados os municípios que compunham cada região no banco de dados das DOs.

Posteriormente, foram localizados os municípios com os maiores números absolutos de óbitos em cada região de saúde pré-selecionada. Municípios que registraram menos de três óbitos foram descartados devido ao baixo quantitativo da amostragem. Aqueles que registraram três ou mais óbitos nessa série histórica foram selecionados.

Dos municípios que possuíam a amostragem mínima (três óbitos) em números absolutos, foi calculada a taxa de óbito por suicídio municipal. Assim, foram identificados os municípios onde seriam realizadas as entrevistas de autópsias psicossociais com os familiares sobreviventes. Na região de saúde Cantão, em 2016, destacou-se o município de Lagoa da Confusão - TO, com um total de cinco óbitos e uma taxa de 39/100 mil habitantes. Na região Sudeste, em 2013, o município de Taipas do Tocantins registrou quatro óbitos e uma taxa de 194/100 mil habitantes.

Com os dados das DOs e a identificação dos municípios com altas taxas de suicídio, foi elaborada uma listagem com nome, endereço e familiar responsável. Foi realizado contato com as Secretarias Municipais de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde para solicitar apoio na busca ativa dessas famílias. Correspondências foram enviadas por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde de Referência constante no endereço da DO, explicando o objetivo do trabalho e solicitando a autorização por escrito para um contato telefônico dos sobreviventes. A busca ativa dos familiares envolveu contatos telefônicos prévios para apresentar a pesquisadora, explicar os objetivos da pesquisa, solicitar a permissão para a entrevista, verificar disponibilidade e agendar chamadas de vídeo ou visitas domiciliares, caso houvesse aceite de participação.

Para a pesquisa de campo e as entrevistas de autópsia psicossociais, foi necessário ampliar o convite para todos os óbitos ocorridos na série histórica (2010-2019) em cada município das regiões de saúde pré-selecionadas. Em Lagoa da Confusão - TO, houve 24 óbitos no total da série, sendo 17 de indígenas e 7 não indígenas. Foram realizadas buscas ativas dos familiares dos 7 casos de óbitos não indígenas, resultando em 5 casos de

familiares/amigos não encontrados e 2 casos com contatos prévios via telefone para convite e agendamento, mas com negativa de participação.

Os óbitos de indígenas requerem autorização do comitê de ética em pesquisa, conforme a Resolução nº 304, de 9 de agosto de 2000, que estabelece normas para pesquisas envolvendo seres humanos – área de povos indígenas. Portanto, tornou-se inviável o acesso a esses casos. A identificação dos óbitos de povos indígenas no Tocantins foi realizada por meio de Declarações de Óbito, apreciadas e autorizadas pelo comitê de ética em pesquisa. Esses casos foram abordados por meio de revisão bibliográfica devido às dificuldades apresentadas e às análises já existentes.

Em Taipas do Tocantins, houve sete óbitos no total da série, dos quais dois familiares/amigos não foram encontrados. Um caso foi identificado pela Equipe da Unidade Básica de Saúde, mas não havia acesso a telefone para agendamento da entrevista. Outro caso envolveu familiares/amigos que negaram a participação. Por fim, foram agendadas e realizadas entrevistas com familiares de três óbitos registrados. O quantitativo das entrevistas realizadas está descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Quantitativo de entrevistados

Famílias entrevistadas	Interlocutor 1 (nomes fictícios)	Interlocutor 2 (nomes fictícios)	Total
Família 1	Aparecida	José	2
Família 2	Júlia	Pedro	2
Família 3	Francisca	-	1
Total: 3			5

Fonte: Elaborado pela autora.

3.10 Análise dos dados

3.10.1 Estudo epidemiológico

Para o tratamento dos dados epidemiológicos, foram utilizados o TabWin para selecionar as variáveis desejadas e o Excel para realizar cálculos estatísticos de frequência e taxas. O processo foi complementado por uma revisão da literatura a nível mundial, nacional e local, a fim de contextualizar e aprofundar a análise dos resultados obtidos.

3.10.2 Estudo socioambiental

Para a discussão das variáveis sociodemográficas e socioambientais relacionadas ao suicídio, incluindo o suicídio indígena e o desenvolvimento no estado do Tocantins, recorreu-se à revisão da literatura a nível mundial, nacional e local.

A análise dos dados permitiu explorar e descrever distribuição, tendências e características dos dados coletados, além de detectar padrões e correlações. Por fim, interpretaram-se os resultados para responder às perguntas de pesquisa.

3.10.3 Estudo psicossocial

As entrevistas de autópsias psicossociais foram gravadas e transcritas, compiladas e organizadas em categorias, que constituíram tópicos para análise. O foco principal da utilização de autópsias psicossociais está na aquisição e no exame de informações contextualizadas, enfatizando a compreensão do suicídio como uma ocorrência complexa e multifacetada.

É essencial reconhecer que o suicídio não deve ser estudado isoladamente, pois o sofrimento psíquico, embora individualizado, está situado em um ambiente particular e não deve ser analisado independentemente dele.

Ademais, as maiores limitações dos estudos com autópsias psicossociais consistem em como analisar as discrepâncias dos relatos. Para isso, entende-se a importância de um olhar hermenêutico dialético no momento da análise, à medida que permitirá um comprometimento sistemático com a compreensão de um fenômeno, apreciando-se em primeira instância, suas particularidades [...] (Teixeira, 2018, p. 7).

Considerando a lacuna apontada por Teixeira (2018), optou-se pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2011) para explorar os dados. A análise de conteúdo é um método que permite compreender as ideias gerais relatadas sobre um determinado assunto, caracterizando-se pela classificação de categorias-chave que expressam de forma resumida os discursos do público-alvo de uma pesquisa (Bardin, 2011).

Conforme recomendado por Bardin (2011), seguiram-se os procedimentos para a realização da análise de conteúdo:

- 1) Pré-análise
 - a) Realizou-se uma leitura flutuante do material para obter uma visão geral e formar impressões preliminares. Todas as entrevistas transcritas foram lidas.

- b) Foram selecionados os documentos, que, nesta pesquisa, referem-se às próprias entrevistas.
 - c) Formularam-se hipóteses e objetivos.
 - d) Preparou-se o material a ser analisado, com a transcrição das entrevistas.
- 2) Exploração do material
- a) Codificação: fragmentou-se o texto em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos). Identificaram-se os conteúdos (temas) mais recorrentes em todas as entrevistas, os quais foram posteriormente digitados em uma planilha de *Word*. As unidades de registro incluem: inadequação ao ambiente; baixa condição socioeconômica; depressão; ocorrência de vários suicídios em períodos próximos; violência psicológica; culpabilização familiar; rede de apoio familiar; acesso à rede de saúde mental; negação do suicídio pela família; trabalho informal; lembrança do óbito em datas comemorativas (que diminui com o tempo); negação do tipo de morte trágica pela família; família evita fazer atividades que lembrem o/a falecido(a), como preparar a mesma comida; simbolismo do beija-flor (que apareceu e morreu na cama); avaliação positiva do acompanhamento no CAPS; dona de casa; expectativa negativa após desaparecimento; reação familiar de surpresa, inconformidade e culpa; demora no CAPS para acessar profissional psiquiatra (passando antes por outros profissionais); dificuldade da Unidade Básica de Saúde para encaminhar ao CAPS; baixa escolaridade; plantação para subsistência; trabalho em fazenda; ausência de histórico familiar de suicídio; o tempo como fator de alívio e conformação; trabalhador(a); alegre; introversão; humildade; simplicidade; crochê; organização; silêncio sobre sentimentos; uso de álcool; alteração comportamental sob efeito do álcool; infância difícil; calma; violência física; delírios; alucinações; crises; ideação suicida; sofrimento; enforcamento; carta de despedida; relações conjugais conflituosas; terra familiar; relação estreita com a terra; acesso à rede de saúde; cidade calma; cidade onde todos se conhecem; cidade isolada; zona rural triste e esquecida; terra árida e difícil de plantar; folias e festejos; fé como conforto; separação conjugal; famílias numerosas.
 - b) Unidades de contexto: necessárias para a compreensão das unidades de registro, permitiram a significação dos dados. As unidades de contexto, que se articularam para formar categorias, foram os fatores de risco e de proteção ao suicídio.
 - c) Categorização: as unidades de registro foram agrupadas em categorias que representaram os temas recorrentes. Essas categorias emergiram do próprio material (de forma indutiva) e foram analisadas à luz do referencial teórico sobre fatores de risco e

proteção. As categorias identificadas incluem: histórico de adoecimento mental; vulnerabilidades socioeconômicas; histórico de violências; relação sujeito/ambiente; apoio social/familiar; e espiritualidade/religiosidade.

- d) Classificação: cada unidade de registro foi classificada de forma precisa e consistente nas categorias apropriadas.
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: com objetivo de analisar as categorias e interpretar os resultados à luz dos objetivos da pesquisa e do referencial teórico.
 - a) Foram elaboradas inferências a partir dos dados analisados.
 - b) As categorias identificadas foram relacionadas aos objetivos e às hipóteses da pesquisa.
 - c) A interpretação dos resultados foi discutida em um contexto mais amplo, considerando suas implicações teóricas e práticas, e conectada à literatura existente. Também foram identificadas novas direções para futuras pesquisas.

3.10.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução nº 510/2016, que estabelece normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam utilização de dados diretamente obtidos dos participantes ou de informações identificáveis.

A pesquisa envolvendo seres humanos foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (UFT), sob Parecer nº 5.415.050 e CAAE nº 57115122.7.0000.5519. Além disso, recebeu aprovação da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Os respectivos pareceres encontram-se em anexo (Anexo IV).

Durante as entrevistas, a pesquisadora responsável apresentou os objetivos da pesquisa e as condições éticas aos participantes, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o cumprimento dos requisitos éticos estabelecidos para a condução da pesquisa.

4 O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

No cenário global, o grupo das causas externas – incluindo acidentes e violências – foi responsável por um total de 973 milhões de pessoas feridas e 4,8 milhões de mortes em 2013, conforme estudo Carga Global de Doenças (GBD) (Malta *et al.*, 2017). “As principais causas de óbito foram acidentes de transporte terrestre (29,1%), suicídios (17,6%), quedas (11,6%) e homicídios (8,5%)” (Malta *et al.*, 2017, p. 143).

No Brasil, os óbitos por causas externas totalizaram 134.931, em 1990, e 168.018, em 2015. Embora tenha ocorrido um aumento absoluto no número de óbitos, as taxas apresentaram uma redução de 22,8% entre 1990 (105,1/100 mil) e 2015 (81,2/100 mil). As causas externas continuam a ser a terceira principal causa de morte no país. Entre 2000 e 2010, foram estimados 545,5 mil óbitos (38%) por homicídios e 92,3 mil óbitos (6,5%) por suicídios. Os principais grupos de causas incluem homicídios, acidentes de transporte, outras causas acidentais e suicídios (Malta *et al.*, 2017).

O suicídio tem apresentado um aumento significativo e é atualmente a 13ª maior causa de óbitos no mundo. Na faixa etária de 15 a 44 anos, é a quarta maior causa de morte (Krug *et al.*, 2002). O suicídio representa cerca de um milhão de mortes anuais globalmente, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública. As taxas mais elevadas de suicídio são observadas em países de alta renda (12,7 por 100 mil habitantes), em contraste com países de renda média e baixa (11,2 por 100 mil habitantes). No entanto, países de renda média e baixa respondem por 75% do total de suicídios, refletindo a maior população desses países (Lefio, 2019). Malta *et al.* (2017, p. 152) destacam que

Dados do GBD 2015 apontam as maiores taxas globais de suicídio em países da Ásia (13,3/100 mil) e Europa (17,6/100 mil). As Américas apresentam taxa de suicídio de 9,8/100 mil, comparando-se com países como Rússia (36,8/100 mil), Índia (15,8/100 mil) e África do Sul (14,8/100 mil), o Brasil posicionou-se no grupo de menores índices.

Na América Latina, as taxas de óbitos por suicídio são geralmente inferiores à média global, porém, são notavelmente elevadas em alguns grupos populacionais, como comunidades indígenas, o que ressalta a necessidade de considerar as particularidades culturais na análise dos dados (Lefio, 2019).

Um estudo realizado por Malta *et al.* (2017) analisou a mortalidade e os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade, utilizando a medida do *Disability-Adjusted Life*

Years (DALYs), devido às violências interpessoais e autoprovocadas entre 1990 e 2015 no Brasil e em suas unidades federativas. Os resultados indicam que o suicídio ocupa a terceira posição entre as causas de morte por violência no Brasil e a segunda posição no cenário global.

As taxas padronizadas de mortalidade e os DALYs relacionados ao suicídio no Brasil apresentaram variação de -19%, passando de 8,1 por 100 mil habitantes (IC 95% 7,5-8,6), em 1990, para 6,6 por 100 mil habitantes (IC 95% 6,1-7,9), em 2015, sem diferença estatisticamente significativa. Entre as causas externas, o suicídio ocupa a sexta posição em termos de DALYs (Malta *et al.*, 2017). Esse indicador reflete o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde na qualidade de vida dos indivíduos.

Em 2006, a taxa média de suicídio no Brasil foi de 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, a terceira principal causa de morte por fatores externos, responsável por 6,8% dos casos (Machado; Santos, 2015). Em 2019, houve aumento significativo, com a taxa subindo para 6,6 por 100 mil habitantes, com crescimento registrado em todas as regiões do país (Brasil, 2021).

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Análise das taxas de mortalidade ajustadas no período demonstrou aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. Neste mesmo período, estima-se que a população brasileira tenha crescido de 190.732.694 para 210.147.125, resultando em crescimento de 10,17%. A taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Sul e Centro-Oeste, com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras (Brasil, 2021, p. 2).

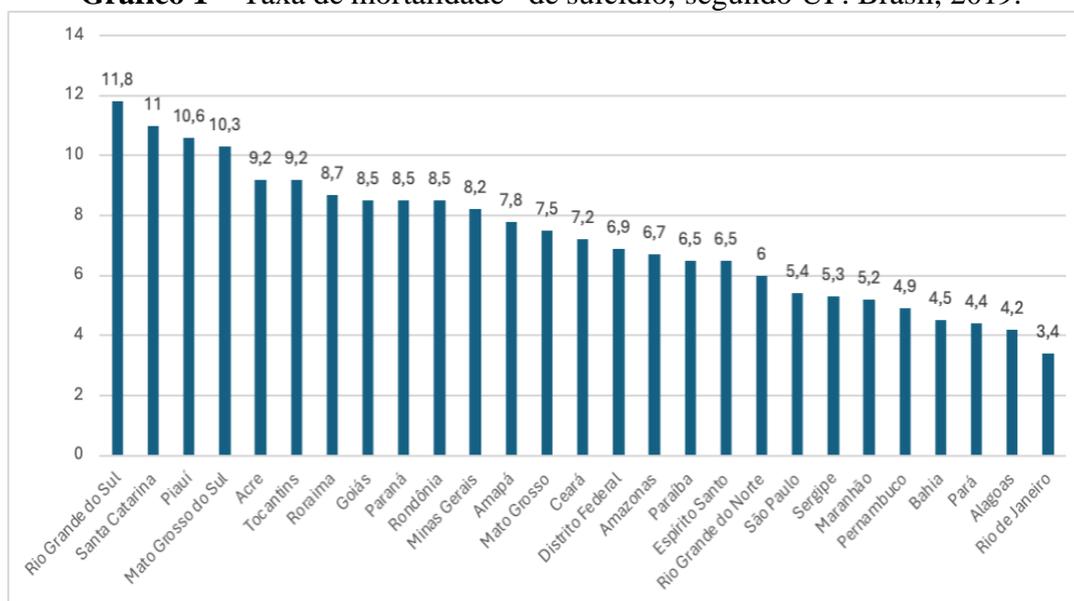
Entre os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul apresenta as taxas de suicídio mais elevadas. Em 2006, a taxa era de 11,0 por 100 mil habitantes, aproximadamente o dobro da média nacional e, em 2016, foi de 6,13 por 100 mil habitantes (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2018). A concentração de altas taxas de óbito é notável na região Sul, especialmente no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, onde as taxas se mantêm acima da média nacional, com 11,8 por 100 mil habitantes, em 2010, e novamente 11,0 por 100 mil habitantes, em 2019 (Brasil, 2021). A região Centro-Oeste também apresenta taxas elevadas, especialmente no Mato Grosso do Sul, com índices notáveis entre adolescentes e jovens indígenas.

Na região Norte, embora as taxas sejam geralmente mais baixas, há uma preocupação devido ao aumento significativo observado entre 1998 e 2008 nos estados do Tocantins, do Acre e do Amapá (Waiselfisz, 2011). Ferreira Júnior (2015) relata que, entre 2002 e 2012, houve aumento de 77,7% nas taxas de suicídio nos estados do Acre,

de Roraima, do Tocantins e do Amazonas, com duplicação dos casos nesses estados. O Nordeste também apresenta um cenário preocupante, com um aumento de 51,7% nas taxas no mesmo período. Embora as regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste apresentem as maiores taxas de suicídio, o aumento percentual nas taxas é menor: 15,2% no Sul, 16,3% no Centro-Oeste e 35,7% no Sudeste (Ferreira Júnior, 2015).

Entre 2010 e 2019, a região Norte registrou um incremento percentual de 90% nas taxas de suicídio, enquanto as regiões Sul e Centro-Oeste tiveram um aumento de 99% cada (Brasil, 2021). Vidal *et al.* (2014) e Waiselfisz (2011) destacam que o aumento significativo de casos na região Norte, especialmente nos estados do Tocantins, do Acre e do Amapá, exige uma atenção especial. Nesse contexto, o Tocantins destaca-se pelo aumento notável nos casos de suicídio entre os estados brasileiros.

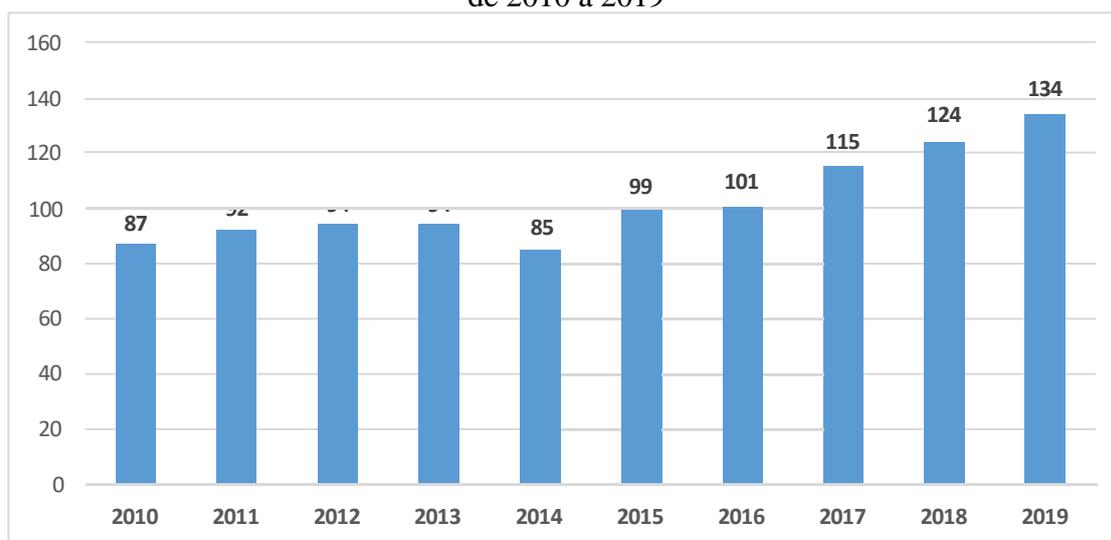
Gráfico 1 – Taxa de mortalidade* de suicídio, segundo UF. Brasil, 2019.



Fonte: Brasil (2021, p. 5). * Taxa de mortalidade por 100 mil habitantes.

Em 1998, o estado do Tocantins ocupava a 19ª posição entre os estados brasileiros em relação às taxas de suicídio. Em 2008, o estado avançou para a 6ª posição, o que refletiu um aumento significativo nas taxas de suicídio. Além disso, Tocantins registrou uma mudança demográfica, passando da 14ª posição, em 1998, para a 7ª posição, em 2008, no que diz respeito ao número relativo da população jovem (Waiselfisz, 2011). Em 2019, conforme dados de Brasil (2021), Tocantins manteve-se na 6ª posição, o que evidenciou a persistência de altas taxas de suicídio na região. A distribuição dos números absolutos ao longo do período está apresentada no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Número absoluto de óbitos por suicídio no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2019



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O estado do Tocantins registrou 1.025 óbitos por suicídio, conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS). O aumento dos índices de suicídio no estado tem sido motivo de preocupação constante.

Palmas, capital do Tocantins, destaca-se com altas taxas, figurando entre as capitais brasileiras com maiores índices de suicídio (Sena-Ferreira *et al.*, 2014). Em 2016, Palmas registrou 154 mortes por suicídio, representando uma parte significativa dos 352 óbitos registrados em todo o estado (Gomes *et al.*, 2020). Esses dados indicam uma concentração de novos casos em Palmas quando comparado aos demais municípios do estado. Contudo, é importante destacar que em termos de taxa, Palmas não se apresenta com maiores índices, devido à população ser maior.

O impacto do suicídio nos sistemas de saúde é substancial. Em 2020, estimou-se que o suicídio representava 2,4% do total de doenças no mundo (Freitas; Borges, 2014). A tentativa de suicídio e o suicídio consumado têm grande relevância para a saúde pública devido à magnitude e à gravidade dos casos. Esses eventos resultam em elevados números de óbitos, internações e sequelas, além de anos potenciais de vida perdidos. Eles causam danos emocionais irreparáveis às vítimas e a suas famílias e geram prejuízos psíquicos, sociais e econômicos. Esses impactos exigem consideráveis esforços humanos e econômicos para a assistência à saúde, incluindo a produtividade perdida ou reduzida, absenteísmo e custos legais (Krug *et al.*, 2002).

4.1 Características descritivas da amostra

Segue a descrição das variáveis sociodemográficas e epidemiológicas da mortalidade abordadas na Tabela 1 e no Gráfico 3: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade por ano estudado e estado civil.

Tabela 1 – Distribuição de frequências dos casos de suicídios quanto às variáveis descritivas da amostra no estado do Tocantins-Brasil, no período de 2010 a 2019

Tocantins		
Sexo	N	%
Masculino	810	79
Feminino	212	21
Ignorado	3	~ 0.1
Faixa etária	N	%
5 a 9 anos	1	~ 0.1%
10 a 14 anos	18	2%
15 a 19 anos	98	10%
20 a 29 anos	249	24%
30 a 39 anos	222	22%
40 a 49 anos	163	16%
50 a 59 anos	116	11%
60 a 69 anos	73	7%
70 a 79 anos	58	6%
80 anos e mais	23	2%
Idade ignorada	2	~ 0.2%
Raça/cor	N	%
Branca	191	19%
Preta	88	9%
Amarela	1	~0.1%
Parda	687	67%
Indígena	33	3%
Ignorada	25	2%
Escolaridade	N	%

Nenhuma	108	11%
1 a 3 anos	174	17%
4 a 7 anos	240	23%
8 a 11 anos	173	17%
12 anos e mais	60	6%
Ignorada	270	26%
<hr/>		
Estado civil	N	%
<hr/>		
Solteiro	557	54%
Casado	208	20%
Viúvo	38	4%
Separado judicialmente	47	5%
Outro	117	11%
Ignorado	58	6%

Fonte: SIM/DATASUS. Elaborado pela autora (2021).
Total: n = 1.025

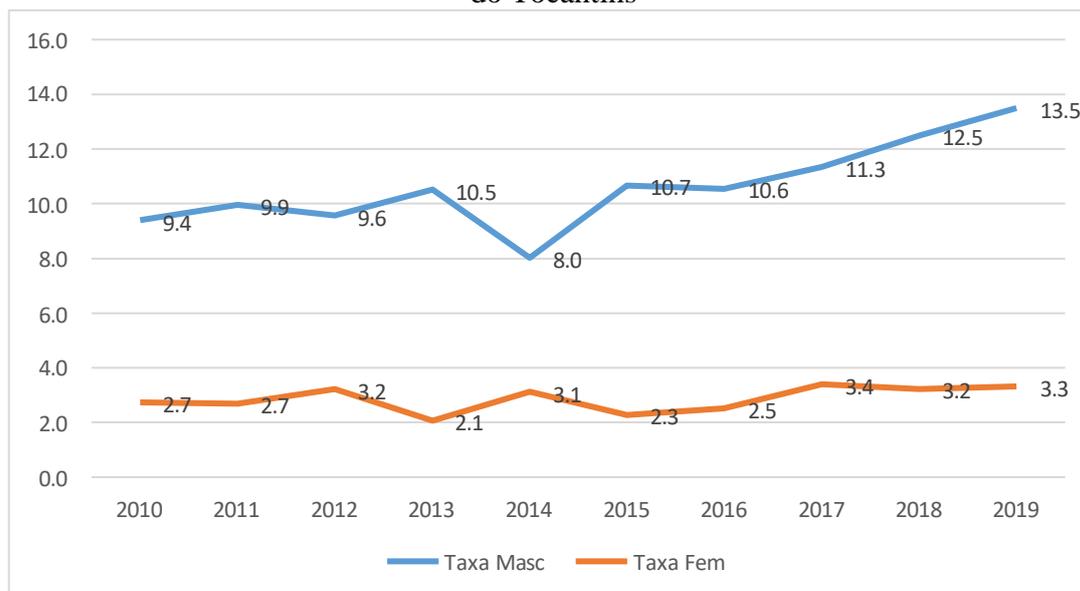
De acordo com a Tabela 1, a mortalidade por suicídio no estado do Tocantins foi de 810 casos (79%) no sexo masculino e 212 casos (21%) no sexo feminino, acompanhando a tendência nacional (n = 88.183/79% e n = 23.961/21%, respectivamente), segundo DATASUS (2021).

A razão entre os números absolutos no Tocantins apontou uma sobre mortalidade masculina de 3,82 suicídios para cada suicídio feminino, em consonância com a tendência brasileira de 3,68. Outros estudos também confirmam a predominância do suicídio no sexo masculino, com uma variação de 3,0 a 7,5 vezes maior do que no sexo feminino em âmbito mundial (Nock *et al.*, 2008).

Um estudo epidemiológico dos casos de suicídio no estado do Tocantins, no período de 2005 a 2015, também ratifica o perfil da população masculina, com incidência de suicídio três vezes maior em relação à feminina (Soares Filho *et al.*, 2019). “Num estudo realizado com a população brasileira entre 1980 e 2000, verificou-se um aumento de 32,8% na taxa masculina de suicídio, com crescimento em todos os grupos etários” (Schlösser; Rosa; More, 2014, p. 134). Em todo o território brasileiro, em 2019, o risco de morte por suicídio no sexo masculino foi registrado como 3,8 vezes maior do que no feminino (Brasil, 2021).

O índice revelou a comparação dos óbitos entre a população masculina e feminina. O Gráfico 3 mostra a taxa de óbitos por sexo no período elencado. Para isso, foram coletados os dados estimados da população masculina e feminina do estado do Tocantins, bem como os óbitos por violência autoprovocada intencionalmente. As taxas foram calculadas por 100 mil habitantes.

Gráfico 3 – Taxa de óbitos de suicídio por sexo no período de 2010 a 2019, no estado do Tocantins



Fonte: DATASUS. Elaborado pela autora (2022).

Observa-se um risco crescente de óbito por suicídio entre a população masculina, que tem aumentado ao longo do tempo. As taxas de óbitos femininos seguem uma tendência temporal com poucas variações. No cenário brasileiro, a taxa de mortalidade no sexo masculino foi de 10,7 por 100 mil habitantes em 2019, enquanto no sexo feminino foi de 2,9. Houve aumento das taxas para ambos os sexos: 29% para o feminino e 26% para o masculino no período entre 2010 e 2019 (Brasil, 2021). Apesar de o número absoluto e das taxas de suicídio ser maior entre homens, é necessária atenção ao incremento de casos entre mulheres. Essa estatística é confirmada no cenário mundial, conforme Ferreira Junior (2015, p. 20):

Tanto a OMS (2014) quanto a OECD (2014) indicam que o suicídio é mais comum entre homens e a tentativa de suicídio entre as mulheres. Essa é uma tendência histórica, já percebida no século XIX por Peuchet e Marx (2006) e confirmada por Durkheim (2000). Contudo, como observa a OMS (2014), as taxas de suicídio variam conforme a região, o país e com a idade.

Nos atos consumados, os homens prevalecem sobre as mulheres. Contudo, inquéritos sobre violências no Brasil salientam que as mulheres apresentam maior ocorrência de tentativas de suicídio (Malta *et al.*, 2017). Conforme Sadock (2017), as mulheres realizam três vezes mais tentativas de suicídio do que os homens, embora o número de óbitos seja maior entre os homens. Esse maior número de óbitos masculinos pode estar relacionado à escolha de métodos mais letais, como enforcamento, conforme também identificado nesta pesquisa e apresentado na Tabela 2.

Vale refletir sobre o fenômeno do suicídio, que impacta fortemente o gênero masculino, em decorrência de uma sociedade machista que muitas vezes impede o reconhecimento da fragilidade emocional, facilita o acesso a métodos mais letais e expõe os homens a sentimentos de fracasso perante dificuldades financeiras (Bahia *et al.*, 2017; Calixto Filho; Zerbini, 2016).

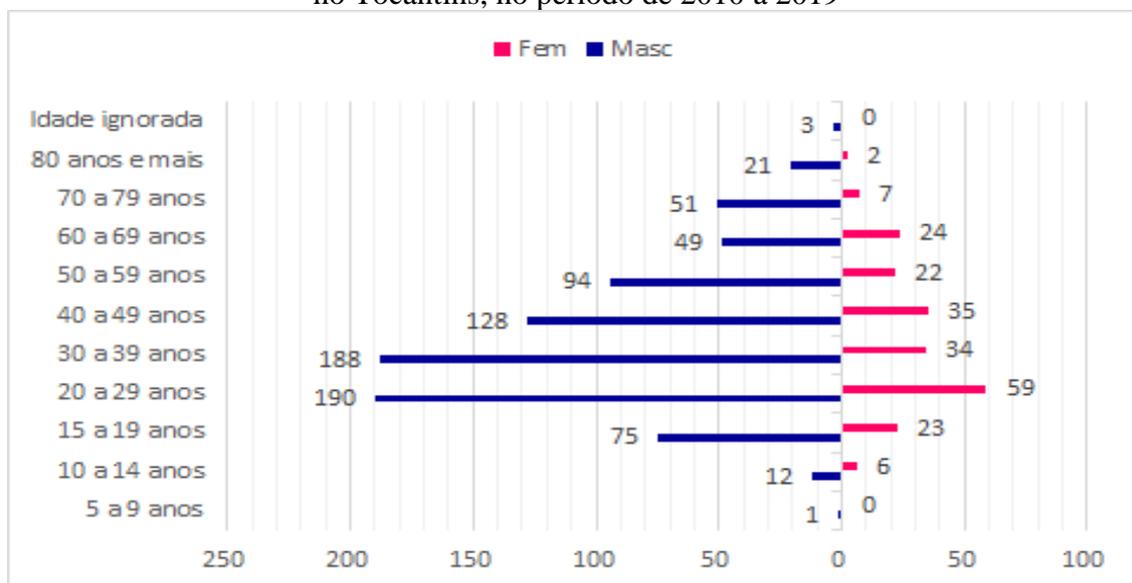
A menor incidência de suicídio entre as mulheres pode ser atribuída a fatores protetivos mais presentes, como religiosidade, baixa prevalência do uso abusivo de álcool, maior flexibilidade nas habilidades sociais e no desempenho dos papéis sociais (Gonçalves; Gonçalves; Oliveira Júnior, 2011), além do uso de métodos menos letais (Calixto Filho; Zerbini, 2016).

Há muitas razões potenciais para diferentes taxas de suicídio em homens e mulheres: as questões de igualdade de gênero, diferenças nos métodos socialmente aceitáveis de lidar com o estresse e conflito para homens e mulheres, disponibilidade e preferência de diferentes meios de suicídio, disponibilidade e padrões de consumo de álcool e as diferenças nas taxas de procura de cuidados para transtornos mentais entre homens e mulheres. A enorme variação nas proporções [das taxas de morbidade] entre sexos para o suicídio sugere que a importância relativa dessas diferentes razões varia enormemente por país e região (WHO, 2014, p. 20 *apud* Ferreira Júnior, 2015, p. 21).

Quanto à faixa etária, registrou-se n = 249 (24%) de óbitos por suicídio entre 20-29 anos; n = 222 (22%) entre 30-39 anos; n = 163 (16%) entre 40-49 anos; n = 116 (11%) entre 50-59 anos; n = 98 (10%) entre 15-19 anos, seguindo a tendência nacional (n = 23.347/21%; n = 23.800/21%; n = 20.636/18%; n = 16.499/15%), respectivamente, para as faixas etárias citadas (DATASUS, 2021). Percebe-se que a faixa etária mais acometida pelo suicídio está entre a população economicamente ativa, o que produz impactos sociais e financeiros e acompanha a tendência mundial de incremento de casos entre adolescentes e jovens adultos (Falcão; Oliveira, 2015; Lovisi *et al.*, 2009).

O Gráfico 4 mostra o número absoluto de óbitos notificados por suicídio por faixa etária e sexo no Tocantins e possibilita a identificação das relações entre idade e sexo.

Gráfico 4 – Número absoluto de óbitos notificados por suicídio, por faixa etária e sexo no Tocantins, no período de 2010 a 2019



Fonte: SIM/DATASUS (2021). Elaborado pela autora (2021).

Correlacionando sexo e faixa etária, observa-se uma predominância de óbitos por suicídio no Tocantins no sexo masculino, especialmente nas faixas etárias de 20-29 anos ($n = 190$, 23%) e 30-39 anos ($n = 188$, 23%). Verifica-se também que essas faixas etárias apresentam maiores proporções de óbitos masculinos em comparação aos femininos, com uma diferença de 131 e 154 óbitos masculinos, respectivamente. A taxa de DALYs – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – pela causa do suicídio em homens é maior do que em mulheres e é particularmente elevada entre jovens de 15 a 34 anos (Malta *et al.*, 2017).

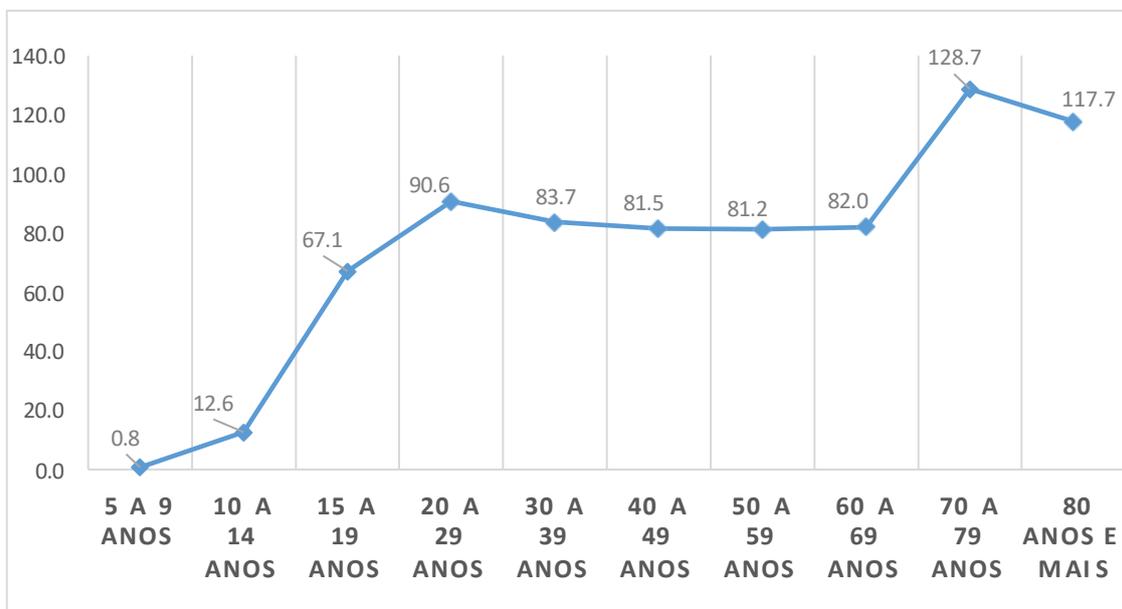
A idade é um marcador demográfico importante para o risco de suicídio. Os dados indicam claramente maior número de mortes nas faixas etárias de 20 a 29 e 30 a 39 anos; no entanto, o verdadeiro indicador do perigo potencial está na taxa de ocorrência específica.

Para elaboração da taxa específica por faixa etária, utilizou-se a população estimada em 2019⁵ de residentes no Tocantins, coletada na base de dados DATASUS. A

⁵ A população estimada de residentes no Tocantins, em 2019, foi adotada como denominador para o cálculo da taxa específica por faixa etária. Nesse contexto, o denominador representa a população sob risco, ou seja, o grupo do qual se originaram os casos de óbitos, doenças, entre outros.

apresentação da taxa por ano da série histórica (2010-2019) foi inviabilizada pelo baixo numerador⁶ ao segregar por ano (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Taxa de óbitos de suicídio, por 100 mil habitantes, por subgrupo faixa etária, no período de 2010 a 2019, estado do Tocantins



Fonte: DATASUS. Elaborado pela autora (2022).

Conforme o Gráfico 5, destaca-se a população idosa de 70-79 anos, com uma taxa de 128,7 óbitos por 100 mil habitantes, seguida pela faixa etária de 80 anos ou mais, com 117,7 óbitos por 100 mil habitantes. A população jovem adulta de 20-29 anos também possui uma taxa elevada de 90,6 por 100 mil habitantes, mas é a população idosa do Tocantins que apresenta maior risco de ocorrência do evento.

No cenário global, os casos de suicídio tendem a aumentar com a idade, com exceções, como no Canadá. Em geral, entre pessoas com 75 anos ou mais, as taxas de suicídio são três vezes maiores do que na faixa etária de 15 a 24 anos, para ambos os sexos, com predominância entre os homens. Isso sugere que as taxas de suicídio são mais elevadas na população idosa devido a fatores demográficos, embora os números absolutos sejam mais altos entre pessoas com menos de 45 anos (Krug et al., 2002).

Apesar de as tentativas de suicídio serem menos frequentes entre os idosos, a probabilidade de que resultem em óbito é maior nesse grupo. “Em média, as tentativas de suicídio em pessoas idosas são, em termos psicológicos e médicos, mais graves, sendo

⁶ No numerador, é colocado o número de casos detectados (óbitos, doenças, indivíduos com determinadas características, entre outros).

que uma ‘falha’ em uma tentativa de suicídio é geralmente resultado do acaso” (Krug *et al.*, 2002, p. 189).

Mesmo com maiores taxas na população idosa, Krug *et al.* (2002) destacam que atualmente as taxas de suicídio na população com menos de 45 anos são mais elevadas em um terço de todos os países. No Brasil, “o maior aumento da taxa de suicídio foi entre os homens jovens, saltando de 5,7 em 1980 para 8,9 em 2012, um incremento de 54,1%” (Ferreira Júnior, 2015, p. 23).

As taxas por faixa etária no Brasil estão em ascensão em todos os grupos etários, principalmente entre adolescentes, passaram de 3,5 para 6,4 por 100 mil adolescentes. Também houve aumento entre menores de 14 anos, que, no período de 2010 a 2013, subiu de 0,3 para 0,7 por 100 mil (Brasil, 2021). “Nesse cenário, destaca-se a Região Norte, onde o maior risco de morte por suicídio ocorreu entre jovens de 15 a 19 anos (9,7 por 100 mil)” (Brasil, 2021, p. 3).

O perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio no Tocantins, conforme estudo de Soares Filho *et al.* (2019), mostra maior prevalência na população jovem adulta (20-29 anos) do sexo masculino, em números absolutos. O mesmo estudo observou poucos casos em números absolutos na população idosa (70-79 anos), contudo, com a mais alta incidência – 126,9 por 100 mil habitantes, contrastando com a população jovem adulta (20-29 anos), que apresentou incidência de 93,9 por 100 mil habitantes.

As taxas de morte por suicídio no Brasil são mais elevadas entre maiores de 70 anos, com aumento maior entre os mais jovens e risco mais expressivo entre indígenas (Malta *et al.*, 2017). Esse cenário apontado por Malta *et al.* (2017) se verifica na presente pesquisa.

Como lembram Ores *et al.* (2012), o ciclo de vida adulta jovem é marcado pela entrada na vida adulta, gerando transformações que podem se manifestar em comportamentos suicidas. O principal fator de risco associado ao suicídio na população adulta jovem é a depressão, relacionada a dificuldades de lidar com frustrações, vivências de abuso sexual, insatisfação das necessidades básicas e maus-tratos (Schlösser; Rosa; More, 2014). Em um estudo mais amplo no Brasil, Ores *et al.* (2012) destacam os principais fatores de risco na faixa etária de 18 a 24 anos: transtornos psiquiátricos, dependência química, uso abusivo de álcool, comportamentos de risco no trânsito e nas relações sexuais, entre outros.

Observa-se também (Tabela 1) a ocorrência de suicídio entre crianças de 5 a 9 anos (1 caso) e entre 10 a 14 anos (18 casos). Embora a frequência seja baixa em termos

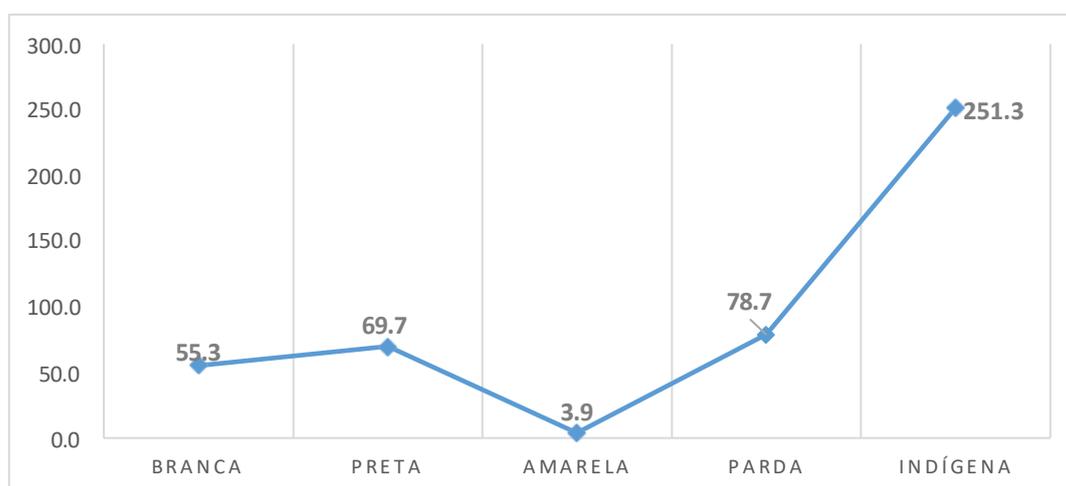
numéricos, é importante atenção redobrada a crianças. Ademais, conforme Ferreira Júnior (2015), o suicídio de crianças menores de 12 anos é controverso, considerando que não há consenso entre profissionais sobre o grau de consciência do suicídio realizado por uma criança.

Referente à raça/cor, conforme a Tabela 1, os autodeclarados pardos são os mais acometidos ($n = 187$, 67%), seguidos pelos brancos ($n = 191$, 19%) e pretos ($n = 88$, 9%). Em nível nacional, os dados refletem uma predominância da raça/cor branca ($n = 55.927$, 50%), seguida pelos pardos ($n = 45.549$, 41%) e pretos ($n = 5.905$, 5%) (DATASUS, 2021).

Segundo Ferreira Júnior (2015), há poucos estudos que abordam o suicídio entre indígenas no Brasil, bem como entre outros grupos minoritários, como quilombolas e pessoas em situação de rua. De modo geral, poucos estudos analisam a raça/etnia dos óbitos por suicídio.

Para calcular a taxa específica por raça/cor, foram utilizados os dados populacionais do estado do Tocantins e, para a análise da variável raça/cor, usou-se o censo do IBGE de 2010, a única base de dados disponível com essa informação. Realizou-se o cálculo da população específica pelo número de óbitos por suicídio da população específica, multiplicado por 100 mil, resultando na taxa apresentada no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Taxa de óbitos de suicídio por subgrupo raça/cor no estado do Tocantins



Fonte: Censo IBGE (2010) para dados populacionais e SIM/DATASUS para dados de mortalidade. Elaborado pela autora (2022).

Fica evidente que o grupo populacional com maior risco de óbito por suicídio no estado do Tocantins é a população indígena, com uma taxa de 251,3 óbitos por 100 mil habitantes. O segundo grupo é a população parda, com uma taxa de 78,7 por 100 mil habitantes, seguido pela população preta, com uma taxa de 69,7 por 100 mil habitantes.

A população branca apresenta uma taxa de 55,3 por 100 mil habitantes, enquanto a população de raça/cor amarela tem uma taxa de 3,9 por 100 mil habitantes. Da amostra, 25 óbitos tiveram a raça/cor ignorada no registro.

Carneiro (2011) critica o uso do termo “raça/cor” adotado pelo IBGE, argumentando que ele reflete tanto uma ambiguidade conceitual quanto uma falta de precisão no entendimento das relações raciais no Brasil. Para a autora, essa categorização é problemática porque tenta harmonizar a ideia de raça, que é um construto social ligado a desigualdades e discriminação, com o conceito de cor, que é uma característica fenotípica. Em suas análises, ela destaca que essa combinação dificulta a compreensão das dinâmicas raciais que vão além do tom de pele e englobam fatores históricos, culturais e socioeconômicos.

Carneiro (2011) também aponta que o uso do termo “raça/cor” pelo IBGE reflete uma tentativa de evitar o enfrentamento direto com a questão racial no Brasil. Ela argumenta que o país tem uma longa tradição de negar o racismo estrutural e sistemático ao substituir o conceito de raça por expressões como “cor” ou “mestiçagem”. Essa prática reforça o mito da democracia racial, oculta as desigualdades sofridas pela população negra e dificulta a criação de políticas públicas eficazes de combate ao racismo.

A autora critica também a categoria “pardo” e explica que é uma construção social que reflete uma tentativa de integrar a diversidade racial brasileira no mito da democracia racial, o que ajuda a perpetuar desigualdades. Segundo ela, a criação dessa categoria foi historicamente utilizada como uma estratégia de “branqueamento” e de diluição da população negra. Em vez de fortalecer uma identidade negra comum, essa categorização reforça a fragmentação e a confusão entre aqueles que compartilham uma ancestralidade africana. Portanto, todos que compartilham essa herança e essa realidade de opressão racial deveriam se reconhecer como parte do grupo negro, fortalecendo a identidade negra como uma ferramenta de resistência e combate ao racismo estrutural (Carneiro, 2011).

Na perspectiva de que as denominações pardas são negras, pode-se dizer que, no Tocantins, a população em risco são os indígenas e os negros, grupos histórica e socialmente em situações de vulnerabilidade.

Em relação ao cenário mundial, Krug *et al.* (2002) alertam para as altas taxas de suicídio em grupos indígenas da América do Norte, da Austrália e da China (Província de Taiwan). “Entre as causas propostas estão a enorme perturbação social e cultural criada pelas políticas do colonialismo e as dificuldades desde então encontradas pelos povos indígenas para se ajustar e integrar às sociedades modernas” (Krug *et al.*, 2002, p. 188).

No cenário brasileiro, evidências apontam para os maiores riscos de suicídio entre grupos vulneráveis, como os povos indígenas, especialmente na região Norte, que abriga a maior parcela da população indígena do Brasil (Brasil, 2021). Os estados do Mato Grosso do Sul e do Amazonas são os que vivenciam mais fortemente o suicídio entre os povos indígenas, conforme dados epidemiológicos apresentados por Waiselfisz (2014, p. 183-184):

Mato Grosso do Sul e Amazonas concentravam 81% do total nacional de suicídios indígenas. Segundo dados da Funai, o Amazonas contava com 83.966 indígenas, pelo que sua taxa de suicídios específica para essa população seria de 32,2 em 100 mil. Já para o Mato Grosso do Sul, que contava com 32.519 indígenas, a taxa de suicídios seria de 166,1 a cada 100 mil indígenas. Entre os jovens, podemos estimar para o Amazonas uma taxa de 101 suicídios para 100 mil jovens (registraram-se 17 suicídios juvenis em 2008) e de 446 para Mato Grosso do Sul, que registrou 29 suicídios juvenis nesse ano.

No estado do Tocantins, a população indígena totaliza 13.131, conforme o censo do IBGE de 2010. Na série histórica, houve 33 óbitos nesse grupo, indicando uma taxa de 251,3 por 100 mil habitantes. Uma frequência extremamente alta e, conseqüentemente, um risco estorrecedor, superando inclusive os estados considerados críticos como o Mato Grosso do Sul. Dessa forma, os dados alertam para necessidade de políticas públicas específicas que abarquem o fenômeno identificado em nível local.

Quanto ao nível de escolaridade, n = 270 óbitos foram assinalados como ignorados (26%), n = 240 (23%) estudaram de 4 a 7 anos, n = 174 (17%) estudaram de 1 a 3 anos, n = 173 (17%) estudaram 8 a 11 anos, n = 108 (11%) não possuíam grau de escolaridade algum. A variável da escolaridade possui alta porcentagem de incompletude, refletido pelo campo “ignorado”. A amostra evidencia índices na população que estudou até o Ensino Fundamental, ou seja, de 4 a 7 anos de escolaridade, e índices iguais em pessoas que estudaram o Ensino Fundamental incompleto, de 1 a 3 anos, e Ensino Médio incompleto ou completo, de 8 a 11 anos. No Brasil, também se verifica a incompletude dos bancos de dados oficiais ao que concerne a variável da escolaridade (n = 28.077/25%) ignorado, 4-7 anos (n = 27.196/24%), 8-11 anos (n = 25.784/23%), 1-3 anos (n = 15.945/14%) (DATASUS, 2021).

Percebe-se um padrão de taxas proporcionais paralelas entre este estudo e os dados na população brasileira, com pequena divergência entre a população com 8 a 11 anos de estudos. Pesquisas retratam que há correlação entre o suicídio e o baixo nível de escolaridade, pois a maior mortalidade por suicídio está concentrada nos grupos de menos escolaridade (Lee *et al.*, 2009; Stevovi *et al.*, 2011; Vasconcelos-Raposo *et al.*, 2016).

Para Lee *et al.* (2009), essa correlação se dá pela dificuldade de sucesso profissional, pela dificuldade na busca de um emprego melhor e, conseqüentemente, pela incompatibilidade para acumular riquezas materiais. A insegurança laboral e as desfavoráveis condições socioeconômicas produzem o maior risco de mortalidade por suicídio. Além disso, pessoas com baixa escolaridade e baixa condição econômica possuem acesso precarizado aos serviços de saúde, diminuindo as condições de prevenção e controle de outros fatores de risco, como a depressão e o uso abusivo de álcool.

Quanto ao estado civil, 557 (54%) dos indivíduos eram solteiros, 208 (20%) eram casados, e 117 (11%) foram classificados como “outros”. Na população brasileira, os solteiros representaram 56.345 (50%) e os casados 29.937 (27%). Embora a literatura indique uma alta taxa de suicídios entre indivíduos divorciados e viúvos (Falcão; Oliveira, 2015), esta pesquisa mostrou um percentual menor nesses grupos. Alguns estudos confirmam esse perfil de estado civil, especialmente para o sexo masculino (Gonçalves; Gonçalves; Oliveira Júnior, 2011).

4.2 Características descritivas dos eventos

Dos 1.025 óbitos por suicídio registrados no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2019, são apresentadas, nas Tabelas 2 e 3, as variáveis descritivas dos eventos, tais como local de ocorrência, método utilizado para o suicídio e ocupação profissional, com o objetivo de proporcionar uma caracterização sociodemográfica e epidemiológica da mortalidade.

Tabela 2 – Distribuição de frequências das variáveis descritivas dos eventos suicidas no estado do Tocantins-Brasil, no período de 2010 a 2019

Tocantins		
Local de ocorrência	N	%
Hospital	125	12%
Outro estabelecimento de saúde	4	0%
Domicílio	658	64%
Via pública	42	4%
Outros	195	19%
Ignorado	1	0%
Método utilizado	N	%

Afogamento	7	1%
Arma branca	15	1%
Arma de fogo	111	11%
Enforcamento	725	71%
Envenenamento	129	13%
Outros	34	3%
Queda intencional	4	0%

Fonte: SIM/DATASUS (2021). Elaborado pela autora (2021).

De acordo com a Tabela 2, o domicílio é o lugar mais frequente de suicídios (n = 658/64%), seguido de “outros” (n = 195/19%) e hospitais (n = 125/12%). Os dados brasileiros corroboram com o local de ocorrência preponderante no domicílio (n = 68.121/61%), “outros” (n = 17.481/16%) e hospitais (n = 17.472/16%) (DATASUS, 2021).

No estudo de Lovisi *et al.* (2009), que analisou óbitos por suicídio no Brasil entre 1980 e 2006, registrou-se que o domicílio foi o local mais frequente de ocorrência (51%), seguido pelo hospital (26,1%). Botega (2014) reforça esses achados. Entre 2011 e 2017, na faixa etária de 15 a 29 anos, no Brasil, o domicílio permaneceu como o local mais comum de óbito por suicídio (57,3%), com uma ligeira prevalência entre homens, seguido pelo hospital (17,6%), em que se destaca o sexo feminino (Brasil, 2019). No Distrito Federal, um estudo epidemiológico da série histórica de 2005 a 2014 identificou aproximadamente 72% das ocorrências na própria residência (Gomes, 2017). No estado do Tocantins, um estudo focado na capital, Palmas, analisando óbitos entre 2000 e 2009, revelou que 67% dos suicídios ocorreram na própria residência (Sena-Ferreira, 2013).

Certamente a diferença dos locais de ocorrência por sexo, mesmo que a residência seja o local mais frequente, deve-se ao método adotado. Assim, os métodos menos letais são mais comuns de ser utilizados pelo sexo feminino, que chegam a ser hospitalizadas. Segundo Souza *et al.* (2011), o local de ocorrência está relacionado aos métodos utilizados e sua acessibilidade.

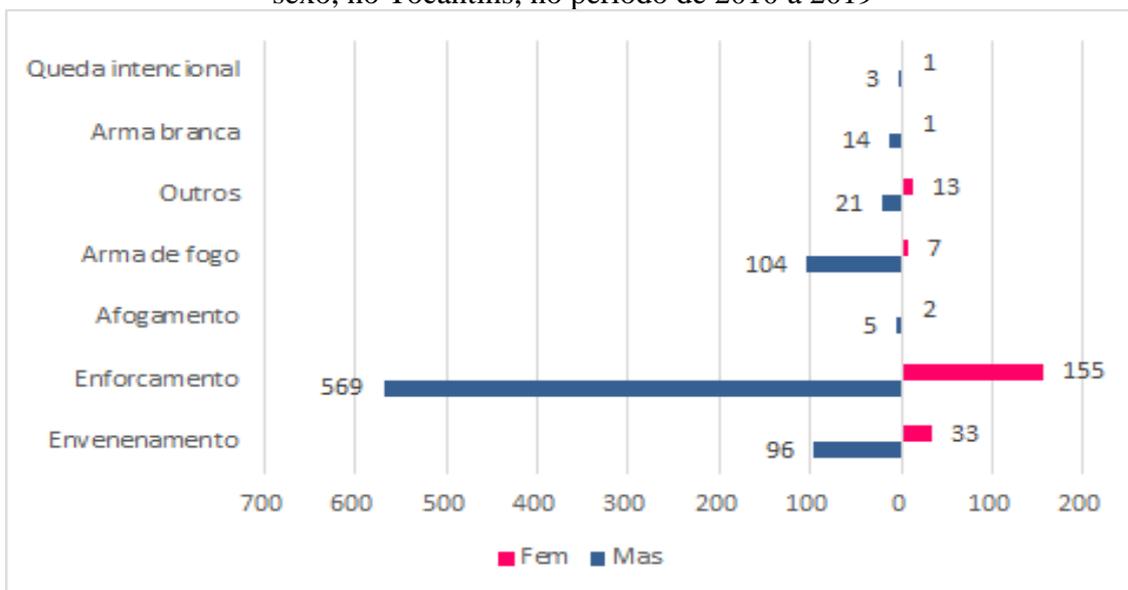
Logo, os métodos utilizados variam, conforme a cultura e a disponibilidade. Os principais métodos utilizados para cometer o suicídio por residentes no estado do Tocantins foram enforcamento, n = 725 (71%), envenenamento, n = 129 (13%), arma de fogo, n = 111 (12%). No Brasil, prevalecem enforcamento (n = 75.304/67%), envenenamento (n = 13.688/12%) e arma de fogo (n = 9.661/9%) como os métodos mais

utilizados (DATASUS, 2021). No estudo de Lovisi *et al.* (2009), os percentuais são um pouco mais baixos, porém seguem a mesma tendência dos óbitos por suicídio no Brasil, na série histórica de 1980 a 2006, na qual foram identificados enforcamento (47,2%), armas de fogo (18,7%), outros métodos (14,4%) e envenenamento (14,3%). Pelo envenenamento, 41,5% foram pelo uso de pesticidas e 18% pelo uso de medicamentos.

Assim, novamente as proporções do evento suicida no estado do Tocantins possuem um padrão epidemiológico compatível ao Brasil. Ampliando ao cenário mundial, verifica-se que,

Em países de alta renda, os principais métodos para o suicídio são o enforcamento, utilizado em 50% dos casos, e o uso de armas de fogo, usadas em 18% dos casos, principalmente nos países de alta renda das Américas, respondendo por 46% dos suicídios naqueles países, contra 4,5% em outros países de alta renda. Nas zonas rurais e em países de baixa ou média renda, o uso de pesticida se destaca, responsável por cerca de 30% dos casos de suicídio no mundo (Ferreira Júnior, 2015, p. 21).

Gráfico 7 – Número absoluto de óbitos notificados por suicídio, por método utilizado e sexo, no Tocantins, no período de 2010 a 2019



Fonte: SIM/DATASUS (2021). Elaborado pela autora (2021).

Os homens utilizam meios mais letais, como enforcamento, $n = 569$ (70%), arma de fogo, $n = 111$, (12%), envenenamento, $n = 96$, (12%). Entre as mulheres, o enforcamento também se posiciona como método mais utilizado, $n = 155$ (73%), seguido de envenenamento, $n = 33$, (16%), e subsequente por arma de fogo, $n = 7$ (13%). A literatura tem mostrado a prevalência de óbitos por suicídio no sexo masculino e o periódico uso do método por enforcamento (Schmitt *et al.*, 2008). Além da prevalência no sexo masculino, por meio do enforcamento, Santos (2014) evidencia que os altos

registros nas bases oficiais de dados são de pessoas entre 20 e 49 anos, que representam entre 60 a 76% de todos os casos. O método utilizado como envenenamento ocorre sobretudo em zona urbana (90% dos casos), com o uso irregular de psicofármacos e agrotóxicos (Santos, 2013).

Seguindo a tendência do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio no Tocantins, o estudo de Soares Filho *et al.* (2019) destaca o enforcamento como o método predominante, sendo utilizado quatro vezes mais do que outros métodos. Um estudo realizado no município de Araguaína - TO também mostrou que tanto homens quanto mulheres escolheram o enforcamento (60,3%), confirmando que esse é o meio mais utilizado em contextos municipais, estaduais e nacionais (Gomes *et al.*, 2020). Além disso, os métodos de envenenamento e uso de arma de fogo requerem atenção, pois muitos desses meios são acessados por meio de comércios ilegais.

A ocupação é considerada uma variável secundária⁷, por essa razão, o preenchimento costuma ser inconsistente, resultando em lacunas quanto a essa informação. Conforme Guimarães (2012), a perda dessa informação nos sistemas de notificação varia entre 12% e 38%. Além disso, a qualidade da informação apresenta problemas após a utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2002), promovida em 2005. Contudo, nos últimos anos, as perdas de informações da variável *ocupação* vêm diminuindo.

As ocupações no Brasil são classificadas e apresentadas no documento normalizador intitulado *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), que nomeia, codifica e descreve as ocupações do mercado de trabalho brasileiro. A estrutura da CBO é composta por 10 grandes grupos, 47 subgrupos principais, 192 subgrupos, 596 famílias ocupacionais e 2.422 ocupações e cerca de 7.258 títulos sinônimos (MPTE, 2010).

Os grandes grupos estão descritos a seguir, conforme apresentada a classificação pelo MPTE (2010).

O grande grupo (0) – MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES – compreende ocupações relacionadas às forças armadas, que prestam serviços nas diferentes forças (exército, marinha, aeronáutica) e em serviços auxiliares, seja de forma obrigatória ou voluntária. Esses profissionais, por natureza de

⁷ O Sistema de Informação de Mortalidade classifica as variáveis como: a) variáveis indispensáveis: ano e tipo do óbito; b) variáveis essenciais: idade, sexo, causa básica do óbito, tipo de violência, município de ocorrência e município de residência; c) variáveis secundárias: estado civil, escolaridade, ocupação e demais variáveis existentes. A classificação encontra-se disponível na página eletrônica: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/cid9/docs/intro.pdf>.

suas funções, não mantêm empregos civis paralelos. Este grupo também abrange policiais e bombeiros militares independentemente do nível de competência ou autoridade que possuam. Exemplos incluem policiais militares, bombeiros militares e membros das forças armadas.

O grande grupo (1) – MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO, DIRIGENTES DE ORGANIZAÇÃO DE INTERESSE PÚBLICO E DE EMPRESA E GERENTES – compreende profissões das quais as principais atividades são definir e formular políticas, leis, regulamentos, fiscalizar, atuar, preparar, coordenar, orientar políticas e atividades nas esferas governamentais, empresariais, institucionais ou religiosas. Com distintas atividades e graus de autoridade. São exemplos: legisladores; prefeitos; governadores; dirigentes sindicais; chefes de populações indígenas; líderes de instituições religiosas; dirigentes e gerentes em empresas de serviços de saúde, de educação, ou de serviços culturais, sociais e pessoais.

O grande grupo (2) – PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES – compreende profissões que demandam altos níveis de conhecimento e experiência nas áreas de ciências físicas, sociais, biológicas e humanas. Inclui também profissões das artes e das atividades físicas que exigem elevado grau de competência. Essas atividades envolvem ampliação do conhecimento intelectual e científico por meio de pesquisas, aplicação de conceitos e teorias, ou por meio da educação para a disseminação de saberes. Exemplos de profissões deste grupo são: maestros, músicos, pesquisadores, profissionais das ciências exatas, físicas e biológicas, engenheiros, profissionais da saúde, educadores, especialistas em ciências jurídicas, sociais e humanas, comunicadores, artistas e religiosos (MPTE/SPPE, 2010).

O grande grupo (3) – TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO – engloba atividades que exigem conhecimentos técnicos e experiência em uma ou várias disciplinas das ciências físicas, biológicas, sociais e humanas, aplicando conceitos e métodos relacionados à educação de nível médio. Exemplos incluem: técnicos polivalentes, técnicos de ciências físicas, químicas, biológicas e da saúde, professores de nível médio, técnicos em serviços de transportes, técnicos em ciências administrativas, culturais, comunicacionais e esportivos, entre outros.

O grande grupo (4) – TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS – refere-se a trabalhos burocráticos que envolvem ordenar, armazenar, computar e recuperar informações sem contato direto com o público. Inclui atividades de secretaria e operações em equipamentos de escritório. Outro subtipo é o de

trabalhadores administrativos que atendem ao público e fornecem serviços a clientes. Exemplos são: auxiliares de biblioteca, documentação e correios, operadores de caixa, atendentes, secretários e escriturários.

O grande grupo (5) – TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS – compreende prestação de serviços a pessoas, proteção e segurança ou venda de mercadorias. Inclui serviços relacionados a viagens, trabalhos domésticos, restaurantes e cuidados pessoais, bem como proteção a pessoas e bens e manutenção da ordem pública. São exemplos: vendedores e prestadores de serviços no comércio, trabalhadores de serviços diversos.

O grande grupo (6) – TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA – engloba atividades voltadas para a obtenção de produtos da agricultura, da silvicultura e da pesca. Essas atividades incluem prática da agricultura, criação ou caça de animais, pesca, cultivo de florestas e venda comercial. São exemplos: produtores agropecuários, pescadores, extrativistas florestais e trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal.

O grande grupo (7) – TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS – abrange produção de bens e serviços industriais por meio de processos discretos que mobilizam habilidades psicomotoras e mentais voltadas à forma dos produtos. Exemplos incluem: trabalhadores da construção civil, produção extrativista, transformação de metais, fabricação e instalação eletroeletrônica, montagem de aparelhos e instrumentos de precisão, joalheiros, ceramistas, vidreiros e trabalhadores das indústrias têxtil, de madeira e mobiliário.

O grande grupo (8) – TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS – refere-se à produção de bens e serviços industriais contínuos, que demandam habilidades mentais para o controle de variáveis físico-químicas de processos. São exemplos: trabalhadores em indústrias de processos contínuos, instalações siderúrgicas, fabricação de celulose e papel, produção de alimentos, bebidas e fumo e operadores de produção e distribuição de energia, água e utilidades.

O grande grupo (9) – TRABALHADORES DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO – envolve atividades de reparação e manutenção de bens e equipamentos para uso institucional, pessoal, governamental ou empresarial. São exemplos: trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica, operadores

de instalações industriais, polimantenedores e outros trabalhadores de conservação e manutenção.

Nos dados coletados no DATASUS, a informação sobre ocupações relacionadas a mortalidades por causas externas não estava disponível. Portanto, a apresentação da distribuição de frequências foi possível apenas com base nas Declarações de Óbito (DO). Essas DOs apresentavam um total de óbitos diferente daquele registrado no DATASUS, resultando em um total ajustado de 1.036 óbitos. Isso destaca a necessidade de maior rigor e detalhamento na produção de dados sobre suicídio.

Tabela 3 – Distribuição de frequências das ocupações dos eventos suicidas no estado do Tocantins, no período de 2010 a 2019

Tocantins			
Grande grupo CBO	Ocupação	N	%
0	Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares	3	0,29
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes	15	1,45
2	Profissionais das ciências e das artes	16	1,54
3	Técnicos de nível médio	25	2,41
4	Trabalhadores de serviços administrativos	19	1,83
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	121	11,68
6	Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	309	29,83
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	96	9,27
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	3	0,29
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	277	26,74
	Não informada	152	14,60

Fonte: Declarações de óbito. Elaborado pela autora (2023).

No que refere à ocupação, descrita na Tabela 3, trabalhadores agropecuários em geral, $n = 309$ (29,83%), são os que mais cometem suicídios no estado do Tocantins, seguidos por trabalhadores em serviços de reparação e manutenção, $n = 277$ (26,74%), e trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, $n = 121$ (11,68%). No grupo 6, destacou-se o trabalhador agropecuário em geral, totalizando 194 óbitos. No grupo 9, a ocupação estudante totalizou 127 óbitos. No grupo 5, os óbitos

foram mais distribuídos entre as ocupações que englobam o grande grupo, mas com maior concentração de empregado doméstico nos serviços gerais, com 46 óbitos.

A nível mundial, estudos realizados nos Estados Unidos, em estados como Kentucky, Carolina do Norte, Minnesota, Wisconsin, Dakota do Norte e do Sul e Montana, identificaram uma relação significativa entre óbitos por suicídio e trabalhadores agrícolas (Guimarães, 2012). No Brasil, uma análise referente ao período de 2006 a 2009 revelou que os seguintes grandes grupos ocupacionais se destacaram:

[...] Profissionais da Saúde e das Ciências; Profissionais Agropecuários, Florestais e de Pesca; Profissionais de Segurança; Trabalhadores de Serviços Culturais, Artísticos e da Comunicação; Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais; Profissionais Técnicos; e Trabalhadores de Serviços de Reparação e Manutenção apresentaram taxas de suicídio superiores à taxa média nacional, em pelo menos um dos anos analisados (Guimarães, 2012, p. 86).

Profissionais da saúde e das ciências destacam-se por apresentarem taxas de suicídio quase duas vezes superiores à média nacional. De acordo com Guimarães (2012), os grupos de profissionais agropecuários, florestais, de pesca e trabalhadores de serviços culturais, artísticos e de comunicação também são identificados como de risco em alguns estudos. Esses grupos são caracterizados por longas jornadas de trabalho e instabilidade profissional. Adicionalmente, entre os trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca, observa-se que parcela significativa possui 60 anos ou mais, destacando-se como o grupo etário com o maior quantitativo de profissionais nessa faixa etária.

No estado do Tocantins, entre 2001 e 2004, Oliveira (2004) identificou que 33% dos óbitos por suicídio ocorreram entre lavradores, que estão incluídos no grande grupo dos trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca. Fraga, Massuquetti e Godoy (2016) destacam que, no estado do Rio Grande do Sul, a maior ocorrência de suicídios está correlacionada com municípios de alta dependência agropecuária, sugerindo que esse fator é determinante. Meneghel *et al.* (2004) corroboram que trabalhadores da agropecuária e da pesca apresentam coeficientes de mortalidade por suicídio mais elevados. No entanto, o estudo de Faria *et al.* (2006), também realizado no Rio Grande do Sul, não encontrou evidências que comprovem a associação entre suicídios e a estrutura agrária ou culturas agrícolas.

Os trabalhadores agropecuários frequentemente têm acesso facilitado a pesticidas e enfrentam condições como escassez de serviços de saúde, ambientes de trabalho precários, desemprego e mecanização, fatores que podem contribuir para a alta taxa de

suicídios (Bombardi, 2011). Embora a presente pesquisa destaque que os grandes grupos ocupacionais com maiores taxas de suicídio possuem geralmente baixo poder aquisitivo, uma correlação direta ainda não foi estabelecida e deve ser aprofundada em estudos futuros.

Em síntese, o suicídio revela uma realidade complexa e preocupante, tanto em âmbito global quanto nacional e local. Apesar da redução nas taxas de mortalidade por causas externas no Brasil ao longo dos anos, o aumento no número absoluto de óbitos destaca a necessidade de políticas públicas mais eficazes e direcionadas. O suicídio, em particular, continua a representar um sério problema de saúde pública, especialmente em regiões e grupos populacionais específicos, como no Sul e no Centro-Oeste e entre comunidades indígenas. As diferenças regionais e os aumentos expressivos, sobretudo em estados como Tocantins e Rio Grande do Sul, demandam uma abordagem multidimensional que contemple aspectos culturais, econômicos e sociais. Além disso, a carga desse fenômeno sobre os sistemas de saúde e a sociedade em geral evidencia a urgência de intervenções preventivas e de estratégias de suporte emocional, ampliando o acesso a cuidados de saúde mental e reduzindo os estigmas associados.

Os homens representam 79% dos óbitos por suicídio, com uma sobre mortalidade masculina de 3,82 vezes em relação ao gênero feminino, tendência semelhante ao cenário nacional. As faixas etárias mais afetadas foram jovens adultos de 20 a 29 anos (24%) e adultos de 30 a 39 anos (22%), refletindo uma predominância de casos entre a população economicamente ativa. O estudo também mostra uma taxa alarmante entre idosos, especialmente os de 70-79 anos, com 128,7 óbitos por 100 mil habitantes.

Quanto à raça/cor, pessoas autodeclaradas pardas predominam (67%), seguidas por brancas (19%) e pretas (9%), com destaque para a população indígena, que apresenta a maior taxa de suicídio no Tocantins, com 251,3 por 100 mil habitantes. Esse índice é superior aos estados do Mato Grosso do Sul e Amazonas, evidenciando uma situação crítica para esse grupo no contexto local.

No que se refere ao estado civil, 54% dos casos de suicídio ocorreram entre solteiros. Em termos de escolaridade, houve alta taxa de registros ignorados (26%), mas a maior parte dos indivíduos completou entre 4 a 7 anos de estudo (23%). Esses dados indicam um impacto social significativo, com necessidade de políticas públicas voltadas para grupos em maior risco, como indígenas, jovens e idosos, além de campanhas de conscientização e apoio psicossocial.

Os dados apresentados sobre suicídios no Tocantins, no período de 2010 a 2019, permitem identificar um padrão epidemiológico semelhante ao do Brasil, com o domicílio como local predominante de ocorrência, principalmente entre homens. O enforcamento aparece como o método mais utilizado, seguido por envenenamento e armas de fogo. Em relação às ocupações, os trabalhadores agropecuários lideram as taxas de suicídio, refletindo uma tendência também observada em outras regiões e países. As especificidades dos métodos e dos locais de ocorrência, bem como o contexto ocupacional dos indivíduos afetados destacam a necessidade de abordagens direcionadas e políticas públicas que contemplem fatores socioeconômicos, culturais e de saúde mental, visando à redução das taxas de suicídio.

5 O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA SOCIOAMBIENTAL

O objetivo é caracterizar o modelo de desenvolvimento do Tocantins, considerando que esse processo tem provocado grandes transformações regionais e, potencialmente, impactado diretamente as famílias, as relações sociais e os modos de produção locais. Segundo a hipótese deste trabalho, tais mudanças podem influenciar os índices de suicídio. Nesse sentido, este capítulo busca relacionar as características socioambientais do estado com a distribuição dos óbitos por suicídio, por meio da análise das condições socioeconômicas e das recentes transformações ocorridas no Tocantins.

Essas mudanças podem impactar negativamente a estabilidade e as referências culturais, incluindo saberes e aspectos relacionados à natureza. Um exemplo são os reassentamentos forçados devido à construção de barragens, as comunidades tradicionais e originárias afetadas pelo avanço do agronegócio, e até mesmo as populações urbanas cujo modo de vida foi alterado pelas mudanças em diversos municípios. Essas transformações socioambientais desencadeiam implicações em cadeia, modificam os hábitos das pessoas e configuram formas de violência tanto materiais quanto simbólicas.

Essa abordagem permitiu uma análise mais categórica dos fatores que influenciam as políticas públicas de saúde. Ao identificar as áreas geográficas e os fenômenos associados, foi possível apontar grupos populacionais com as maiores taxas de suicídio que necessitam de atenção especial na prevenção.

Compreender os aspectos do desenvolvimento pode apoiar a implantação de políticas públicas direcionadas à população, auxiliando no processo de desenvolvimento (Oliveira; Piffer; Strassburg, 2019). Reconhecer as singularidades do território permite integrar fatores sociais, culturais, ambientais, econômicos e políticos. Assim, “o estudo conjunto dos suicídios cometidos em determinada sociedade, durante dada unidade de tempo, tem natureza própria e é eminentemente social” (Gonçalves; Gonçalves; Oliveira Júnior, 2011, p. 286).

No contexto desta pesquisa, a abordagem do ambiente por meio das lógicas de topofilia, topofobia e campesinidade amplia a compreensão do fenômeno estudado. As condições ambientais e de urbanização atuam como fatores de fundo que podem desencadear, reduzir ou amplificar os motivos para o suicídio (Helbich *et al.*, 2017). Embora o papel dos ambientes naturais nesse cenário ainda seja especulativo, há estudos que investigam como a saúde mental é influenciada pelos ambientes naturais (Helbich, 2018). O autor mencionado apresenta uma compreensão fragmentada entre natureza e

sociedade, embora correlacionada. No presente trabalho, adota-se um conceito mais abrangente de ambiente, conforme descrito por Souza (2019a, 2019b).

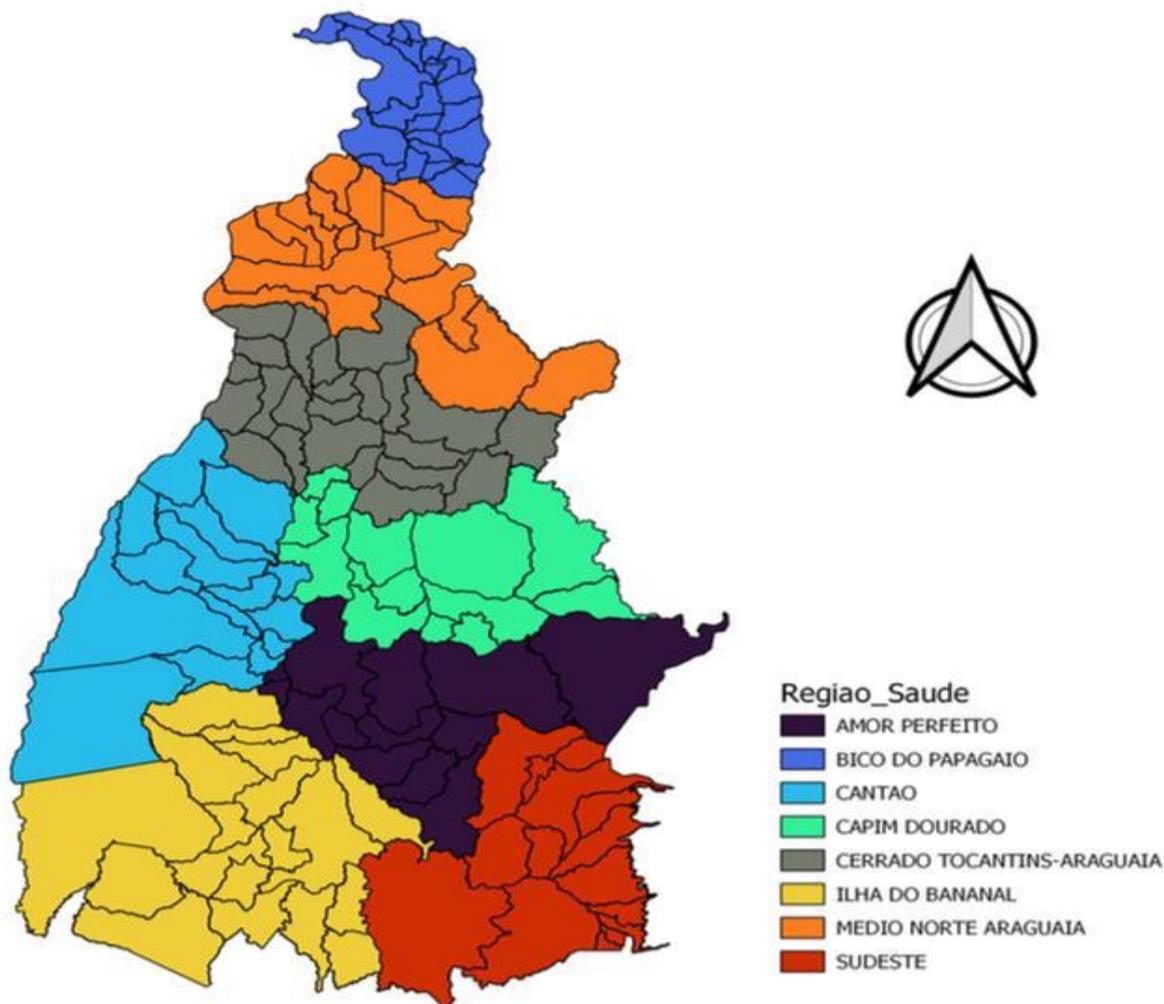
Analisar o tempo e o espaço de um fenômeno contribui significativamente para os estudos epidemiológicos e para a saúde coletiva, incluindo mapeamento de doenças, estudos ecológicos, análise de aglomerados de doenças e avaliação ambiental. Esse tipo de análise é fundamental para o monitoramento e a efetividade das políticas públicas (Bailey, 2001 *apud* Tomasini *et al.*, 2017).

Investigar as dimensões espaço-tempo-sociedade permite identificar como, onde, em que condições e por que causas ocorrem os processos de desenvolvimento humano. Compreender esses processos como resultado da acumulação de forças históricas ao longo do tempo é essencial para a análise de fenômenos epidemiológicos (Barcelos, 1996 *apud* Tomasini *et al.*, 2017).

5.1 Distribuição do suicídio no estado do Tocantins

O estado do Tocantins, situado na região Norte do Brasil, é composto por 139 municípios. Segundo o censo demográfico do IBGE (2022), o Tocantins tem uma população de 1.511.460 habitantes, o que corresponde a 0,74% da população nacional e a 8,71% da população da região Norte. A densidade demográfica é de 5,45 habitantes por km². Em 2010, a população residente era composta por 79% de habitantes urbanos e 21% de habitantes rurais (SEPLAN/TO, 2023).

O estado está subdividido em oito regiões de saúde: Amor Perfeito, Bico do Papagaio, Cantão, Capim Dourado, Cerrado Tocantins Araguaia, Ilha do Bananal, Médio Norte Araguaia e Sudeste. Essas regiões são distribuídas conforme o mapa apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Estado do Tocantins por regiões de saúde

Fonte: Tocantins (2019). Elaborado pela autora (2021).

Os dados do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, com base na estimativa populacional de 2018 fornecida pelo IBGE, descrevem a epidemiologia das regiões de saúde conforme exposto a seguir.

A região de saúde Amor Perfeito possui densidade demográfica de 3 habitantes por km², e sete de seus municípios têm uma população inferior a 5.000 habitantes. Representa 7,12% da população do estado e cobre 13,28% do território tocantinense. Porto Nacional é o município de referência (Tocantins, 2019).

A região de saúde Bico do Papagaio, composta por 24 municípios, tem uma população total de 208.184 habitantes, o que corresponde a 13,39% da população estadual. Limita-se com os estados do Maranhão e Pará e abrange um território de 14.128,796 km². Augustinópolis é o município de referência (Tocantins, 2019).

A região de saúde Cantão apresenta densidade demográfica de 3,09 habitantes por km² e uma população de 128.688 habitantes distribuída em 15 municípios. A região representa 8,27% da população do estado e cobre 14,99% do território tocantinense. Paraíso do Tocantins é o principal centro de referência em saúde, com o Hospital de Referência Estadual, além de contar com os serviços de alta complexidade da capital Palmas (Tocantins, 2019).

A região de saúde Capim Dourado é composta por 14 municípios e ocupa 10,65% do território do estado. Com 23,64% da população e densidade demográfica de 12,43 habitantes por km², a capital Palmas é a referência para a região. Abriga o Hospital Geral de Palmas, o Hospital Infantil de Palmas e o Hospital e Maternidade Dona Regina (Tocantins, 2019).

A região de saúde Cerrado Tocantins-Araguaia abrange 23 municípios, corresponde a 11,90% do território tocantinense e abriga 10,32% da população do estado. A densidade demográfica é de 4,85 habitantes por km². Os hospitais regionais estaduais em Guaraí, Arapoema e Pedro Afonso atendem à população de 160.425 habitantes da região (Tocantins, 2019).

A região de saúde Ilha do Bananal é composta por 18 municípios, Gurupi é a principal referência. A região tem uma população de 183.258 habitantes, ocupa 19,37% do território do estado e representa 11,78% da população total. A densidade populacional é de 3,41 habitantes por km², e 11 municípios têm uma população inferior a 5.000 habitantes (Tocantins, 2019).

A região de saúde Médio Norte Araguaia é formada por 17 municípios, e Araguaína é o principal centro de referência. Abrange 11,61% do território e 19,17% da população do estado, com densidade populacional de 9,24 habitantes por km². Cinco municípios possuem uma população menor que 5.000 habitantes (Tocantins, 2019).

A região de saúde Sudeste, composta por 15 municípios, tem uma população de 98.129 habitantes e representa 6,31% da população total do estado. Ocupa 12,80% do território tocantinense e possui densidade populacional de 2,76 habitantes por km². Limita-se com os estados da Bahia e Goiás, e Dianópolis é o município de referência (Tocantins, 2019).

Na Tabela 4, são expostos os municípios que compõem cada região de saúde.

Tabela 4 – Municípios que integram as regiões de saúde do Tocantins

Amor Perfeito	Sudeste
Brejinho de Nazaré	Almas
Chapada da Natividade	Arraias
Fátima	Aurora do Tocantins
Mateiros	Combinado
Monte do Carmo	Conceição do Tocantins
Natividade	Dianópolis
Oliveira de Fátima	Novo Alegre
Pindorama do Tocantins	Novo Jardim
Ponte Alta do Tocantins	Paranã
Porto Nacional	Ponte Alta do Bom Jesus
Santa Rosa do Tocantins	Porto Alegre do Tocantins
Silvanópolis	Taguatinga
Bico do Papagaio	Taipas do Tocantins
Aguiarnópolis	Médio Norte Araguaia
Ananás	Aragominas
Angico	Araguaína
Araguatins	Babaçulândia
Augustinópolis	Campos Lindos
Axixá do Tocantins	Carmolândia
Buriti do Tocantins	Darcinópolis
Cachoeirinha	Filadélfia
Carrasco Bonito	Goiatins
Esperantina	Muricilândia
Itaguatins	Nova Olinda
Nazaré	Pau D'Arco

Palmeiras do Tocantins	Piraquê
Praia Norte	Santa Fé do Araguaia
Sampaio	Wanderlândia
Santa Terezinha do Tocantins	Xambioá
São Bento do Tocantins	Ilha do Bananal
São Miguel do Tocantins	Aliança do Tocantins
São Sebastião do Tocantins	Alvorada
Sítio Novo do Tocantins	Araguaçu
Tocantinópolis	Cariri do Tocantins
Cantão	Dueré
Abreulândia	Figueirópolis
Araguacema	Formoso do Araguaia
Barrolândia	Gurupi
Caseara	Jaú do Tocantins
Chapada de Areia	Palmeirópolis
Cristalândia	Peixe
Divinópolis do Tocantins	Sandolândia
Dois Irmãos do Tocantins	Santa Rita do Tocantins
Lagoa da Confusão	São Salvador do Tocantins
Marianópolis do Tocantins	São Valério
Monte Santo do Tocantins	Sucupira
Nova Rosalândia	Talismã
Paraíso do Tocantins	Cerrado Tocantins Araguaia
Pium	Arapoema
Pugmil	Bom Jesus do Tocantins
Capim Dourado	Brasilândia do Tocantins

Aparecida do Rio Negro	Centenário
Fortaleza do Tabocão	Colinas do Tocantins
Lagoa do Tocantins	Colmeia
Lajeado	Couto Magalhães
Lizarda	Goianorte
Miracema do Tocantins	Guaraí
Miranorte	Itacajá
Novo Acordo	Itaporã do Tocantins
Palmas	Juarina
Rio dos Bois	Palmeirante
Rio Sono	Pedro Afonso
Santa Tereza do Tocantins	Pequizeiro
Tocantínia	Presidente Kennedy

Fonte: Tocantins (2019). Elaborado pela autora (2021).

As estimativas populacionais anuais para cada região de saúde, referentes ao período de 2010 a 2019, estão detalhadas na Tabela 5.

Tabela 5 – População residente nas regiões de saúde, por ano (2010-2019)

Ano	Amor Perfeito	Bico do Papagaio	Cantão	Capim Dourado	Cerrado Tocantins Araguaia	Ilha do Banana I	Médio Norte Araguaia	Sudeste
2010	103.351	191.116	114.644	301.437	146.273	171.558	262.691	92.383
2011	104.020	192.729	116.073	308.720	147.593	172.588	266.295	92.874
2012	104.660	194.297	117.443	315.621	148.923	173.586	269.814	93.350
2013	108.273	201.544	122.419	333.567	154.655	179.492	281.778	96.436
2014	108.992	203.295	123.946	341.238	156.142	180.609	285.692	96.966
2015	109.690	205.006	125.432	348.719	157.586	181.698	289.511	97.484
2016	110.369	206.667	126.882	356.006	158.997	182.758	293.232	97.991
2017	111.032	208.286	128.292	363.093	160.369	183.790	296.851	98.481

2018	110.751	208.184	128.688	367.642	160.425	183.258	298.152	98.129
2019	111.395	209.796	130.124	375.033	161.802	184.257	301.862	98.597

Fonte: DATASUS (2021). Elaborado pela autora (2021).

Observa-se aumento populacional em todas as regiões de saúde entre 2010 e 2019, com destaque para a região de Capim Dourado, que inclui a capital do estado, Palmas. Capim Dourado é a região com o maior número populacional, seguida pela região Médio Norte Araguaia, que abriga Araguaína, o segundo maior município do estado. A região com a menor população é a Sudeste, seguida por Amor Perfeito.

A Tabela 6 apresenta os óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente (códigos X-60 a X-84) por ano e por regiões de saúde. Em 2011 e 2017, dois registros não preencheram o campo “Local de Residência”, o que impossibilitou a identificação do município e da região de saúde correspondentes. No total, foram registrados 1.023 óbitos por suicídio, distribuídos entre as regiões de saúde.

Tabela 6 – Número absoluto de óbitos por suicídio no estado do Tocantins, de 2010 a 2019, por regiões de saúde

Ano	Amor Perfeito	Bico do Papagaio	Cantão	Capim Dourado	Cerrado Tocantins Araguaia	Ilha do Bananal	Médio Norte Araguaia	Sudeste	Total
2010	7	8	10	19	6	15	14	8	87
2011	10	10	13	15	18	9	8	8	91
2012	9	7	10	16	7	16	20	9	94
2013	12	9	6	15	10	15	12	15	94
2014	9	11	12	16	12	11	7	7	85
2015	7	13	8	19	10	14	20	8	99
2016	4	12	20	21	8	9	16	11	101
2017	7	10	19	22	9	19	21	7	114
2018	11	20	11	30	19	12	17	4	124
2019	13	20	11	27	19	17	16	11	134
Total	89	120	120	200	118	137	151	88	1.023

Fonte: SIM/DATASUS (2021). Elaborado pela autora (2021).

De modo geral, observa-se aumento no número absoluto de óbitos por suicídio ao longo da série histórica, em todas as regiões de saúde, apesar de algumas oscilações em

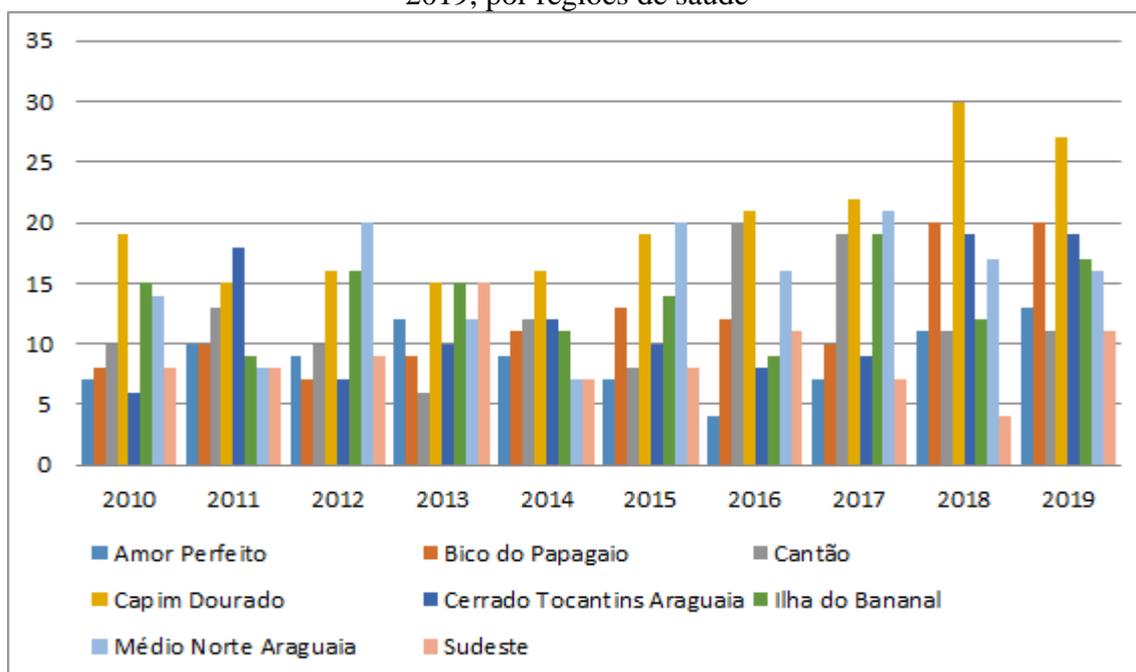
determinados anos (Gráfico 8). Na região de saúde Amor Perfeito, o número de óbitos variou de 4 (mínimo em 2016) a 13 (máximo em 2019), mostrando uma tendência de crescimento. Na região de saúde Bico do Papagaio, os óbitos variaram de 7 (mínimo em 2012) a 20 (máximo em 2019 e 2018), indicando um aumento significativo nos últimos dois anos. Na região de saúde Cantão, a variação foi de 6 (mínimo em 2013) a 20 (máximo em 2016), com uma redução nos anos seguintes. Destaca-se o impacto mais acentuado em 2016 e 2017.

A região de saúde Capim Dourado apresenta os maiores índices absolutos de suicídio no Tocantins, variando de 15 (mínimo em 2011 e 2013) a 30 (máximo em 2018). Observa-se aumento progressivo ao longo dos anos, com destaque significativo em 2018 e 2019. Na região de saúde Cerrado Tocantins-Araguaia, o número de óbitos variou de 6 (mínimo em 2010) a 19 (máximo em 2018 e 2019). O ano de 2011 também chama atenção, com total de 18 óbitos, triplicando o número do ano anterior. Esta região passou por diversas oscilações ao longo da série histórica. Na região de saúde Ilha do Bananal, os óbitos variaram de 9 (mínimo em 2011 e 2016) a 19 (máximo em 2017).

A região de saúde Médio Norte Araguaia registrou de 7 óbitos (mínimo em 2014) a 21 (máximo em 2017). Observa-se aumento significativo nos anos de 2012 e 2015, com 20 óbitos em cada ano, indicando um padrão de aumento a cada dois anos, principalmente em 2012, 2015 e 2017. Na região de saúde Sudeste, os óbitos variaram de 4 (mínimo em 2018) a 15 (máximo em 2013). Destaca-se aumento significativo entre 2018 e 2019, passando de 4 para 11 óbitos.

No total, as regiões com os maiores registros absolutos de óbitos por suicídio são Capim Dourado ($n = 200$) e Médio Norte Araguaia ($n = 151$).

Gráfico 8 – Número absoluto de óbitos por suicídio no estado do Tocantins, de 2010 a 2019, por regiões de saúde



Fonte: SIM/DATASUS (2021). Elaborado pela autora (2021).

Observa-se que, nos anos de 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 e 2019, a região de saúde Capim Dourado apresentou maior quantidade de óbitos por suicídio, com os seguintes números: 19 em 2010, 16 em 2014, 21 em 2016, 22 em 2017, 30 em 2018 e 27 em 2019. A cidade de Palmas foi responsável por uma parte significativa desses óbitos, com as seguintes proporções: 14 óbitos (74%) em 2010; 8 óbitos (50%) em 2014; 12 óbitos (57%) em 2016; 14 óbitos (64%) em 2017; 24 óbitos (80%) em 2018; e 20 óbitos (74%) em 2019.

Em 2011, a região de saúde Cerrado Tocantins-Araguaia registrou a maior quantidade de óbitos por suicídio, totalizando 18. Nessa região, a cidade de Colinas do Tocantins destacou-se com 5 óbitos, representando 28% do total.

Nos anos de 2012 e 2015, a região de saúde Médio Norte Araguaia teve o maior número de óbitos por suicídio, com 20 em ambos os anos. A cidade de Araguaína, localizada nessa região, apresentou a mesma quantidade de óbitos em ambos os anos, totalizando 10 óbitos, o que corresponde a 50% do total registrado.

A Tabela 7 apresenta uma análise detalhada da prevalência dos óbitos no Tocantins.

Tabela 7 – Taxa de óbitos (100.000 habitantes) por suicídio e região de saúde, de 2010 a 2019, no estado do Tocantins

Ano	Amor Perfeito	Bico do Papagaio	Cantão	Capim Dourado	Cerrado Tocantins Araguaia	Ilha do Bananal	Médio Norte Araguaia	Sudeste
2010	6.77	4.19	8.72	6.30	4.10	8.74	5.33	8.66
2011	9.61	5.19	11.20	4.86	12.20	5.21	3.00	8.61
2012	8.60	3.60	8.51	5.07	4.70	9.22	7.41	9.64
2013	11.08	4.47	4.90	4.50	6.47	8.36	4.26	15.55
2014	8.26	5.41	9.68	4.69	7.68	6.10	2.450	7.22
2015	6.38	6.34	6.38	5.45	6.34	7.70	6.91	8.21
2016	3.62	5.81	15.76	5.90	5.03	4.92	5.46	11.23
2017	6.30	4.80	14.81	6.06	5.61	10.34	7.07	7.11
2018	9.93	9.61	8.55	8.16	11.84	6.55	5.702	4.08
2019	11.67	9.53	8.45	7.20	11.74	9.23	5.30	11.16

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na região de saúde Amor Perfeito, as taxas anuais apresentaram oscilações, com variações positivas em relação à média das taxas anuais nos anos de 2010, 2015, 2016 e 2017. Em contraste, as variações foram negativas nos anos de 2011, 2012, 2013, 2014, 2018 e 2019.

Na região de saúde Bico do Papagaio, as taxas anuais mostraram variações positivas em relação à média nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2016 e 2017. As variações foram negativas em 2015, 2018 e 2019.

Na região de saúde Cantão, observaram-se oscilações nas taxas anuais, com variações positivas em relação à média nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014, 2015, 2018 e 2019. As variações foram negativas em 2011, 2016 e 2017.

Na região de saúde Capim Dourado, as taxas anuais variaram positivamente em relação à média nos anos de 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015, enquanto em 2010, 2016, 2017, 2018 e 2019, as variações foram negativas.

Na região de saúde Cerrado Tocantins-Araguaia, as variações foram positivas em relação à média das taxas anuais nos anos de 2010, 2012, 2013, 2015, 2016 e 2017. Em 2011, 2014, 2018 e 2019, as variações foram negativas.

Na região de saúde Ilha do Bananal, as taxas anuais mostraram variações positivas em relação à média nos anos de 2011, 2014, 2016 e 2018. As variações foram negativas em 2010, 2012, 2013, 2015, 2017 e 2019.

Na região de saúde Médio Norte Araguaia, observou-se que as taxas anuais tiveram variações positivas em relação à média nos anos de 2011, 2013, 2014 e 2019. As variações foram negativas em 2010, 2012, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Na região de saúde Sudeste, as taxas anuais apresentaram variações positivas em relação à média nos anos de 2010, 2011, 2014, 2015, 2017 e 2018. Em 2012, 2013, 2016 e 2019, as variações foram negativas.

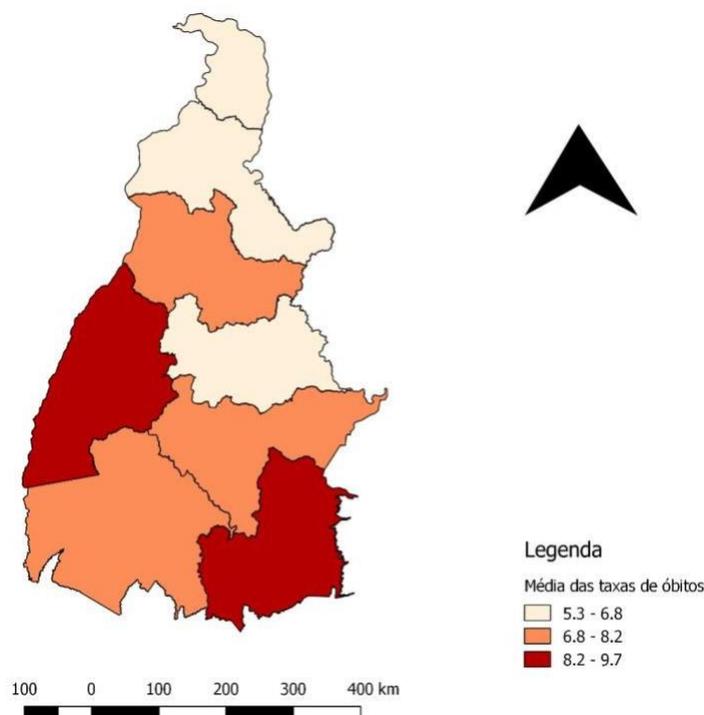
Após uma análise abrangente do período de 2010 a 2019, foi calculada a média cumulativa dos valores anuais. Os resultados subsequentes foram articulados e apresentados em detalhes na Tabela 8.

Tabela 8 – Taxa média total de óbitos por suicídio, na série histórica de 2010-2019, por região de saúde no estado do Tocantins

Tocantins	
Região de saúde	Média das taxas
Cantão	9.72
Sudeste	9.14
Amor Perfeito	8.22
Bico do Papagaio	5.94
Capim Dourado	5.86
Ilha do Bananal	7.64
Cerrado Tocantins Araguaia	7.6
Médio Norte Araguaia	5.3

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 2 – Distribuição espacial das médias totais de óbitos por suicídio nas regiões de saúde do Tocantins, no período de 2010-2019



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A taxa de mortalidade por suicídio ao longo do período analisado está descrita na Tabela 8 e ilustrada na Figura 2. As regiões de saúde com as taxas médias mais elevadas são Cantão (9,72) e Sudeste (9,14). Seguem-se as regiões Amor Perfeito (8,22), Ilha do Bananal (7,64) e Cerrado Tocantins-Araguaia (7,60), com taxas médias intermediárias. As regiões com as taxas mais baixas são Bico do Papagaio (5,94), Capim Dourado (5,86) e Médio Norte Araguaia (5,30). Esses resultados indicam que as regiões com maior população não são necessariamente aquelas com maiores taxas de mortalidade por suicídio.

5.2 Caracterizações do estado do Tocantins

Retomando o processo histórico, a divisão entre o sul e o norte de Goiás remonta ao período colonial e é parte de um esforço histórico por desenvolvimento e autonomia. No século XVIII, a Coroa Portuguesa iniciou o primeiro movimento de divisão, visando à arrecadação tributária da atividade mineradora no norte de Goiás. Esse movimento

gerou insatisfação entre os mineiros e desejo de separação da capitania (SEPLAN/TO, 2023).

Em 18 de março de 1809, o príncipe regente Dom João VI criou a Comarca de São João das Duas Barras e nomeou Joaquim Teotônio Segurado como ouvidor. Segurado, um importante líder na luta pela autonomia do território, chefiou a instalação do Governo Independente do Norte em 14 de setembro de 1821 e presidiu a Junta Provisória até janeiro de 1822 (Cavalvante, 2012).

Durante o período imperial, diversas tentativas foram feitas para criação e autonomia do Tocantins. Em 1822, o deputado José Bernardino de Sena Ribeiro solicitou à Câmara dos Deputados a transformação da Comarca de São João das Duas Barras em província, desmembrada da Província de Goiás. Outro importante apoiador foi o deputado da Província de Goiás, Visconde de Taunay, que, em 1863, propôs a criação da Província da Boa Vista do Tocantins, com capital em Boa Vista (atualmente Tocantinópolis). Mais tarde, em 1880, o militar Augusto Fausto de Sousa sugeriu a divisão territorial do Brasil em 40 províncias, incluindo a do Tocantins ao norte do paralelo 13 (SEPLAN/TO, 2023).

O interesse político em criar o estado surgiu como uma forma de superar o abandono do norte de Goiás. A criação visava ampliar a fronteira agrícola da região, com apoio fiscal do governo federal (Oliveira, 2019). A divisão territorial buscava promover o desenvolvimento econômico e atrair migração e capitais (Oliveira, 2019).

Na década de 1940, o movimento de emancipação do norte de Goiás ganhou força, impulsionado pelo brigadeiro Lysias Augusto Rodrigues, que estabeleceu rotas aéreas pela região e criou o aeroporto de Porto Nacional em 1945. Esse desenvolvimento tornou o município um dos principais centros da região e fomentou a criação do estado, com propostas de capital em Pedro Afonso ou Carolina (SEPLAN/TO, 2023).

A ocupação do norte de Goiás começou no século XVIII devido às minas de ouro, levando ao povoamento e ao desenvolvimento econômico inicial. Contudo, a região logo estagnou, sustentando-se principalmente da pecuária extensiva e da subsistência. No século XIX, as divisões administrativas entre o sul e o norte de Goiás foram fundamentais para criação e emancipação do estado do Tocantins. Mesmo com as medidas administrativas de separação, a situação de miséria e abandono persistiu na população do norte de Goiás.

A partir da década de 1950, o cenário de isolamento do norte goiano começou a mudar. Os subsídios federais possibilitaram a integração da região ao centro dinâmico da

economia brasileira, promovendo a expansão da fronteira agrícola por meio da construção de rodovias (Oliveira, 2019).

Em 1956, Porto Nacional tornou-se o epicentro de novos movimentos políticos e sociais. O Movimento Pró-Criação do Estado do Tocantins e a Comissão de Estruturação Jurídica do Estado do Tocantins (CEJET) foram estabelecidos e liderados pelo juiz Feliciano Machado Braga. Como resultado desses esforços, a deputada estadual Almerinda Arantes apresentou uma emenda à Constituição Estadual para desmembrar a região norte do estado de Goiás e criar o estado de Tocantins (SEPLAN/TO, 2023).

Em 1960, foi fundada a Casa do Estudante do Norte de Goiás (CENOG) pelo padre Ruy Rodrigues da Silva, em Goiânia. A instituição abrigava estudantes e tornou-se uma base de apoio e mobilização em prol da autonomia do Tocantins (SEPLAN/TO, 2023).

Durante a década de 1960, a região norte de Goiás fortaleceu sua produção agropecuária, beneficiada pela conexão com outras regiões do país por meio da rodovia federal BR-153. Esse desenvolvimento resultou em uma significativa transformação nas bases produtivas da região (Nunes, 2015).

Os esforços para a emancipação do Tocantins continuaram ao longo dos anos. Em 1972, o deputado federal José Wilson Siqueira Campos propôs a redivisão da Amazônia e a criação de 12 novos territórios, incluindo o território do Tocantins. No entanto, essa proposta não resultou na criação imediata do estado. Em 1985, foi criada a Comissão de Estudos dos Problemas do Norte Goiano (Conorte), que trouxe a discussão para o cenário nacional. Nesse ano, o projeto de Siqueira Campos para a criação do estado do Tocantins foi aprovado pelo Congresso Nacional, mas vetado pelo então presidente José Sarney (SEPLAN/TO, 2023).

Oliveira (2019) analisa a transição do antigo norte de Goiás para o território do Tocantins e o desenvolvimento regional do estado nas décadas de 1990, 2000 e 2010. O autor mensura e analisa as desigualdades entre os municípios por meio do Índice de Desenvolvimento Regional (IDR) e explora as percepções dos atores-chave sobre a divisão territorial do norte de Goiás e o processo de desenvolvimento do Tocantins. Em sua obra, “Desenvolvimento Regional e Territorial do Tocantins”, apresenta os seguintes pressupostos:

- i) a divisão do estado de Goiás legitimou o projeto de autonomia territorial que, mais do que às manifestações da sociedade local, atendeu aos interesses das elites locais em ampliar o espaço de poder por meio do controle territorial; ii)

o Estado brasileiro exerceu papel fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento nas novas áreas de expansão de fronteiras agrícolas durante as décadas de 1960 e 1970, por meio de estímulos fiscais, financiamentos aos setores produtivos, investimentos em infraestrutura básica, como transportes, cita-se a rodovia Belém-Brasília (BR-153), a BR-010 e BR-266, e armazenagem. No decorrer das décadas de 1990 e 2000, a ação estatal ocorreu por meio de novos investimentos, como ferrovia, hidrelétrica e suporte financeiro à instalação do estado do Tocantins; iii) o novo ente federativo é fruto da expansão, reprodução e acumulação do capital no espaço e no tempo, devido à inserção no mercado nacional e internacional de alguns setores beneficiados pelos investimentos, por exemplo, o agronegócio capitaneado pelo núcleo central do capitalismo nacional, estado de São Paulo; iv) o processo de construção do desenvolvimento regional no Tocantins não é homogêneo no tempo e no espaço; portanto, tem gerado desigualdades sociais e econômicas entre seus municípios (Oliveira, 2019, p. 9-10).

A redivisão territorial foi impulsionada tanto por motivos geopolíticos quanto geoeconômicos. Do ponto de vista geoeconômico, a criação do estado do Tocantins visava promover desenvolvimento social e econômico mais equilibrado, a partir da descentralização de recursos e da ampliação da autonomia na gestão de verbas. Isso possibilitaria geração de empregos e renda, além de fomentar crescimento econômico local. No âmbito geopolítico, a redivisão reflete uma disputa pelo poder, manifestada na capacidade de controlar e expandir territórios, garantindo maior influência e domínio (Oliveira, 2019).

Diversos movimentos políticos fortaleceram o processo de desmembramento do sul de Goiás, com avanços e retrocessos ao longo do caminho. Com a redemocratização do Brasil a partir de 1985, a discussão sobre a redivisão territorial ganhou novo impulso.

A criação do estado do Tocantins foi impulsionada pelo deputado federal Siqueira Campos, que se destacou como um dos principais líderes desse movimento. Entre os marcos importantes desse processo, estão a formação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), em 1987, e a criação do Comitê Pró-Tocantins, vinculado à Subcomissão de Estados da ANC. O projeto de criação do Tocantins foi aprovado pela ANC e sancionado em 1º de setembro de 1988, com Siqueira Campos desempenhando um papel essencial como representante da elite política da época (Santos; Pereira, 2023).

Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil estabeleceu o novo estado, formalizando sua integração ao território nacional:

Art.13. É criado o Estado do Tocantins, pelo desmembramento da área descrita neste artigo, dando-se sua instalação no quadragésimo sexto dia após a eleição prevista no §3º, mas não antes de 1º de janeiro de 1989.

§ 1º- O Estado do Tocantins integra a Região Norte e limita-se com os Estado de Goiás pelas divisas norte dos Municípios de São Miguel do Araguaia, Porangatu, Formoso Minaçu, Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Campos

Belos, conservando a leste, norte e oeste as divisas atuais de Goiás com os Estados da Bahia, Piauí, Maranhão, Pará e Mato Grosso.

§ 2º - O Poder Executivo designará uma das cidades do Estado para sua Capital provisória até a aprovação da sede definitiva do governo pela Assembleia Constituinte.

§ 3º - O Governador, o Vice-Governador, os Senadores, os Deputados Federais e os Deputados Estaduais serão eleitos, em um único turno, até setenta e cinco dias após à promulgação da Constituição, mas não antes de 15 de novembro de 1988 [...]

§ 7º - Fica o Estado de Goiás liberado dos débitos e encargos decorrentes de empreendimentos no território do novo Estado, e autorizada a União, a seu critério a assumir os referidos débitos (Brasil, 2003, p. 146-147).

O estado do Tocantins foi oficialmente instalado em 1º de janeiro de 1989, e sua primeira capital provisória foi Miracema do Tocantins. Em 1º de janeiro de 1990, a capital foi transferida para Palmas, um município planejado especificamente para essa função (IBGE, 2010). Palmas experimentou um notável crescimento populacional entre 1991 e 2000, com aumento de 464% e taxas anuais de crescimento de 21,2%. Em 2010, a população de Palmas atingiu 228.332 habitantes, representando crescimento de 66% com taxas anuais de 5% (IBGE, 2010).

No início, o estado possuía 60 municípios, majoritariamente situados às margens do rio Tocantins. O desenvolvimento político do estado permitiu que áreas de aglomeração se tornassem municípios, apesar de algumas ainda apresentarem infraestrutura insuficiente para serem plenamente classificadas como cidades. Em 1991, o número de municípios no estado era 71 e, em 2000, subiu para 139. De acordo com o levantamento do IBGE de 1991 a 2010, 64 desses municípios ainda tinham populações de até 5 mil habitantes.

Os municípios com populações acima de 20 mil habitantes estão predominantemente localizados ao longo da rodovia BR-153, com a exceção de Palmas. Esta cidade, projetada e construída em uma localização estratégica ao longo do rio Tocantins, mas ligeiramente afastada da BR-153, destaca-se como a maior cidade e a capital do estado. Conforme o censo demográfico de 2010, apenas Palmas e Araguaína possuem populações superiores a 100 mil habitantes (Oliveira, 2019).

5.2.1 Características geográficas

A área do território do Tocantins possui 277.466,763 km² e compreende 45,245% da região Norte e 3,26% do território nacional (IBGE, 2022). Geograficamente, o estado faz fronteira com Maranhão, Goiás, Piauí, Bahia, Pará e Mato Grosso (IBGE, 2022).

De acordo com o censo de 2022 do IBGE, Tocantins tem uma população de 1.511.459 habitantes e densidade demográfica de 5,45 hab/km². O estado é composto por 139 municípios. Os mais populosos são: Palmas (capital), Araguaína, Gurupi, Porto Nacional e Paraíso do Tocantins (SEPLAN/TO, 2023).

As condições climáticas do Tocantins são classificadas como do tipo Aw, indicativo de clima de savana, devido ao fato de a temperatura média durante o mês mais frio ultrapassar 18° C, em conjunto com a ocorrência de precipitação durante os meses de verão (Roldão; Ferreira, 2019).

O clima predominante é o Tropical Típico, caracterizado por altas temperaturas durante todo o ano e duas estações distintas: um verão chuvoso (outubro a abril) e um inverno seco (maio a setembro). A paisagem é diversificada, com as regiões oeste e noroeste recebendo maiores volumes de chuva devido ao bioma Amazônico, enquanto as regiões sul e leste têm menor pluviosidade e apresentam transição do Cerrado para a Caatinga (SEPLAN/TO, 2023).

É reconhecido que o estado do Tocantins apresenta um padrão de precipitação muito semelhante ao observado na região central do Brasil, caracterizado por estações secas e chuvosas distintas. O território do Tocantins experimenta níveis médios anuais de precipitação que variam de 1.250 a 2.050 mm. Uma parte significativa do estado recebe valores médios anuais de precipitação entre 1.650 e 1.850 mm. Por outro lado, as regiões centro-leste e sudeste do Estado são caracterizadas por valores de precipitação que caem abaixo de 1.650 mm. Há uma alternância entre seis meses de chuva e seis meses de seca. As chuvas concentram-se nos meses de novembro a abril, somando 1.404 mm em média, o equivalente a 85% das chuvas anuais. O mês de janeiro evidencia-se com a maior média pluviométrica do estado (265,0 mm) (Roldão; Ferreira, 2019).

O estado apresenta uma temperatura média do ar de 24,9°C. Os meses caracterizados pelas temperaturas mais altas são agosto, setembro e outubro, apresentando valores médios respectivos de 26,6°C, 27,7°C e 26,4°C. Por outro lado, os meses com as temperaturas mais baixas registradas são janeiro (23,9°C), fevereiro (23,9°C) e março (24°C). É observável que o Estado experimenta uma flutuação mínima de temperatura. Além disso, é evidente que a temperatura média no estado aumenta na trajetória sul-norte (Roldão; Ferreira, 2019).

O estado é coberto por duas importantes bacias hidrográficas: a leste, a do Rio Tocantins, composta por 14 sub-bacias, que abrangem 62,3% do território; e a oeste, a do Rio Araguaia, com 16 sub-bacias, que cobrem 37,7% do território. Tocantins está

inteiramente localizado na Região Hidrográfica Tocantins/Araguaia (RHTA). Esse recurso hídrico é vantajoso para expansão da fronteira agrícola irrigada, produção de energia hidroelétrica e turismo (SEPLAN/TO, 2023).

A bacia hidrográfica predominante no Brasil está situada no estado e é identificada como a bacia do rio Tocantins-Araguaia, abrangendo uma extensão superior a 800.000 km². O principal rio que contribui para sua formação é o Tocantins, que nasce no estado de Goiás, ao norte de Brasília. Entre os importantes afluentes da bacia do Tocantins-Araguaia, destacam-se os rios Sono, Palma e Manuel Alves, todos posicionados na margem direita do rio Araguaia (Nascimento, 2019).

O relevo do estado é variado, apresenta colinas, serras, planaltos, planícies e chapadões. Os aspectos geológicos e geomorfológicos são agrupados em quatro ambientes: embasamentos em estilos complexos (centro-sul), faixas orogênicas (oeste, porções do sul e sudeste), bacias sedimentares e coberturas inconsolidadas (oriente) e depósitos sedimentares inconsolidados (sudoeste). A altitude varia, geralmente aumentando de oeste para leste e de norte para sul (SEPLAN/TO, 2023).

Segundo Nascimento (2019), o relevo é caracterizado por depressões em grande parte do território, composto por planaltos a sul e nordeste e por planícies na região central.

A combinação de um relevo pouco acidentado e o clima quente, que alterna períodos de estiagem e chuvas intensas, favoreceu a formação de solos intemperizados de textura arenosa e areno-argilosa. Esses solos apresentam alta concentração de ferro e outros minerais, que refletem a composição do embasamento geológico rico em ferro e alumínio (SEPLAN/TO, 2023, p. 20).

Os solos no estado incluem Plintossolos (oeste, na bacia do Rio Araguaia), Latossolos (centro, sudoeste e extremo norte), Argissolos (noroeste e centro-sul) e Neossolos (centro-leste, na bacia do Rio Tocantins). A vegetação é composta por ecossistemas de dois biomas: o Cerrado, que cobre 87,8% do território, e a Amazônia, que cobre 12,2% do território (SEPLAN/TO, 2023).

5.2.2 Fatores socioambientais

Compreende-se, neste tópico, que os fatores socioambientais englobam as variáveis sociais, culturais, ambientais, econômicas e políticas do estado do Tocantins. No início da formação do estado, a realidade socioeconômica era marcada pela pobreza, refletida nos seguintes indicadores:

[...] 70% dos domicílios utilizavam poço ou nascente e 27% usavam fossa rudimentar. O atendimento de rede de água encanada atingia apenas 9% das casas e apenas 15% delas tinham energia elétrica. A taxa de mortalidade infantil era alta, cerca de 35% para cada mil nascidos vivos. 51% da população de cinco anos ou mais não sabia ler nem escrever. A rede de assistência médico-hospitalar era deficitária tanto na zona rural quanto na urbana; a população apresentava quadro de subnutrição e doenças endêmicas, como a malária e a hanseníase (IPEADATA, 2010 *apud* Oliveira, 2019, p. 105-106).

Na série histórica de 1970 a 2010, a população urbana no Tocantins aumentou de 21% para 79%, enquanto a população rural diminuiu de 79% para 21% (SEPLAN/TO, 2023). Essa inversão populacional reflete uma migração significativa da população rural para as áreas urbanas ao longo desse período. A economia predominante no estado recém-criado era baseada na agricultura, com foco no cultivo de arroz, milho e mandioca, a pecuária era a principal atividade econômica.

Com o aumento do número de novos municípios, houve redistribuição de poder entre os políticos do território. No entanto, isso não trouxe benefícios diretos à população. Muitos desses novos municípios apresentam baixa arrecadação de impostos e infraestrutura precária em todos os setores públicos, resultando em uma economia pouco dinâmica, conforme os indicadores econômicos e sociais. A maioria dos municípios de pequeno porte depende do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) devido à baixa arrecadação e à limitada atividade produtiva (Oliveira, 2019).

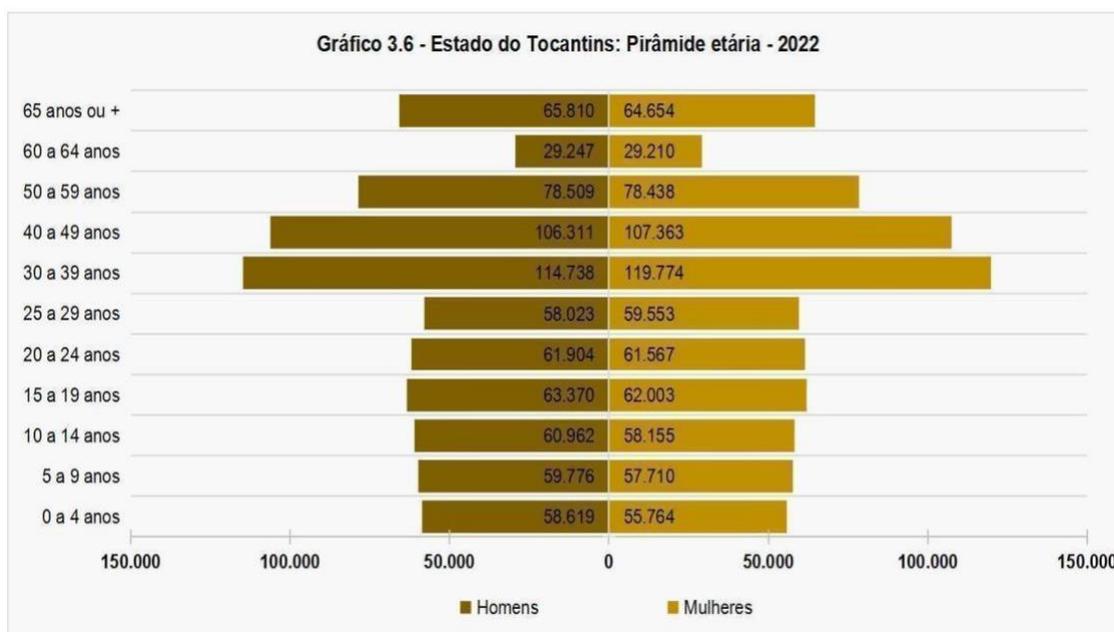
O crescimento econômico e a urbanização do Tocantins intensificaram-se após a primeira década do século XXI. Entre 1990 e 2010, a taxa de urbanização aumentou de 58% para 79% (Oliveira, 2019). A população do estado cresceu em média 22,5% de 2000 a 2010. O Tocantins também apresentou crescimento significativo do PIB no mesmo período, foi o estado que mais cresceu em termos relativos (74,2%). O emprego formal aumentou mais de 142% de 2000 a 2013. O setor produtivo do estado tem se expandido, o que pode levar a uma posição relevante no cenário nacional futuramente. No entanto, tanto o Tocantins quanto sua capital, Palmas, ainda enfrentam grandes desigualdades sociais e econômicas (Oliveira; Piffer; Strassburg, 2019).

O crescimento populacional foi expressivo em todo o estado, especialmente em Palmas, devido à centralidade exercida pela capital, que atraiu um grande número de pessoas. “No período de 1991 a 2010, a população total do Tocantins cresceu 66%, esse crescimento foi decorrente, em parte, da criação de Palmas e do intenso fluxo de imigrantes para o estado” (Oliveira, 2019, p. 111). Assim, a capital do estado é

considerada a base econômica para o desenvolvimento regional do Tocantins (Oliveira, 2019).

O censo demográfico do IBGE de 2022 indica que 50,1% da população tocantinense é do sexo masculino e 49,9% do sexo feminino. A partir do mesmo censo, a distribuição por faixa etária é apresentada no Gráfico 9.

Gráfico 9 – Pirâmide etária por sexo, estado do Tocantins, em 2022



Fonte: IBGE (2022). Elaboração: SEPLAN/TO (2023, p. 26).

No estado do Tocantins, a distribuição populacional por faixa etária, de acordo com o censo de 2022, é a seguinte: 114.383 habitantes de 0 a 4 anos; 117.486 de 5 a 9 anos; 119.117 de 10 a 14 anos; 125.373 de 15 a 19 anos; 241.047 de 20 a 29 anos; 234.512 de 30 a 39 anos; 213.674 de 40 a 49 anos; 156.947 de 50 a 59 anos; 58.547 de 60 a 64 anos; e 130.464 de 65 anos ou mais. Observa-se aumento significativo na população idosa, de 65 anos ou mais, que passou de 80.646 habitantes, em 2010, para 130.464, em 2022 (SEPLAN/TO, 2023).

Entre 1990 e 2000, o estado do Tocantins apresentou uma evolução nas variáveis sociais e econômicas. A densidade demográfica passou de 3,3 habitantes por km², em 1991, para 5 habitantes por km², em 2010, ainda abaixo da média nacional de 22,4 habitantes por km² (Oliveira, 2019), indicando que há muitos espaços ainda não ocupados.

Para tanto, o desenvolvimento econômico ocorre na dependência da presença de uma expansão econômica sustentada que supera o crescimento demográfico, acarretando

transformações estruturais e avanços nas métricas econômicas, sociais e ambientais de uma população específica (Souza, 2011).

O consumo de energia elétrica aumentou concomitantemente com a população, passando de 92.239 MWh, em 1991, para 298.031 MWh, em 2000, e 520.227 MWh, em 2010, refletindo melhora na renda da população e mais uso de eletrodomésticos (Oliveira, 2019).

O estado possui grande potencial hidrelétrico nas bacias Tocantins-Araguaia, com várias usinas hidrelétricas (UHE) e pequenas centrais hidrelétricas (PCH), o que possibilita a exportação de energia para outros estados (Oliveira, 2019).

Ao examinar as disputas predominantes em relação à acessibilidade à água, fica evidente que tais conflitos se estendem muito além do mero estabelecimento de usinas hidrelétricas, pois representam uma questão social que se exacerbou em regiões em expansão da fronteira agrícola, uma vez que o agronegócio constitui um dos consumidores mais significativos de recursos hídricos (Reinaldo, 2023).

Conforme Reinaldo (2023), é imperativo realizar uma reflexão geográfica sobre o discurso desenvolvimentista empregado pelos capitalistas e pelo estado na construção de usinas hidrelétricas. Esse discurso é frequentemente perpetuado pela classe trabalhadora. As perguntas pertinentes são: para quem esse desenvolvimento se destina? Quais implicações a frase “progresso e desenvolvimento” tem para as comunidades locais que habitaram o território por várias gerações?

A média de anos de estudo aumentou de 2,58 anos, em 1990, para 5 anos, em 2010, embora ainda abaixo da média nacional de 7,7 anos. Esse aumento está relacionado aos maiores investimentos em educação e cultura, que passaram de 197 mil reais, em 1990, para 136 milhões, em 2000, e 590 milhões, em 2010 (Oliveira, 2019).

O acesso à água encanada aumentou de 28,97%, em 1990, para 94%, em 2010, e a coleta de lixo passou de 35% para 94% no mesmo período. Também houve aumento significativo nos investimentos em saúde e saneamento (Oliveira, 2019). Entretanto, o número de leitos hospitalares diminuiu de 2.918, em 1990, para 2.697, em 2010, enquanto o número de médicos por mil habitantes aumentou de 0,42 (386 médicos), em 1990, para 1,28 (1.771 médicos), em 2010, ainda insuficiente para atender a demanda, especialmente nos pequenos municípios, concentrando-se na capital (IPEADATA, 2010).

A obra “Indicadores Socioeconômicos do Tocantins 2023” da SEPLAN/TO (2023) atualizou os dados sobre leitos hospitalares, indicando aumento discreto no SUS, de 2.343 leitos, em 2018, para 2.382 leitos, em 2022, e crescimento mais expressivo na

rede privada, de 546 leitos, em 2018, para 722 leitos, em 2022, totalizando 3.104 leitos no estado em 2022. O número de profissionais de saúde também cresceu, com 34.024 profissionais, em 2022, incluindo 2.820 médicos (SEPLAN/TO, 2023). Os profissionais listados do total são: médico, odontólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico e psicólogo (SEPLAN/TO, 2023).

Em relação à pobreza, em 1990, 60% da população do Tocantins era considerada pobre, reduzindo para 45%, em 2000, e 22,5%, em 2010. Essa redução está relacionada aos programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, que teve aumento de 40% nos repasses entre 2004 e 2010. A microrregião do Bico do Papagaio, por exemplo, viu um aumento de 190% nos repasses do programa (IPEADATA, 2010).

Para enfrentar a pobreza extrema, o governo do Tocantins lançou, em 2012, o plano “Tocantins sem Miséria”, com o objetivo de aumentar a renda *per capita* e garantir acesso aos serviços públicos de Assistência Social (Tocantins, 2012 *apud* Oliveira, 2019).

As regiões que apresentam as taxas de pobreza mais elevadas no estado são justamente aquelas dotadas de maior potencial agrícola; em outros termos, esses são os municípios caracterizados pelos maiores níveis de produção, predominantemente destinados à exportação, como a soja, particularmente na microrregião do Jalapão. Após o ano de 2010, houve um declínio acentuado nessas taxas, atribuível principalmente às iniciativas governamentais de transferência de renda destinadas a aliviar a pobreza em todo o país (Nunes, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) serve como uma justaposição crítica ao PIB ou PIB *per capita*, pois fornece uma estrutura para avaliar o avanço de uma nação, região ou estado por meio das lentes de três dimensões essenciais: longevidade, nível educacional e níveis de renda (Nunes, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado passou de 0,369, em 1991, para 0,525, em 2000, 0,699, em 2010, 0,755, em 2020, e 0,731, em 2021, indicando melhora significativa nas condições de vida (SEPLAN/TO, 2023). Logo, o aumento dos índices de educação e longevidade contribuiu para o aumento do IDH, além de programas sociais do estado, que promovem uma melhor distribuição de renda as populações mais pobres (Nunes, 2015).

No âmbito econômico, o estado do Tocantins apresentou uma evolução notável entre 1990 e 2010, ocupando a 24ª posição entre os estados do Brasil em 2010, com participação de 0,4% no PIB nacional. Essa evolução é particularmente significativa

quando comparada ao período em que o território fazia parte do norte de Goiás (Oliveira, 2019).

Em 1980, o PIB do norte de Goiás correspondia a apenas 3,7% da participação em relação do PIB do sul de Goiás. Em 1990, já constituído o estado do Tocantins, essa participação subiu para 15,6% e aumentou para 17,66% em 2010 (IPEADATA, 2010), o que demonstra crescimento econômico do Tocantins. Em 1990, o PIB do Tocantins era de 1,9 bilhões de reais; em 2000, passou para 3,6 bilhões em valores correntes, correspondendo à taxa geométrica de crescimento anual de 6,34%. Em 2010, esse montante passa para 17,2 bilhões (...) De acordo com os dados do IBGE (2010), o Tocantins foi o estado brasileiro que apresentou maior evolução no PIB. Mesmo com baixa participação na economia nacional, o estado registrou taxa de crescimento anual de 14,2% em 2010. Além disso, a taxa de crescimento do PIB acumulado nos últimos oito anos, até 2010, foi o dobro da média nacional. O Brasil cresceu 37%, a região Norte 53%, e o Tocantins obteve taxa de crescimento de 74% (IPEADATA, 2010 *apud* Oliveira, 2019, p.115-116).

Mesmo com uma participação ainda baixa na economia nacional, a taxa anual de crescimento do Tocantins, em 2010, foi de 12,2%. Além disso, a taxa de crescimento do PIB acumulado até 2010, considerando os oito anos anteriores, foi o dobro da média nacional, evidenciando crescimento econômico significativo no estado (Oliveira, 2019).

Na Tabela 9, são apresentados os dados do PIB do Tocantins no período de 2017 a 2021.

Tabela 9 – Brasil, região Norte e estado do Tocantins: Produto Interno Bruto – PIB (R\$ 1.000.000) – 2017 a 2021

Componentes	2017	2018	2019	2020	2021
PIB do Brasil	6.585.479	7.004.141	7.389.131	7.609.597	9.012.142
PIB da região Norte	367.956	387.535	420.424	478.173	564.064
PIB do Tocantins	34.108	35.666	39.356	43.650	51.781
Ranking do TO no Brasil	24°	24°	24°	24°	24°
Ranking do TO na região Norte	4°	4°	4°	4°	4°
Participação TO no Brasil	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%
Participação TO na região Norte	9,3%	9,2%	9,4%	9,1%	9,2%

Fonte: IBGE em parceria com Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus. Elaboração: SEPLAN/TO (2023).

A taxa real de crescimento do PIB do Tocantins variou nos últimos anos: em 2017, foi de 3,1%, diminuiu para 2,1% em 2018, subiu para 5,2% em 2019, teve uma queda para -2,9% em 2020 e cresceu significativamente em 2021, alcançando 9,2%. No PIB *per*

capita, em reais, o Tocantins ocupa a 12ª posição entre os estados brasileiros e a 5ª na região Norte (SEPLAN/TO, 2023).

Conforme elucidada Nunes (2015), o Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Tocantins, quando considerado em termos absolutos, ocupa o quarto lugar mais alto da região Norte ao longo de vários anos; no entanto, o estado demonstra um desempenho econômico relativamente dinâmico em relação ao seu tamanho demográfico, conforme evidenciado pelo PIB *per capita*, que posiciona o estado na quarta posição entre os sete estados que compõem a região Norte.

O crescimento econômico atrai a atenção de investidores nacionais e internacionais, favorecido pela fundação da ferrovia Norte-Sul e pelo grande número de rodovias asfaltadas. Outros fatores que contribuem para esse crescimento é a disponibilidade de energia e água (Oliveira, 2019).

Com a economia aquecida, novos postos de trabalho foram criados. Em 2000, havia 106.040 empregos formais e, em 2010, esse número aumentou para 238.955 empregos formais. Em 2000, 50% desses empregos eram na administração pública, enquanto, em 2010, 47% dos empregos estavam nesse setor, indicando que o setor público continua sendo o maior empregador nas esferas federal, estadual e municipal. Essa pequena redução na proporção de empregos na administração pública entre 2000 e 2010 pode ser explicada pela expansão de outros setores, como comércio, serviços, indústria de transformação⁸ e construção civil. Dessa forma, o desafio para o estado é tornar-se menos dependente da administração pública em nível estadual e municipal (Oliveira, 2019).

Os setores de atividade econômica do Tocantins se distribuem conforme sua participação, como demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 – Evolução do emprego formal por setores de atividades do Tocantins entre 2000 e 2010

Setores de atividades do Tocantins	2000	Part. %	2010	Part. %
Extrativista mineral	363	0,34	1.004	0,42
Indústria de transformação	5.196	4,90	14.607	6,11

⁸ A indústria de transformação é o tipo de indústria que transforma matéria-prima em um produto final ou intermediário para outra indústria de transformação. Como exemplo, temos as refinarias de petróleo, que usam o petróleo como matéria-prima; o petróleo pode ser transformado em produtos finais, como, por exemplo, óleo diesel e gasolina; também pode ser transformado em produtos intermediários, como, por exemplo, nafta, utilizada pela indústria petroquímica em diversos outros produtos, como os plásticos.

Serviços industriais de utilidade pública	1.584.	1,49	2.876	1,20
Construção civil	9.642.	9,09	13.741	5,75
Comércio	14.770	13,93	40.246	16,84
Serviços	15.552	14,67	39.148	16,38
Administração pública	53.583	50,53	112.649	47,14
Agropecuária	5.350	5,05	14.684	6,15

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (2000, 2010). Elaborado por Oliveira (2019, p. 117-118).

Como apresentado na Tabela 10, a administração pública possui a maior participação nos empregos formais, seguida pelos setores de comércio e serviços, que somados representavam 33,8% em 2010. A indústria de transformação e a construção civil quase triplicaram a quantidade de empregos entre 2000 e 2010. O setor industrial apresentou o maior crescimento, representando 25,4% do PIB em 2010, com destaque para a indústria de transformação e a construção civil, além de ser positivamente impactado pela agropecuária, base econômica do Tocantins.

No que tange às pessoas de 14 anos ou mais de idade, em 2022, a população ocupada era de 736 mil, a população ocupada informalmente era de 318 mil, e a população desocupada era de 50 mil (SEPLAN/TO, 2023). Percebe-se um cenário favorável no mercado de trabalho, com baixo quantitativo de pessoas desocupadas. O número de pessoas desempregadas diminuiu de 2018 a 2022. A Tabela 11 apresenta a atividade econômica no estado do Tocantins no período de 2017 a 2021.

Tabela 11 – Estado do Tocantins: estoque de emprego formal, por atividades econômicas – 2017 a 2021

Atividades econômicas	2017	2018	2019	2020	2021
Administração pública, educação, saúde e serviços sociais	138.598	138.568	130.950	122.519	138.151
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	48.871	49.609	50.387	50.143	55.152
Informação financeira e outras atividades profissionais	20.620	21.742	22.235	21.869	25.037
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	20.623	21.418	22.209	22.901	24.550
Indústria de transformação	15.234	14.938	15.139	15.117	16.212

Construção	12.489	10.515	7.508	9.745	10.332
Transporte, armazenagem e correio	7.770	8.075	8.772	8.930	9.353
Alojamento e alimentação	6.705	7.096	7.553	6.721	7.167
Indústria extrativista, eletricidade e gás e água e esgoto	4.620	4.781	4.355	4.468	5.358
Outros serviços	5.920	6.322	4.915	4.471	4.708
Serviços domésticos	24	19	13	11	13

Fonte: TEM, RAIS – Relação Anual de Informações Sociais. Elaboração: SEPLAN/TO (2023).

Conforme os dados coletados pela SEPLAN/TO, atualmente, a atividade econômica que mais emprega é o da administração pública, educação, saúde e serviços sociais, mesmo com discreta diminuição na série histórica.

O estado possui uma média de 100 indústrias de médio e grande porte. O setor secundário da economia representa pouco menos de 25% do total do PIB do estado. 30% das indústrias estão localizadas em Palmas e 14% em Araguaína (FIETO, 2010 *apud* Oliveira, 2019). O estado possui 11 distritos industriais, destes, quatro são projetos estaduais nas cidades de Palmas, Araguaína, Gurupi, Porto Nacional, Colinas do Tocantins e Paraíso do Tocantins. Os distritos industriais são outorgados às empresas que buscam localização estratégica para impulsionar a produção.

“Incentivos fiscais para o agronegócio, mão de obra e potencial logístico são fatores importantes para a atração de novas empresas para o Tocantins” (Oliveira, 2019, p. 119), assim como o programa Microempreendedor Individual (MEI) e o empresário individual. As micro e pequenas empresas são as que mais empregam (SEBRAE, 2015 *apud* Oliveira, 2019).

A pronunciada concentração do Produto Interno Bruto (PIB) agrícola é evidente em municípios caracterizados por níveis elevados de produção agrícola, particularmente notada na produção de arroz irrigado na região da reserva ambiental da Ilha do Bananal (localizada na parte sudoeste do estado), especificamente nos municípios de Lagoa da Confusão, Formoso do Araguaia e Pium. A região do Jalapão também exibe uma concentração significativa do PIB, particularmente nos municípios de Goiatins, Campos Lindos e Mateiros (situados no setor nordeste do estado), atribuível à produção de soja, que é o principal grão destinado à exportação. Na região sudeste do estado, a concentração do PIB é acentuada nos municípios de Arraias, Taguatinga e Dianópolis, que também se

beneficiam da produção de soja e cana-de-açúcar. Além disso, uma concentração perceptível é observável em municípios situados ao longo da rodovia, o que serve como um reflexo da substancial produção agrícola do estado (Nunes, 2015).

A exportação de soja e milho, em 2010, foi de 23% do PIB. O comércio varejista cresceu 65% entre 2005 e 2010, que sugere forte urbanização da população no estado, que chegou aproximadamente 80%. O comércio atacadista também vem aumentando, devido aos incentivos fiscais ofertados pelo governo estadual (Oliveira, 2019b).

As variáveis do indicador social no estado passaram por ascensão em 2010. Os municípios polos aumentaram de seis, em 2000, para nove, em 2010. Os municípios intermediários foram de 33, em 2000, para 78, em 2010. Os municípios retardatários somavam 100, em 2000, e reduziram para 52, em 2010. A dinâmica de crescimento e desenvolvimento acontece ao longo do trecho da rodovia Belém-Brasília, mesmo que não caiba a todos os municípios alojados ao redor da rodovia. Dessa forma, a BR-153 é um corredor de desenvolvimento social e econômico (Oliveira, 2019).

Atualmente, vários municípios estão situados próximos à rodovia ao longo de toda a sua trajetória das regiões norte a sul do Tocantins. Há trinta municípios em toda a rodovia Belém-Brasília, que estabelece um corredor para o desenvolvimento regional em seu entorno. Consequentemente, fica evidente como o Tocantins obteve benefícios substanciais com a construção dessa rodovia, à medida que vários novos municípios surgiram e os pré-existentes experimentaram uma expansão considerável. A rodovia efetivamente engendrou um espaço de desenvolvimento regional, funcionando como um eixo de desenvolvimento que atraiu indivíduos e empresas. Um aspecto importante é que a rodovia atravessa a região central do estado, facilitando assim o processo de urbanização nas direções leste e oeste. Dessa forma, o eixo econômico e demográfico, historicamente representado pelo rio Tocantins, foi redirecionado para a rodovia (Santos e Pereira, 2023).

Historicamente, a rodovia BR-153 desempenhou e continua a desempenhar um papel fundamental no processo de urbanização regional, na proliferação de capital na região Norte e na geopolítica estratégica do Estado brasileiro, particularmente durante a era da governança militar. Em desenvolvimentos mais recentes, surgiu a Ferrovia Norte-Sul, focada principalmente no transporte de mercadorias, portanto, sua capacidade operacional é predominantemente econômica, atendendo até mesmo aos interesses de certas empresas multinacionais (Santos e Pereira, 2023).

A classificação dos indicadores sociais e econômicos ocorreu da seguinte forma: “os municípios polos de base econômica são os que apresentam o indicador de 1,00 a 0,1;

os intermediários de 0,09 a 0,05 e os retardatários abaixo de 0,05” (Oliveira, 2019, p. 120). São variáveis dos indicadores sociais: população urbana; população rural; consumo de energia elétrica residencial; média de ano de estudos; médicos por mil habitantes; água encanada; coleta de lixo; leitos hospitalares; saneamento e saúde; pessoas pobres; educação e cultura. São variáveis dos indicadores econômicos: PIB municipal; Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS); Fundo de Transferência Municipal (FPM); Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA); energia setorial; e emprego formal.

Segundo o estudo de Oliveira (2019), o indicador econômico, por sua vez, representa a dinamicidade dos municípios do estado do Tocantins. Em 2010, o estado se destacou no aumento do PIB em relação aos demais estados brasileiros. Em 2000 e 2010, continuaram apenas três municípios polos, conforme o indicador econômico: Palmas, Araguaína e Gurupi. O indicador, em 2010, de Palmas foi de 0,60; em Araguaína, 0,231; e, em Gurupi, 0,137. Reconhecidos como municípios intermediários em 2010, apenas, Paraíso do Tocantins (0,074), Porto Nacional (0,065) e Miracema do Tocantins (0,060). O quantitativo de municípios retardatários, em 2010, totalizou 133, ou seja, 96% do total dos municípios. Isso representa vulnerabilidade nas variáveis econômicas, embora, melhoria nas variáveis sociais.

Por fim, Oliveira (2019) também apresentou os resultados do Índice de Desenvolvimento Regional (IDR), construído a partir dos indicadores sociais e econômicos, sobretudo o econômico. O IDR representa o grau de desenvolvimento dos municípios tocaninenses.

A partir de 2010 verificou-se melhora sensível do IDR; os municípios polos passaram a ser 16, os intermediários passaram de 34 em 2000 para 82 em 2010, correspondendo a 59% do total do estado. O grande avanço foi nos municípios retardatários, passaram de 90 em 2000 para 41 em 2010, isto é, 49 municípios passaram da condição de retardatários para intermediários. A participação percentual dos municípios retardatários que em 2000 era de 65% caiu para 29% (Oliveira, 2019, p. 143).

É válido acrescentar que não seria possível o Tocantins apresentar melhores indicadores sociais e econômicos, considerando a recente emancipação do estado, em 1989. Então, foi a partir da década de 2000 que começou a se estruturar e fortalecer economicamente. A melhora advém da diminuição da taxa de pessoas pobres, aumento de investimento em educação, cultura, saúde e saneamento, aumento de urbanização,

melhorias no abastecimento de água encanada e na coleta de lixo, assim como avanço na média de anos de estudo. A melhora do IDR, no território do Tocantins, esteve mais influenciada pelos indicadores sociais do que os econômicos, com destaque na produção de grãos, principalmente a soja (Oliveira, 2019).

A prática agrária do cultivo de soja no estado começou após a inauguração da rodovia Belém-Brasília, principalmente a partir da década de 1980. Após essa conjuntura, desenvolvimentos de infraestrutura foram realizados e surgiu uma iniciativa pronunciada para fragmentar os municípios. Consequentemente, esse fenômeno resultou em uma redistribuição das atividades agrícolas em relação ao meio rodoviário, pois, a partir de 1980, alguns municípios, situados a uma distância considerável das proximidades da rodovia, testemunharam um aumento notável na produção e no crescimento demográfico. (Nunes, 2015).

Apesar das melhorias dos indicadores sociais e econômicos no estado do Tocantins, o processo de transformação gerou despovoamento de alguns municípios e crescimento concentrado nos municípios vizinhos, piorando os problemas de pobreza nessas regiões. Municípios com grandes populações rurais tendem a ter menor dinamismo e progresso social limitado, dificultando a implementação de políticas públicas eficazes destinadas a melhorar os padrões de vida, criar oportunidades de emprego e incentivar a migração entre jovens e adultos.

Assim, pode-se inferir que a progressão do Tocantins, que é principalmente voltada para a agricultura, gera uma concentração de riqueza que resulta em disparidade de renda. Além disso, um alto nível de technicalização agrícola não se traduz inerentemente em melhores padrões de vida para a população em geral, mas beneficia alguns poucos que possuem controle sobre a terra e os recursos do agronegócio. Embora os avanços recentes no alívio da pobreza sejam dignos de nota, é improvável que sejam sustentados a longo prazo sem a intervenção governamental, já que a estrutura de exclusão permaneceu praticamente inalterada ao longo dos anos 2000 (Nunes, 2015).

Uma parcela significativa dos residentes rurais do Tocantins depende da agricultura de autossustento, com o mínimo de agregação de valor, inviabilizando a busca por uma estratégia de desenvolvimento integrada e sustentável. Logo, a dinâmica do desenvolvimento regional no Tocantins não é uniforme, possui significativas disparidades econômicas e sociais em todos os municípios, com exceção de Palmas, Araguaína e Gurupi. Ou seja, os indicadores representam uma característica generalizante, porém, cada município possui características únicas, que abrangem normas sociais,

comportamentos, tradições e costumes profundamente enraizados nas experiências das comunidades locais (Oliveira, 2019).

Em conclusão, os eixos de desenvolvimento no Tocantins têm impulsionado o povoamento e a urbanização da região, mas sua importância está fundamentalmente atrelada aos interesses do capitalismo e da expansão mercantilista. Estruturas como a BR-153 e a Ferrovia Norte-Sul refletem um modelo de desenvolvimento que prioriza a geopolítica e a economia de exportação, beneficiando, sobretudo, grandes empresas e multinacionais. Esse processo de expansão e infraestrutura reforça a lógica de exploração e pouco contribui para o desenvolvimento socioeconômico regional, demonstrando que, apesar do progresso aparente, há uma limitação nos benefícios para a população local.

5.3 Caracterização do município de Taipas do Tocantins

O município de Taipas do Tocantins, campo de pesquisa deste estudo, destaca-se pela alta taxa de óbitos por suicídio. Nesse sentido, é necessário analisar as peculiaridades que envolvem valores sociais, comportamentos, hábitos e costumes cristalizados na vivência territorial e como isso se relaciona ou não com a ocorrência do suicídio.

A história do município remonta a uma fazenda com algumas casas de palha e, por isso, nomeada “Taipas” por um viajante que atravessou essas terras rumo à Bahia. A fazenda pertencia a emigrantes portugueses, representados pelo coronel Joaquim Francisco de Azevedo, nascido em 1847 e falecido na cidade em 1916. Posteriormente, seu filho José Francisco de Azevedo assumiu a liderança da fazenda junto com seus filhos, aumentando a população local. O município também era conhecido, na época, como Princesinha do Sertão (Taipas/TO, 2024).

Taipas tornou-se distrito conforme o Decreto-Lei Estadual nº 8.305, de 31 de dezembro de 1943, comandado pelo município de Dianópolis. Posteriormente, deixou de ser distrito de Dianópolis e passou a pertencer ao município de Conceição do Norte, conforme a Lei Estadual nº 4.486, de 7 de agosto de 1963. Finalmente, Taipas foi reconhecido como município e nomeado Taipas do Tocantins pela Lei Estadual nº 251, de 20 de fevereiro de 1991, com seus limites alterados pela Lei Estadual nº 498, de 21 de dezembro de 1992, separando-se do município de Conceição do Norte (Cidades/IBGE, 2024).

Os indicadores sociais e econômicos divulgados pelo IBGE retratam a condição do município. Ele possui uma área de 1.105,303 km² e uma população de 2.021 pessoas,

conforme o censo de 2022. De acordo com o censo de 2010, 52% da população é do sexo masculino e 48% do sexo feminino. Além disso, 80% da população reside na zona urbana e 20% na zona rural. Em relação à autodeclaração de raça/cor, 80,7% se declararam pardos, seguidos por 8,9% brancos, 8,3% pretos, 1,7% amarelos e 0,1% indígenas (IBGE, 2010).

Sobre a religião, 76,1% da população declarou ser católica apostólica romana, 14,9% evangélica, 6,6% não possuem religião, 1,8% declararam outras religiosidades cristãs, 0,3% é espírita e 0,1% pertence a religiões não determinadas ou possui múltiplo pertencimento (IBGE, 2010).

De acordo com o IBGE, o salário médio mensal dos trabalhadores formais taipenses, em 2022, era de 1,4 salários-mínimos. O percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até 1/2 salário-mínimo, no ano de 2010, registrou ser a condição de 47,4 % das pessoas residentes (Cidades/IBGE, 2024).

A taxa de ocupação da população foi registrada com apenas 11,36%, ou seja, em número absoluto, apenas 242 pessoas ocupadas formalmente no município (Cidades/IBGE, 2024).

A taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos de idade era de 94,2% em 2010. A área urbanizada é de 0,75 km² (dados de 2019) e 66% dos domicílios possuem esgoto sanitário (dados de 2010), ocupando o quarto lugar entre os municípios do estado. O bioma característico é o Cerrado (Cidades/IBGE, 2024).

Dos indicadores sociais, a SEPLAN (2015) evidencia o estado de pobreza da população municipal, conforme Tabela 12.

Tabela 12 – Famílias com rendimento mensal familiar até 1/4 do salário-mínimo (pobreza extrema), até meio salário mínimo (pobreza absoluta) e até 1 salário mínimo (pobreza) – 1991, 2000 e 2010

Situação das famílias	1991	2000	2010 ¹
Total de famílias	-	396	529
Em condição de pobreza extrema (%) ²	-	27,78	31,19
Em condição de pobreza absoluta (%) ²	-	45,71	60,68
Em condição de pobreza (%) ²	-	83,33	87,52

Fonte: IBGE (2000, 2010). Elaboração: Secretaria do Planejamento e Orçamento (2015, p. 19). Nota: (1) Resultados preliminares do universo do censo demográfico 2010. Inclusive os domicílios sem declaração de rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* e com rendimento mensal domiciliar *per capita* somente em benefícios. (2) As porcentagens apresentadas nas tabelas são acumulativas.

A condição de pobreza da população pode ter mudado na atualidade; no entanto, com base nos últimos dados mensurados e publicados sobre os indicadores socioeconômicos municipais (SEPLAN, 2015), grande parte da população de Taipas do Tocantins vive em condição de pobreza e de pobreza absoluta. Contudo, o percentual de pessoas pobres no estado, tendo sido reduzido a partir dos anos 2000 (IPEA, 2012).

Não há dados publicados sobre a condição de saúde da população. Há apenas um estabelecimento de saúde pública, de baixa complexidade, que é uma Unidade Básica de Saúde. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 35,71 para 1.000 nascidos vivos (Cidades/IBGE, 2024).

Não há atividades turísticas comerciais, mas é possível realizar atividades esportivas, como trilha, rapel, entre outras, na Serra Testa Branca. As festas populares incluem aniversário da cidade, festa do Divino Pai Eterno (padroeiro), festa junina e festa de Nossa Senhora do Rosário (Taipas/TO, 2024).

O município localiza-se na região sudeste do estado, composta por 20 municípios, sendo o único polo da região o município de Dianópolis. As principais atividades econômicas dessa região são: serviços, comércio, construção civil, criação de gado e cultivo de mandioca, soja e milho (Oliveira, 2019). Ademais, a região sudeste, como apresenta Alves (2009), é reconhecida como um sertão profundo:

O *Duro*⁹ e suas adjacências são consideradas pela literatura e pela historiografia regional como *sertão profundo*, como um lugar de difícil acesso, oculto, transporte e comunicação precários, escassa população, lugar privilegiado para fugitivos, cenários de violências e de relações sociais tradicionais (Alves, 2009, p. 7, grifo da autora).

Após a separação do estado de Goiás, Tocantins enfrentou a necessidade urgente de estabelecer uma nova narrativa histórica, pois as normas sociais associadas aos “costumes tradicionais” tornaram-se incompatíveis. Essa transição fomentou novos arranjos simbólicos e espaciais, juntamente com delineamentos revisados de fronteiras (Alves, 2009).

Conforme assinalado anteriormente, Tocantins experimenta uma ascensão dos indicadores econômicos e sociais, bem como no índice de desenvolvimento regional. No

⁹ Duro refere-se ao município de Dianópolis - TO, que possuía esse nome até o ano de 1938, mas que ainda é utilizado na cidade (Alves, 2009).

entanto, grandes desigualdades sociais e pobreza ainda persistem, especialmente na região sudeste.

Ademais, Bico do Papagaio, Jalapão e sudeste do Tocantins estão excluídos desse processo de desenvolvimento. Ainda não encontraram força motriz (política, capacidade institucional, governança, mão de obra qualificada) para atrair indústrias tradicionais e não tradicionais, pois não conseguem aumentar sua participação na geração de valor adicionado, empregos e tributos. Como consequência, ocorre um processo de esvaziamento dessas localidades, marcado pela forte mobilidade dos fatores de produção em direção à região central do estado (Palmas, Porto Nacional, Paraíso do Tocantins e Miracema do Tocantins), para as regiões de Araguaína e Gurupi e demais municípios localizados às margens da rodovia Belém-Brasília. Na concepção de Perroux (1997), a BR-153 corresponde a um corredor que une dois polos: Araguaína e Colinas – Paraíso do Tocantins e Gurupi; todos conectados a Palmas (Oliveira, 2019, p. 156).

O escoamento populacional de alguns municípios ocorre pelo crescimento ajustado nos municípios-polo de base econômica, aumentando, conseqüentemente, o problema de pobreza nos municípios excluídos do processo de desenvolvimento. Segundo a pesquisa de Oliveira (2019), esses municípios com pouca dinamicidade são chamados de retardatários, à luz do desenvolvimento regional. Além disso, é perceptível uma expressão maior da população residente na zona rural.

Logo, Taipas do Tocantins é considerado um município de base econômica retardatária, incapaz de atrair investimentos e pessoas. A base econômica tem pouca capacidade produtiva e gera poucos empregos, situando-se na linha de sobrevivência. Basicamente, a força motriz é apenas o setor de serviços e a administração pública. Por não haver emprego e renda suficientes, a população urbana e rural migra para municípios mais prósperos. Outro fator característico dos municípios retardatários é a debilidade em infraestrutura, afetando o acesso a serviços e bens, como também o processo de compra e venda de mercadorias (Oliveira, 2019).

Taipas do Tocantins ocupa a 4.123ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 4.122 (74,07%) municípios estão em situação melhor e 1.443 (25,93%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 139 outros municípios de Tocantins, Taipas do Tocantins ocupa a 112ª posição, sendo que 111 (79,86%) municípios estão em situação melhor e 28 (20,14%) municípios estão em situação pior ou igual (SEPLAN/TO, 2015).

No tocante à infraestrutura, podemos relacioná-la diretamente com o processo de desenvolvimento regional. A presença de malha rodoviária asfaltada tende a promover desenvolvimento, enquanto sua ausência muitas vezes é indicativa de pobreza. Como

observado por Oliveira (2019, p. 127-128), “pode-se inferir que social e economicamente a BR-153 se configura como um corredor de desenvolvimento”. No entanto, é importante notar que essa relação não se aplica uniformemente a todos os municípios.

A BR-153 gerou um corredor de desenvolvimento econômico cortando o estado do Tocantins longitudinalmente, de norte a sul, e estimulou uma estrutura produtiva diversificada de investimento, negócios e agroindústrias de transformação concentrada em Palmas, Araguaína e Gurupi. Isso implicou isolamento de muitos municípios que estão fora desse corredor ou de corredores menores (estradas estaduais), dado que não conseguem inserir-se nessa matriz de transporte pelo abandono e pobreza em que se encontram; constituem o “corredor da miséria” (Oliveira, 2019, p. 193).

Devido à sua base econômica retardatária, Taipas do Tocantins pode ver seus problemas sociais agravados. A alta taxa de analfabetismo dificulta a capacidade de mudança social e econômica, enquanto a escolarização fortalece o capital social e aperfeiçoa o sistema de governança (Oliveira, 2019).

O PIB do município, medido em milhões de reais, foi classificado entre os cinco piores do estado no período de 2016 a 2020 (Oliveira, 2019). Em 2021, o PIB *per capita* era de R\$ 16.145,79, posicionando Taipas do Tocantins em 111º lugar entre os 139 municípios do estado e em 3.597º lugar entre os 5.570 municípios do Brasil (Cidades/IBGE, 2024).

A agropecuária é uma atividade importante no estado do Tocantins, e os dados do censo agropecuário de 2017 para Taipas do Tocantins indicam que os estabelecimentos agropecuários ocupam 60.828 hectares. Destes, 49.547 hectares pertencem a produtores individuais. A terra é majoritariamente utilizada para lavoura e pastagem, com 425 lavouras permanentes e 313 lavouras temporárias, além de 14.802 hectares de pastagens naturais, 12.696 hectares de pastagens plantadas em boas condições e 2.204 hectares de pastagens plantadas em más condições. No total, há 98 estabelecimentos agropecuários, empregando 353 pessoas, das quais 251 possuem laços de parentesco e 102 não possuem tais laços (Cidades/IBGE, 2024).

Considerando os indicadores sociais, econômicos e ambientais de Taipas do Tocantins, torna-se necessário investir em projetos econômicos e sociais para desenvolver um planejamento estratégico sustentável. Especialmente para municípios com uma base retardatária, é importante implementar uma matriz institucional e de governança robusta (Oliveira, 2019).

5.4 Topofilia - modos de vida

Os modos de vida da população local sofreram grandes mudanças ao longo da história. Quando a região ainda pertencia ao norte de Goiás, a população vivia em isolamento territorial, pobreza e condições de vida precárias. Com a expansão da fronteira agrícola, impulsionada pela implantação da BR-153 e pelos incentivos fiscais federais, os modos de vida da população começaram a mudar. É importante ressaltar que, no Brasil, esse movimento ocorreu tardiamente e de maneira descontínua e marginal. O Tocantins ainda possui uma diversidade populacional e cultural significativa, incluindo habitantes indígenas e quilombolas.

Um dos projetos mais significativos no norte de Goiás para a expansão agrícola foi o Projeto Rio Formoso, localizado na bacia do Médio-Araguaia, às margens do rio Formoso, um afluente oriental do rio Javaé. Esse projeto possibilitou a modernização do cultivo de arroz no território, mas trouxe grandes impactos ambientais e sociais, como “diminuição da diversidade biológica, mudanças climáticas, degradação dos recursos naturais e deterioração da qualidade de vida das populações tradicionais” (Oliveira, 2019, p. 89). Além disso, houve desapropriação de terras para construção do projeto, desmatamento e construção de barragens.

Com o Projeto Rio Formoso e o Programa Nacional do Alcool (Proálcool), a produção de arroz, cana-de-açúcar, milho, mandioca e feijão ganhou destaque. A soja só se destacou como um dos cinco principais produtos a partir de 1985. Nesse contexto, houve acesso a políticas de povoamento e expansão da fronteira nas terras do norte goiano, especialmente nos vales Araguaia-Tocantins e no extremo norte, devido aos solos mais férteis. Em contraste, as regiões mineiras do norte de Goiás voltaram-se para a agricultura de subsistência, com menor investimento em capital social (Oliveira, 2019).

O que se verificou em todo o território norte goiano foi a apropriação de grandes glebas de terras, a preços baixos e de maneira indiscriminada, por grupos do sul de Goiás e de outros estados, o que aumentou a violência e as lutas entre posseiros e grileiros pelo domínio da terra. Isso ocorreu no extremo norte de Goiás, mais especificamente na região do Bico do Papagaio, marcada por confrontos entre pecuaristas capitalizados e uma maioria de pequenos agricultores estabelecidos com suas roças destinadas ao autoconsumo e à fraca comercialização. Esses conflitos tiveram como gênese o processo de ocupação; o primeiro, espontâneo, quando agricultores nordestinos que, fugindo da seca e da grilagem em seus estados, estabeleceram um sistema de roça de toco na região; o segundo, estimulado pelo Estado, baseado na integração vertical, no mercado nacional e de exportação, cujos principais atores eram os grandes agropecuaristas do Centro-Sul do país (Oliveira, 2019, p. 91).

A expansão da fronteira agrícola capitalista impactou significativamente a população indígena no território do Tocantins, gerando conflitos pela expropriação dos nativos e pela reterritorialização de áreas. Isso afetou povos como os Apinajés, Pankararu, Karajás, Krahô e Xerente, distribuídos em diversas localidades (Oliveira, 2019). Áreas de terra que antes estavam desabitadas sofreram mudanças em sua organização produtiva, levando a alterações na composição da força de trabalho e à incorporação de inovações externas à região. As práticas agrícolas tradicionais, como o extrativismo vegetal e os sistemas comunitários de pecuária, foram gradualmente eliminadas pela influência das forças capitalistas nas áreas rurais. Essa transformação foi marcada pela crescente privatização da terra, com estabelecimento de grandes empresas rurais e adoção do trabalho assalariado em lugar dos arranjos trabalhistas tradicionais (Ajara *et al.*, 1991).

A expansão da fronteira agrícola capitalista também impactou a população indígena no território do Tocantins, gerou conflitos pela expropriação dos nativos e reterritorialização de áreas. Esse processo afetou povos como os Apinajés, Pankararú, Karajás, Krahô e Xerente, distribuídos em diversas localidades (Oliveira, 2019).

Para analisar os modos de vida da população do Tocantins, e mais especificamente da população de Taipas do Tocantins, recorreremos aos conceitos de topofilia, topofobia e campesinato, que evidenciam as relações ambientais e humanas. Topofilia é um conceito criado pelo geógrafo Yi-Fu Tuan em 1974, que busca compreender a relação afetiva entre as pessoas e o ambiente físico. Segundo Tuan (1980, p. 5), “*Topofilia* é o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico. Difuso como conceito, mas vívido e concreto como experiência pessoal [...]” (grifo do autor). Tuan estrutura essa conexão a partir da percepção do ambiente, seguida por atitudes, valores e visão do mundo.

Apropriando-se dos conceitos apresentados por Tuan (1980), a percepção engloba a reação dos órgãos sensoriais aos estímulos do ambiente externo e às ações intencionais, durante as quais eventos específicos são percebidos de forma distinta, enquanto outros podem se tornar menos proeminentes ou passar despercebidos. A atitude representa principalmente uma perspectiva cultural, uma postura adotada diante da sociedade. As atitudes envolvem experiência. Já a visão de mundo trata-se da experiência como propriamente ela é reconhecida. A visão de mundo é em alguma medida de ordem pessoal, mas principalmente de ordem social, formada por atitudes e crenças estruturadas.

A topofilia representa um campo de estudo interdisciplinar que envolve não apenas a percepção do ambiente, mas também as relações emocionais, espirituais e cognitivas entre o ser humano e o lugar. Logo, a topofilia permite compreender a

percepção ambiental como um fator influenciador da vida humana. Numerosos estudos demonstraram que ligações positivas com locais podem melhorar o desenvolvimento humano e o bem-estar, bem como o comportamento, o desempenho nas atividades e o desenvolvimento de competências (Duarte *et al.*, 2021).

Os exemplos mais comuns de transformações nas paisagens, nos lugares e nos modos de vida no Tocantins incluem instalação de hidrelétricas e expansão do agronegócio sobre o Cerrado. Esses processos resultam em mudanças profundas no território estadual, frequentemente associadas a injustiças socioambientais e ao sofrimento das populações afetadas.

Dessa relação com o ambiente (topofilia), a justiça ambiental envolve a distribuição equitativa dos benefícios e riscos ambientais, garantindo que comunidades vulneráveis tenham acesso a um meio ambiente saudável e sustentável. A relação entre topofilia e justiça ambiental surge na forma como o apego ao território influencia a luta por direitos ambientais. Comunidades que possuem um forte senso de pertencimento ao seu espaço tendem a se mobilizar mais ativamente contra injustiças, como desmatamento, poluição e remoções forçadas. Esse vínculo emocional com o lugar impulsiona movimentos sociais em defesa da terra, da moradia e da preservação ambiental.

Na Psicologia, esses temas se conectam em diversos aspectos e contribuem na investigação de como a relação afetiva com o ambiente influencia comportamentos de preservação e resistência; na análise do modo que as populações marginalizadas enfrentam desigualdades ambientais e desenvolvem estratégias de enfrentamento; e na consideração de que a destruição do ambiente pode causar sofrimento psicológico, enquanto a conexão com o território promove bem-estar e identidade. Assim, ao considerar topofilia e justiça ambiental na Psicologia, é possível compreender como os laços emocionais com o ambiente impactam o comportamento humano e a luta por direitos socioambientais.

Advindo do campo da interdisciplinaridade, a Psicologia é uma das ciências que desempenha um papel fundamental no estudo da topofilia, de modo que também se debruça na relação entre as pessoas e o ambiente. Lopes (2023), a partir da Psicologia Socioespacial, analisa a interação entre a Geografia psicológica (orientação Geopsicológica) e a Psicologia geográfica (orientação Psicogeográfica), juntamente com a importância da neurociência na compreensão da relação entre espaço e psique. A Geografia psicológica explora a visão do espaço na psique, enquanto a Psicologia geográfica considera a psique em relação ao espaço.

A Psicologia socioespacial busca compreender a relação entre a psique e o espaço, considerando tanto a influência do ambiente social e físico na formação da psique quanto a influência da psique na transformação dos lugares. Portanto, o espaço e o ambiente operam sobre as sociedades e os sujeitos que os produziram, construíram e organizaram, influenciam a formação da psique e a existência geográfica e são fundamentais para a compreensão da psique socioespacial.

Retomando o fenômeno estudado na presente pesquisa, a análise do suicídio à luz da topofilia pode ser realizada considerando a influência do ambiente físico e social na saúde mental e no bem-estar das pessoas. A topofilia, que se refere ao apego afetivo entre pessoas e ambiente, pode ser aplicada para compreender como a conexão com determinados lugares pode influenciar o estado emocional e psicológico das pessoas. Da mesma forma, a falta de conexão com o ambiente natural ou urbano pode contribuir para sentimentos de isolamento, desesperança e desamparo, fatores que podem estar associados ao risco de suicídio. Conseqüentemente, a análise da topofilia pode fornecer *insights* sobre como promover ambientes mais acolhedores, seguros e significativos, que possam contribuir para a prevenção do suicídio, considerando a importância da conexão emocional e afetiva das pessoas com o lugar em que vivem.

Na perspectiva da Psicologia socioespacial, essa análise pode envolver a investigação dos fatores espaciais que podem influenciar o comportamento suicida, como acessibilidade a meios letais, presença de barreiras físicas ou sociais que dificultam a busca de ajuda e qualidade do ambiente urbano ou rural em relação ao suporte social e emocional disponível. Além disso, pode contribuir para compreender como emoções, memórias e percepções individuais do espaço podem influenciar o estado emocional de uma pessoa e sua vulnerabilidade ao suicídio. Por exemplo, a relação entre topofilia (sentido fílico¹⁰) e topofobia (sentido fóbico¹¹) pode ser explorada para entender como a conexão emocional com um ambiente ou a falta dela podem impactar a saúde mental.

A topofilia e a topofobia desvelam tanto processos poéticos quanto patológicos, sendo bases fenomênicas para a psique-socioespacial de atentos críticos à constituição geoexistencial: de cada um, à sua maneira, existindo e experienciando o complexo (ou, às vezes, simples) sentido do viver (Lopes, 2023, p. 226).

¹⁰ Segundo Lopes (2023, p. 216), “afere-se, assim, à lugaridade em sentidos fílicos e fóbicos como compenetração específica ao choque do espaço psicológico para com a psicologia do espaço”. O sentido fílico, apresentado por Lopes (2023), está sustentado pela *afinidade* por determinado sentido ou percepção.

¹¹ “Aos sentidos da topofobia, percebe-se a coligação com o espaço físico em suas características cuja psique defronta-as de modo *aversivo*, isto é, em um sentimento de afastamento que empurra de si o lugar aberto defronte a si mesmo” (Lopes, 2013, p. 219, grifo da autora).

Portanto, os sentimentos de filia e fobia em relação ao espaço geográfico podem refletir conflitos e interações complexas entre indivíduos e seus ambientes. “Dessa forma, imbrica-se um processo de aproximação (topofilia) ou de afastamento (topofobia) de objetividade subjetiva e de subjetividade objetiva para com os lugares” (Lopes, 2023, p. 220).

A complexidade da ideia de topofilia nos aproxima do conceito de campesinato. A convergência do campesinato e da topofilia ocorre por meio de uma relação intrínseca e emocional do espaço rural e da terra. É reconhecido por ambos os pontos de vista que o meio ambiente desempenha papel crucial na formação da identidade e na promoção de profundo apego a um determinado local. Essas conexões servem para melhorar a relação entre os indivíduos e a terra, facilitando a compreensão mais abrangente e coesa da interação entre cultura, identidade e meio ambiente. Ou seja, o campesinato geralmente envolve a forte conexão com a terra e o meio ambiente, promovendo sensação de topofilia ou apego emocional a um lugar.

A campesinidade é “uma qualidade presente em maior ou menor grau em distintos grupos específicos” (Woortmann, 1990, p. 13), como “uma forma de perceber as relações dos homens entre si e com as coisas, notadamente, a terra” (Woortmann, 1990, p. 11). Nesse ínterim, a campesinidade foi elucidada na presente pesquisa, considerando que é uma qualidade verificada na pesquisa de campo – em Taipas do Tocantins –, assim como pode trazer aproximações ao se analisar o fenômeno do suicídio dos povos indígenas do Tocantins, prevalente na região de saúde Sudeste do estado. Logo, “são sujeitos-objetos distintos de uma mesma história” (Woortmann, 1990, p. 19), a história de transformação no estado do Tocantins.

Pode-se ousar relacionar a campesinidade como um modo de vida muito presente na população do estado do Tocantins, mais evidente em algumas cidades do estado, como já dito anteriormente, no município de Taipas do Tocantins, assim como semelhante aos modos de vida dos povos originários no estado. Ambos os modos de vida destacados vivenciam processos de grandes transformações ao longo da história. As transformações estão vinculadas à proletarização, à economia de mercado, mas igualmente a valores e subjetividades (Woortmann, 1990).

Woortmann (1990), em sua obra “Com parente não se neguceia: o campesinato como ordem moral”, propõe que o campesinato deve ser analisado sob a perspectiva de uma ética camponesa, ou seja, como uma ordem moral, em vez de ser compreendido

unicamente pela lógica econômica. Ele critica a visão do camponês restrita à lógica de produção capitalista. A obra, baseada em um estudo etnográfico sobre o campesinato brasileiro, revisita diversos estudos realizados no Brasil, além de incorporar pesquisas do próprio Woortmann sobre grupos coletivamente localizados.

Nessa obra, Woortmann (1990) reconhece a importância das categorias nucleares na cultura camponesa, como trabalho, família e terra, que se relacionam estreitamente com valores e princípios organizatórios centrais, como honra e hierarquia. Ele contrasta essas características comuns às comunidades camponesas com a separação das categorias nas sociedades modernas, onde a terra, a família e o trabalho são concebidos de forma individualizada e pela lógica do capital. Woortmann destaca a interdependência das categorias culturais e os valores subjacentes que moldam a vida camponesa, evidenciando como essas relações intrínsecas são fundamentais para a estrutura social e econômica dessas comunidades.

Temos, então, no primeiro caso, um modelo relacional e, no segundo, um modelo individual, tanto no plano das categorias, como no plano das relações sociais e das pessoas: estas são, nas sociedades camponesas, seres relacionais constituídos pela totalidade e, nas sociedades modernas, seres individuais constituintes da totalidade, vista esta como agregado de indivíduos “em contrato” (Woortmann, 1990, p. 23-24).

Como ilustração, há o município de Taipas do Tocantins, originário de uma grande fazenda, anteriormente pertencente à região norte do Goiás, e como apresenta Woortmann (1990, p. 36), “a fazenda pode ser também um território de parentesco e de reciprocidade”.

Naquela fazenda goiana, mostra a autora, a troca restaura, simbolicamente, um tempo mitificado e procura trazer para dentro desse tempo os “tempos modernos”, o “tempo de transformação”, expressão local de uma “grande transformação” que aqueles protagonistas tentam domesticar. A troca entre os homens é a continuidade da troca com a natureza, pois é a troca de alimentos (que resultam da troca com a terra) e de trabalho (que constrói a terra e produz os alimentos). O espaço camponês, é, portanto, um espaço moral (Woortmann, 1990, p. 38).

No Ocidente, a partir do século XVIII, estabeleceu-se uma nova estrutura cosmológica, que segmentava o mundo natural e personalizava as construções sociais – em contraste com o ambiente interconectado frequentemente associado ao campesinato (Woortmann, 1990). A grande transformação se dá “[...] quando a sociedade é

transformada em economia e o contrato social substituído por um novo estado de natureza” (Woortmann, 1990, p. 21-22).

Conforme Woortmann (1990), na campesinidade, a relação entre os homens e a relação do homem com a terra se dá pela reciprocidade. Porém, as novas construções sociais outorgam uma relação deletéria da terra e dos homens, “É o tempo da ambição [...]. Com a modernização, a terra, a comida, os corpos das pessoas e o corpo social se tornam fracos” (Woortmann, 1990, p. 45). Assim, também é a transformação da fazenda, que segue uma ordem econômica e da modernidade.

Nesse sentido, o modo de vida camponês é visível no Tocantins, sendo distinta em sua agricultura familiar, economia de subsistência, cultura e tradição, sustentabilidade e desafios de modernização. Embora sua cultura e economia estejam comprometidas com a pressão e as transformações pela sociedade moderna, as comunidades camponesas mantêm um papel importante na economia do estado e contribuem para a resiliência e a diversidade cultural do Tocantins.

As mudanças no estado do Tocantins, provocadas pela modernização, pela urbanização e pela globalização, têm um impacto significativo nas estruturas sociais tradicionais e nas relações de parentesco. A análise dessas mudanças revela um processo complexo de adaptação e resistência, em que valores e práticas tradicionais coexistem e se transformam em resposta às novas realidades sociais, culturais e forma como elas são modificadas em uma sociedade em constante transformação.

Nesse ínterim, o suicídio pode ser compreendido como um resultado da transformação radical da ética camponesa, que era centrada em valores tradicionais como reciprocidade, honra e hierarquia para uma nova ordem moral econômica. A passagem para um mundo em que a natureza é vista como mercadoria e o trabalho do homem é redefinido pode ter criado um choque cultural e ético para aqueles que se identificam fortemente com os valores tradicionais da ética camponesa. “Como observa Taussig (1983), ocorreu um ‘holocausto moral’ na alma da sociedade ocidental com a passagem para um mundo onde a natureza ‘de Deus’ e o trabalho do Homem são redefinidos como mercadoria” (Woortmann, 1990, p. 65, grifos do autor).

Essa mudança, juntamente com a transição para uma sociedade mais individualista, pode ter influenciado a percepção e as pressões enfrentadas pelas pessoas, potencialmente contribuindo para aumento do sofrimento psicológico e, por fim, para casos de suicídio. Essa mudança pode ter impactado a forma como as pessoas percebiam seu valor e papel na sociedade, potencialmente levando a conflitos internos e sofrimento

psicológico. Portanto, à luz desse contexto, o suicídio pode ser compreendido como uma possível resposta ao choque cultural e ético resultante dessa transição, refletindo um desafio para adaptação e bem-estar psicológico em meio a mudanças significativas na estrutura social e de valores.

6 O FENÔMENO DO SUICÍDIO NOS POVOS INDÍGENAS DO TOCANTINS

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em estudo pioneiro no ano de 2015, investigou o número de etnias indígenas no Brasil e as classificou com base em afinidades linguísticas, culturais e sociais. Identificaram-se 305 etnias. A maior delas é a Ticuna, com 6,8% da população indígena. Há 274 línguas indígenas no país. Entre os indígenas com 5 anos ou mais, 37,4% falam a língua nativa, enquanto 76,9% falam português (Karajá, 2021).

Ao todo, foram registrados 896,9 mil indígenas, 36,2% em área urbana e 63,8% na área rural. O total inclui os 817,9 mil indígenas declarados no quesito cor ou raça do Censo 2010 (e que servem de base de comparações com os Censos de 1991 e 2000) e também as 78,9 mil pessoas que residiam em terras indígenas e se declararam de outra cor ou raça (principalmente pardos, 67,5%), mas se consideravam “indígenas” de acordo com aspectos como tradições, costumes, cultura e antepassados (Karajá, 2021, p. 170).

Atualmente, a população indígena no estado do Tocantins totaliza 20.923 pessoas, conforme a Tabela 13. Nota-se aumento populacional desse grupo, juntamente com crescimento na migração para fora de terras indígenas.

Tabela 13 – Estado do Tocantins: população indígena e quilombola, por localização do domicílio – 2000 a 2022

ANO	INDÍGENAS			QUILOMBOLAS		
	Total	Em terras indígenas	Fora de terras indígenas	Total	Em territórios quilombolas	Fora do território
2000	10.581	X	X	X	X	X
2010	14.118	11.560	2.558	X	X	X
2022	20.923	15.213	4.810	12.881	1.328	1.553

Fonte: IBGE, Censos Demográficos. Elaboração: SEPLAN/TO (2023).

Em 2022, a maior parte da população indígena do estado residia no município de Tocantínia, totalizando 4.086 pessoas, o que representa 20,4% do total. Goiatins vem em seguida, com 2.650 indígenas (11,6%), seguido de Tocantinópolis, com 2.352 indígenas (12,3%), e Lagoa da Confusão, com 2.340 indígenas, que representam 16,8% da população do município. Outros municípios com significativa presença indígena são Formoso do Araguaia, Itacajá, Pium, Palmas, Maurilândia do Tocantins, Santa Fé do Araguaia, Araguaína, Gurupi e Sandolândia.

Destaca-se que, em Tocantínia, houve aumento expressivo de aproximadamente 33% na população indígena entre 2010 e 2022, passando de 2.914 para 4.086 pessoas. Em contraste, Lagoa da Confusão apresentou uma ligeira diminuição no número de indígenas, de 2.369 para 2.340, contrariando a tendência geral de crescimento populacional observada na maioria dos municípios (SEPLAN/TO, 2023). Na Tabela 14, segue a distribuição da população por território indígena.

Tabela 14 – Estado do Tocantins: população (pessoas) por território indígena e forma de declaração – 2010 e 2022

Território indígena	Declarou -se indígena		Não se declarou indígena	
	2010	2022	2010	2022
Parque do Araguaia	3.060	4.105	30	347
Kraolandia	2.553	3.646	1	19
Xerente	2.333	3.210	4	13
Apinayé	1.786	2.635	5	33
Funil	360	520	-	3
Xambioá	292	355	6	50
Inawebohona	188	294	3	71
Krahó-Kanela	1	94	136	15
Utaria Wyhyna/Iròdu Iràna	-	41	-	16
Taego ãwa	-	1	-	209

Fonte: IBGE, Censos Demográficos. Elaboração: SEPLAN/TO (2023).

Entre os maiores territórios indígenas em termos populacionais, estão o Parque do Araguaia, que fica na região da Ilha do Bananal, e municípios como Formoso do Araguaia, Lagoa da Confusão e Pium. Nesse território, estão os povos: Avá-Canoeiro, Iny Karajá, Javaé, Tapirapé. O segundo maior, a Kraolândia, localiza-se nos municípios de Goiatins e Itacajá, com o povo Krahô. O território Xerente está no município de Tocantínia, com os povos Guarani, Guarani Mbya e os Xerentes. O território Apinayé localiza-se nos municípios de Cachoeirinha, Marilândia do Tocantins, São Bento do Tocantins e Tocantinópolis, com o povo Apinayé (Terras Indígenas no Brasil, 2024).

Com populações indígenas menores, há ainda os territórios: Funil, também em Tocantínia e composto pelo povo Xerente; Xambioá, no município de Santa Fé do Araguaia, há os povos Guarani, Guarani Mbya e Karajá do Norte. No território

Inãwébohona, também nos municípios de Lagoa da Confusão e Pium, estão os povos Avá-Canoeiro, Iny Karajá, Isolados da Ilha do Bananal e Javaé. No Krhaó-Kanela, localizado na Lagoa da Confusão, está o povo Krhaó-Kanela. No território Utaria Wyhyn/Iròdu Iràna, no município de Pium, estão os povos Iny Karajá e Javaé. Por fim, no território Taego ãwa, localizado em Formoso do Araguaia, vive o povo Avá-Canoeiro (Terras Indígenas no Brasil, 2024).

A Ilha do Bananal, no estado do Tocantins, abrange os municípios de Lagoa da Confusão, Formoso do Araguaia e Pium e é habitada pelo povo Iny, como se autodenominam os grupos indígenas Xambioá, Karajá e Javaé. Esses grupos residem nas margens do rio Araguaia e seus afluentes, estendendo-se também aos estados de Mato Grosso e Goiás, e compartilham línguas e culturas semelhantes. Os Karajás e os Javaés vivem predominantemente na Ilha do Bananal, embora existam outros grupos indígenas entre os rios Araguaia e Javaé (Santos Junior; Soares, 2016). Os Iny falam uma língua do tronco Macro-Jê (Davies, 1968 *apud* Nunes, 2017a).

É importante ressaltar que a população indígena no Tocantins não se limita aos territórios tradicionais; muitos indígenas estão dispersos por todo o estado, vivendo em áreas urbanas e rurais fora das terras oficialmente reconhecidas.

Após discutir como a população indígena se organiza e se distribui no estado, passa-se a abordar a questão dos suicídios entre os povos indígenas, assim como a problemática que emerge desde o contexto nacional até o local.

No Brasil, houve indícios de comportamento suicida entre o povo Guarani-Apapokuva e os Urubu-Kaapor na metade do século XX, bem como relatos dispersos e com pouca evidência entre os Paresi, os Yanomami e os Ticuna. A problemática ganhou maior visibilidade a partir de 1980, com a primeira divulgação pela imprensa de suicídios entre os Guaranis no Mato Grosso do Sul. Em 1995, no pico dos casos entre os Guarani, a taxa chegou a 215,7 por 100 mil habitantes (Karajá, 2021).

O suicídio é prevalente em diversas populações, sendo relatado entre os Guarani-Apapokuva, os Urubu-Kaapor, os Paresi e os Yanomami. As taxas entre os Ticunas, com 28% do total de óbitos entre 1994 e 1996, e os Caiowás, com taxa cerca de 40 vezes maior que a brasileira, são altamente preocupantes. Entretanto, entre os Sorowahá a situação é dramática, comunidade com 130 habitantes que tem, provavelmente, uma das maiores estatísticas mundiais, com uma taxa estimada em 1.922 por 100 mil habitantes (Oliveira; Neto, 2003, p. 4).

Os óbitos por suicídio da população indígena, em território nacional, chamam a atenção, quando em comparação com a população não indígena.

Tabela 15 – Taxa de mortalidade de suicídio (TMS), por 100 mil habitantes, entre populações indígenas e não indígenas nas macrorregiões do Brasil de 2006 a 2010

Macrorregião	População indígena	População não indígena
Centro-oeste	42,5	6,1
Norte	15,1	4,0
Sul	3,4	8,8
Nordeste	2,1	4,4
Sudeste	1,4	4,7
Brasil	12,6	5,3

Fonte: Karajá (2021, p. 171).

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio entre a população indígena é de 12,6 casos por 100 mil habitantes, significativamente superior à média nacional de 5,3 por 100 mil habitantes. As regiões Centro-Oeste e Norte, que possuem maiores discrepâncias entre a população indígena e não indígena, apresentam as maiores discrepâncias entre as taxas de suicídio das populações indígenas e não indígenas, evidenciando a necessidade urgente de intervenções nessas áreas. Já em 2010, havia sido alertado: “No Brasil, a taxa global de mortalidade por suicídio, no período 2006-2010, é maior na população indígena em comparação com a população não indígena em razão do alto índice nas macrorregiões Centro-Oeste e Norte” (Karajá, 2021, p. 170).

No contexto tocantinense, esta pesquisa identificou que as regiões de saúde Sudeste e Cantão apresentaram as maiores taxas de suicídio considerando toda a população, indígena e não indígena. O município de Lagoa da Confusão, localizado na região do Cantão, destacou-se com taxas especialmente elevadas de óbitos por suicídio, sendo a maioria dos casos entre a população indígena. Na série histórica de 2010 a 2019, foram registrados 14 óbitos por suicídio entre os Karajás, 3 entre os Javaés e 7 entre a população não indígena no município.

Devido ao fato de a pesquisa já ter sido aprovada pelo comitê de ética, não foi possível realizar novas investigações específicas na população indígena, uma vez há especificidades de documentações e procedimentos de pesquisa para abarcar essa população. Como alternativa, recorreu-se a uma revisão de literatura para análise crítica e sistemática de pesquisas e teorias existentes sobre o suicídio entre o povo Iny, com foco

especial nos Karajás. Isso permitiu situar o estudo atual no contexto do conhecimento existente, identificar lacunas na literatura e justificar a necessidade de novas pesquisas.

Como já exposto, os dados do DATASUS, coletados durante esta pesquisa, não conseguem representar plenamente a realidade dos povos indígenas do Tocantins, especialmente devido à subnotificação, comum entre povos tradicionais. Por isso, apresentaremos dados mais específicos sobre o povo Karajá, que se destacou entre os casos de óbito por suicídio no estado.

Para ilustrar a gravidade do problema local, apresentamos, na Tabela 16, a distribuição dos óbitos por enforcamento nas aldeias da comunidade Karajá entre 2010 e 2016.

Tabela 16 – Suicídios por enforcamento, por aldeia, da comunidade indígena Karajá, de 2010 a 2016*

Terra indígena	Aldeia	População	Nº de óbitos	Porcentagem
PI Araguaia	Fontoura	696	3	0,43%
TI Karajá/Tapirajé	Hãwalòra	265	2	0,75%
TI Karajá/Tapirajé	Itxala	110	4	3,63%
PI Araguaia	JK	64	4	6,25%
PI Araguaia	Macaúba	369	7	1,89%
PI Araguaia	Nova Tytêma	76	1	1,31%
PI Araguaia	Santa Isabel	704	18	2,55%
TI São Domingos	São Domingos	184	1	0,54%
PI Araguaia	Watau	73	1	1,36%
TOTAL		2.541	41	1,61%

Fonte: SESAI (2017). Adaptado de Karajá (2021). * Dados de 2016 referentes ao período de janeiro a setembro.

As aldeias indígenas com os maiores percentuais de óbitos são JK, Itxala e Santa Isabel. Ao analisar os óbitos entre o povo Karajá ao longo dos anos, observa-se um aumento constante, com exceção de uma diminuição registrada apenas em 2013.

Tabela 17 – Suicídios por enforcamento, por ano, da comunidade indígena Karajá, de 2010 a 2016*

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*	TOTAL
Nº de óbitos	2	7	8	2	6	10	7	42

Fonte: DSEI Araguaia (SESAI/MS) e Nunes (2017a). *Dados de 2016 referentes ao período de janeiro a outubro.

Segundo Nunes (2017a), as taxas de suicídio entre os Karajás variaram significativamente, passando de 66,66 por 100 mil habitantes, em 2010, para 333,3 por 100 mil habitantes em 2015. Ao analisar as aldeias com maior número de casos, destaca-se Santa Isabel, que possui uma média de 700 habitantes e registrou uma taxa de 452,4 por 100 mil habitantes no período de 2011 a 2016. A situação é ainda mais alarmante na aldeia JK, com uma média de apenas 64 habitantes, onde a taxa atingiu 952,4 por 100 mil habitantes entre 2011 e 2015.

Além dos casos de suicídio consumado, as tentativas também apresentam números preocupantes. Em 2012, foram registrados entre os Karajás 95 casos de tentativa de suicídio e 26 casos de ideação suicida. As maiores aldeias, como Santa Isabel, Fontoura e Macaúba, foram epicentros desses surtos, concentrando juntas 29 dos 42 suicídios registrados, com a aldeia Santa Isabel sendo particularmente afetada (Nunes, 2017b).

Em relação às taxas específicas, Santos Junior e Soares (2016, p. 7-10) acrescentam:

Especialmente entre 2010 e 2013, os Javaé e Karajá da Ilha registram mais de 20 mortes por suicídio ou suspeitos de intenção suicida. Estes números listam mais 450 suicídios por 100.000 habitantes. Para ter parâmetros, a taxa dos Karajá da Ilha em 2012 foi aproximadamente 231 para cada 100.000 habitantes, a maior taxa no período entre povos indígenas [...]. Segundo dados obtidos nos estudos de Nunes (2013) e de Brasil (2013a), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) Araguaia e Tocantins registraram, no período entre 2010 até julho de 2013, 22 mortes por suicídio ou suspeitos de intenção suicida, além de muitos casos de intento. Dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena permitem calcular que esses números taxam mais de 450 suicídios por 100.000 habitantes (BRASIL, 2013a). Para se ter parâmetros, a taxa dos Karajá da Ilha em 2012, quando houve oito suicídios nesse povo, foi de aproximadamente 231 para cada 100.000 habitantes, a maior taxa no período entre os DSEIs do país.

Nesse contexto, “Segundo dados de sistemas de informações do Ministério da Saúde, a taxa de suicídios nas comunidades Karajá que vivem no território coberto pelo DSEI Araguaia é a maior do país” (Karajá, 2021, p. 173). Ao aprofundar a descrição do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio entre os Karajás, conforme dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2017, referente ao período de 2010 a junho de 2016, observa-se que, dos 40 óbitos registrados, 35 ocorreram entre homens, representando 87,5%, e 5 entre mulheres, correspondendo a 12,5% (Nunes, 2017b).

Outro fator relevante é a distribuição dos suicídios por faixa etária, conforme ilustrado na Tabela 18.

Tabela 18 – Suicídios, por faixa etária, da comunidade indígena Karajá, de 2010 a 2016*

Faixa etária	Nº de casos	Porcentagem
10 a 14 anos	5	12%
15 a 19 anos	19	46,5%
20 a 24 anos	5	12%
25 a 29 anos	7	17,5%
30 ou mais anos	5	12%
Total	41	100%

Fonte: SESAI (2017). Adaptado de Karajá (2021). * Dados de 2016 referentes ao período de janeiro a setembro.

Constata-se que os números refletem uma prevalência de óbitos entre os indígenas “adolescentes” do sexo masculino, especialmente na faixa etária de 15 a 19 anos. Esse cenário, como demonstrado na presente pesquisa, foi confirmado apesar da subnotificação nos dados do DATASUS. A população indígena do estado alcançou uma taxa de 251,3 por 100 mil habitantes¹², com destaque para os povos Karajás e Javaé. Nos dados do DATASUS, filtrados por raça/cor, foram registrados 33 óbitos indígenas no período de 2010 a 2019, entre os residentes no Tocantins, dos quais 17 pertenciam ao povo Iny, sendo 14 Karajás e 3 Javaés.

Esses cálculos são projetivos, pois sua base de 100.000 habitantes excede o total populacional mesmo dos povos indígenas sul-americanos mais populosos, de modo que esses números servem apenas para se ter uma noção, ainda que vaga, da magnitude do problema. Some-se a isso a diversidade empírica dos suicídios indígenas, dos quais o presente volume dá mostra. Se taxas ou índices são de alguma validade para nos ajudar a compreender ou dimensionar questões como essas, para o caso indígena, seria talvez necessário elaborar uma metodologia de cálculo alternativa (Nunes, 2017a, p. 262).

Ao analisar o cenário quantitativo crítico dos óbitos por suicídio, torna-se importante discutir relações, modos de ser e estar no mundo dos Iny, a fim de lançar luz

¹² Esse cálculo foi realizado com base nos óbitos por suicídio de indígenas registrados no DATASUS entre 2010 a 2019 para residentes no estado do Tocantins. Para determinar a taxa, o número de óbitos foi dividido pela população indígena total do censo de 2010, que era de 13.131 indivíduos, e o resultado foi multiplicado por 100 mil. Na época da análise, o censo de 2022 ainda não estava disponível.

sobre aspectos que não podem ser totalmente compreendidos ou explicados de maneira convencional. O contato desses povos com a sociedade remonta ao século XVII, mas os Iny atualmente enfrentam novas formas de relacionamento com as sociedades envolventes.

Uma diversidade de indivíduos, como viajantes, pioneiros, exploradores, comerciantes, missionários, agentes do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e políticas estaduais, empreenderam incursões na região do Vale do Araguaia em um esforço para “aculturar” e “integrar” os Karajá, os Javaé e os Xambioá, indígenas residentes na Ilha do Bananal. Essa linha do tempo, iniciada no século XVII e com um pico no século XX, reflete a história mais ampla dos povos indígenas do Brasil central (Santos Junior; Soares, 2016).

Os relacionamentos entre os Iny e os *toris* (não indígenas) se tornaram mais intensos ao longo do tempo, resultando em dificuldades na organização social dos grupos, como nos modos de trabalho e lazer. Das dificuldades apontadas pela mídia, por estudiosos e autoridades sanitárias e indigenistas, destaca-se o consumo de álcool e o comportamento suicida.

O primeiro caso registrado de suicídio entre os Iny ocorreu em 2002, entre o povo Karajá, na Ilha do Bananal. Após esse episódio, novos casos foram registrados em 2010, 2011 e 2012, evidenciando um aumento gradual. Esse cenário sugere que o comportamento suicida, inicialmente ausente, passou a se manifestar de maneira crescente entre os Iny, configurando-se como um fenômeno recente. “Nos últimos três períodos apontados, a situação configura-se no que pode ser considerado um surto de mortes por suicídios” (Santos Junior; Soares, 2016, p. 11).

Nesse contexto, o significado da morte e o processo de vivência do luto para os Iny podem ser ilustrados pela seguinte citação: “A morte, por outro lado, provoca um estancamento temporário dos fluxos de substâncias e corpos que produzem ‘alegria’; uma morte interrompe imediatamente qualquer atividade ritual e, no contexto doméstico, não se pode rir muito, falar alto, escutar música etc.” (Nunes, 2017a, p. 260). Sendo a alegria uma das características marcantes dos Iny, a morte atua como um fator que neutraliza essa expressão de vivacidade.

Observa-se também um agravamento no consumo de álcool. Santos Junior e Soares (2016), em seu estudo documental, identificaram registros que associam o consumo de álcool ao comportamento suicida.

Entre o povo Javaé, os primeiros registros de óbitos por suicídio datam de 2013, com três ocorrências, enquanto tentativas de suicídio foram relatadas já em 2012. Novamente, destaca-se o surto, evidenciado pelo aumento significativo de casos em um curto período (Santos Junior; Soares, 2016).

É importante destacar que o perfil das pessoas indígenas que cometeram suicídio é majoritariamente composto por jovens entre 13 e 30 anos. Conforme os relatórios, há relação próxima entre os eventos suicidas entre os Karajás e os Javaé. Ambos os grupos compartilham semelhanças socioculturais e laços de parentesco, o que sugere a hipótese de que essa proximidade possa ser um fator relevante para o surgimento e o aumento dos casos de suicídio entre os Javaé (Brasil, 2013). Nos Karajás, 88,1% dos óbitos foram de homens jovens, solteiros ou recém-casados, com filhos na primeira infância. A faixa etária predominante foi entre 15 e 19 anos, representando 45% do total. Em 2012, 66,47% das tentativas de suicídio foram cometidas por homens e 30,53% por mulheres (Nunes, 2017a).

Metade dos óbitos por suicídio entre indígenas se localiza na faixa etária de 10 a 19 anos, o que demonstra que o impacto do suicídio sobre a população indígena no Brasil ainda é maior do que na sociedade como um todo, tanto pela maior incidência, quanto pelo fato de que esses óbitos ocorrem mais cedo, diminuindo a expectativa de vida da população e dificultando o desenvolvimento socioeconômico de comunidades inteiras (Karajá, 2021, p. 174).

O consumo de álcool chamou a atenção do Ministério Público, especialmente entre os Karajás da aldeia Santa Isabel do Morro. Como resposta, foi instaurado um Inquérito Civil Público (ICP) para abordar essa problemática, e logo foram registrados comportamentos suicidas, inicialmente entre os Karajás e, posteriormente, entre os Javaé. Desde 2011, o Ministério Público tem acionado diversas organizações governamentais e não governamentais para identificar as motivações e desenvolver ações de enfrentamento (Santos Junior; Soares, 2016).

As explicações para os suicídios entre os Iny envolvem múltiplos fatores, incluindo o consumo excessivo de álcool, a perda dos padrões culturais e as explicações cosmológicas.

As transformações culturais derivadas do contato interétnico não podem ser percebidas de forma isolada e, nesse viés, sequer podem ser ditas como causa dos problemas apontados. Elas são parte da cultura. Em outras palavras, elas são a dinâmica da cultura, pois fora da cultura não podem ser colocados os eventos que nela ocorrem, sejam o suicídio, o álcool ou problemas na organização social. Pelo contrário, eles são acontecimentos que permitem

conhecer com mais qualidade os fenômenos de um povo (Santos Junior; Soares, 2016, p. 13).

Em suma, não se pode atribuir exclusivamente às transformações culturais a causa dos suicídios entre os Iny, embora esse seja um elemento importante a ser analisado. O consumo de álcool destaca-se nesse contexto, pois muitos dos óbitos ocorreram quando os indígenas estavam sob o efeito da substância, entretanto, não há consenso sobre essa correlação. Diferente da perspectiva ocidental, uma liderança indígena oferece outra explicação: “o problema de bebidas é comum a todos os povos indígenas do Brasil, portanto, esta não seria a causa do que vem acontecendo nas aldeias Karajá [...] a questão está relacionada a trabalhos de pajés do mal que têm lançado feitiços sobre jovens” (Tocantins, 2012, p. 5 *apud* Santos Junior; Soares, 2016, p. 14). Além disso, “Os Karajá apontam vários fatores relacionados a essas mortes, mas, em sua maioria, sustentam que o que acontece hoje é uma crise provocada por um feitiço chamado de *bàtòtaa*, termo que poderíamos traduzir como «amarrar a garganta»” (Nunes, 2017a, p. 10).

Nunes (2013, p. 23) esclarece que “o álcool perpassa parte considerável das tentativas de suicídio, mas não necessariamente é um fator majoritário”. Assim, o consumo de álcool é considerado um problema grave, até mesmo pelos próprios indígenas, refletindo as transformações culturais em curso.

De acordo com Santos Junior e Soares (2016), outro fator apontado, tanto em documentos oficiais quanto pelos próprios indígenas Iny, são as relações familiares. Exemplos dessa problemática incluem o rompimento de gerações, a desobediência aos mais velhos, o desprezo à autoridade das lideranças indígenas e a irreverência às tradições familiares. As relações familiares são fundamentais para a organização social de um povo, e sua fragilização provoca mudanças profundas. “O parentesco, em suma, é a antítese do suicídio” (Nunes, 2013, p. 83). Esse fator também reflete as transformações culturais vivenciadas pelos povos Iny.

Um importante marcador dessas relações familiares é o advento da adolescência, conforme concebida na sociedade ocidental branca, que diverge das tradições indígenas. Na cultura indígena, o rito de passagem marca a transição para as responsabilidades adultas, enquanto na cultura ocidental a adolescência é caracterizada pela recusa dessas responsabilidades. As relações conjugais também enfrentam choques culturais; para os indígenas, iniciava após o rito de passagem e se consolidava após o casamento, enquanto na cultura ocidental há o namoro e uma relação romântica. “Essa forma emergente de viver a puberdade e os relacionamentos afetivo- sexuais não pode ser repassada aos

jovens atuais pelos seus pais e avós, haja vista que esses não viveram isso” (Santos Junior; Soares, 2016, p. 18).

Destaca-se que essas grandes mudanças sociais e culturais afetam diretamente os jovens indígenas, grupo etário que mais tem cometido suicídio. “Podemos inferir que as violências autoprovocadas podem encontrar fulcro no inconformismo com o atual arranjo de suas existências” (Santos Junior; Soares, 2016, p.18).

Em uma intervenção de campo realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/Brasília), Nunes (2017a, p. 264) traz à tona essas explicações por meio dos relatos dos indígenas Karajá:

Alguns falavam do consumo de álcool – algo bastante saliente em todas as aldeias karajá – como fator predominante; outros das dificuldades financeiras, principalmente por parte dos jovens, que têm poucas possibilidades de conseguir dinheiro, algo fundamental no cotidiano da aldeia, nos dias de hoje; outros diziam simplesmente que os suicídios eram decorrência da “falta de ocupação” dos jovens, que ficavam “pensando besteira”, ou simplesmente que os jovens têm a “cabeça fraca”; alguns apontavam a deficiência da atuação do cacique e, indiretamente, das lideranças e, reciprocamente, a falta de respeito da população da aldeia para com o cacique; problemas familiares e, sobretudo, conjugais foram também apontados por muitos; perpassando todas essas questões, muitos falavam do desinteresse, principalmente dos jovens, pela *cultura*, afirmando que “a cultura está acabando”. Mas uma outra explicação se fez sempre presente: a feitiçaria. Muitos Karajá afirmam que as pessoas que se enforcam não estão em seu estado normal, que fazem tal ato sob a ação de feitiço. Algumas pessoas desacreditam nisso, por ser evangélicas, ou simplesmente por não acreditar nos xamãs, não acreditar que feitiço exista.

Na cultura Iny, a presença do feitiço é constante. Durante a “onda” do feitiço de enforcamento, o feiticeiro introduz um espírito (um *aõni* ou um *woràs ỹ*) na pessoa, que passa a manifestar ideação suicida e, em alguns casos, ouve vozes, resultando em uma mudança repentina de comportamento. Esse fenômeno é descrito como uma “onda” por não ser a primeira crise de feitiçaria vivida pelos Karajás. No entanto, a crise do feitiço de enforcamento tem durado muito tempo, tornando-se incompreensível para a comunidade (Nunes, 2017a).

Nunes (2017a) também argumenta que os suicídios entre os Karajás se tornaram uma epidemia. O feitiço é visto como tão contagioso quanto uma gripe, assim como o estado de “enraivecimento”, que causa uma transformação corporal contrária às características inerentes aos Karajás, como alegria, calma e autocontrole. Essas características são intergeracionais e estão intimamente ligadas às relações de parentesco, cuja fragilidade reflete a instabilidade do vínculo familiar.

Essa epidemia está relacionada à vulnerabilidade tanto ambiental quanto social e possui características semelhantes às aquelas descritas pelo “Efeito Werther” na literatura científica sobre suicídio. Esse fenômeno não se restringe à população indígena, mas é observado globalmente. Comunidades que têm contato próximo com um evento de suicídio tornam-se mais propensas a registrar novos casos.

Grande parte dos eventos de tentativa de suicídio e suicídio por enforcamento ocorreu logo após uma discussão com algum parente, especialmente o cônjuge. Essas discussões desencadeiam o estado “enraivecido” que leva ao ato suicida. Em algumas situações, esse estado é compreendido como um resultado do feitiço. A agressão xamânica origina-se de uma espécie de “conflito” entre pessoas ou entre famílias. Assim, relações de parentesco satisfatórias desempenham um papel fundamental na preservação da memória familiar (Nunes, 2017a).

Poderíamos dizer que a feitiçaria é um vetor anti-parentesco: enquanto a relação entre parentes é baseada, *grosso modo*, no respeito e cuidado mútuos no seio de um processo de assemelhamento corporal, a feitiçaria segue o modelo das relações hostis entre diferentes, como as relações entre os Iny e certos grupos *ixyju* (“povos estrangeiros”) ou espíritos agressivos como certos *aõni* [...] (Nunes, 2017a, p. 278).

O parentesco proporciona estabilidade à pessoa, e relações de parentesco voláteis tendem a se associar à feitiçaria, seja em sua origem, nos resultados ou na eficácia dos feitiços. “Esses óbitos, em um sentido, são a objetificação de um processo de produção do parentesco que têm se mostrado falho além da medida, segundo os parâmetros indígenas” (Nunes, 2017a, p. 280). Karajá (2021, p. 181) complementa: “Ao lado dos motivos de fundo espiritual, há o das relações entre parentes de gerações distintas e entre afins que apontam para obstáculos no cumprimento das expectativas culturais”.

A maioria das falas associa o suicídio à prática da feitiçaria, pois identificaram que muitos jovens aprenderam como se faz o feitiço para a pessoa provocar o suicídio. Após o feitiço lançado, a pessoa começa a ficar triste, muitas vezes entra em depressão, começa a ouvir vozes de comando de maus espíritos dizendo para se matar, porém muitos que já morreram por conta do suicídio eram amigos ou parentes daqueles que estão sendo enfeitiçados e acabam acreditando que essas vozes são desses entes queridos, que por muitas vezes acabam tirando a vida pensando que vão se encontrar com essas pessoas [...] Outros acreditam que dentro da bebida alcóolica contém substâncias do feitiço que leva a pessoa a cometer o suicídio (Karajá, 2021, p. 192).

Por fim, o fenômeno dos suicídios entre o povo Karajá provoca um “curto-circuito” na construção cultural do parentesco Karajá, são eventos incognoscíveis, seja por origem na feitiçaria ou não (Nunes, 2017a). Nos casos dos Iny, o suicídio geralmente

ocorre no domicílio e é retratado como um ato isolado, enquanto a vida coletiva continua ao redor.

Nunes (2017a) conclui que é necessário revisitar as “velhas” problemáticas enfrentadas pela população indígena, como a questão da terra, o preconceito e a garantia dos direitos constitucionais, entre outros. Para Karajá (2021), a prevenção do suicídio deve passar pela consolidação e pelo reconhecimento das práticas culturais indígenas por meio de políticas públicas que se baseiem no saber Iny e na perspectiva intercultural. Ou seja, o país precisa implementar políticas públicas que sejam compatíveis com as culturas indígenas, sem negar a cosmologia dessas culturas, como a lógica da feitiçaria entre os Iny.

Peleja e Caixeta (2010) descreveram que, à luz dos transtornos mentais, há uma lacuna significativa no conhecimento científico sobre a presença desses transtornos entre indígenas e quilombolas brasileiros. Essa lacuna afeta o sistema de saúde e a identificação das necessidades específicas de atenção à saúde dos indígenas, especialmente em contextos epidêmicos na América Latina. No entanto, conforme Karajá (2021), o suicídio indígena, quando tratado como um problema de saúde mental, não pode ser compreendido à luz da cultura ocidental. Portanto, é necessário empenho na formulação de políticas de saúde mental e na classificação dos suicídios que sejam coerentes com a cultura indígena.

Nesse sentido, as descrições etnográficas nos conduzem a refletir sobre:

Universos cosmológicos e sociais muito distintos entre si, ao ponto de se poder indagar se se trata, em todos eles, do mesmo fenômeno [...]. Não obstante, em todo este conjunto de estudos, fica patente que a noção de pessoa é crucial para o entendimento do que os indígenas falam a respeito dos suicídios, de forma que as análises que nos fornecem clara luz sobre ontologias distintas, as deles e, por conseguinte, em contraste que nos habilita, as nossas (Pechincha, 2018, p. 227).

Diante desse cenário, no que diz respeito às intervenções públicas, após 2010, a SESAI/MS implementou a vigilância epidemiológica nos DSEI, contribuindo para coleta, organização e análise de dados sobre o comportamento suicida indígena. Em 2014, o DSEI Araguaia realizou a “Ação Indígena Karajá”, em parceria com diversas entidades, com o objetivo de discutir a promoção e a prevenção do comportamento suicida, bem como o uso de álcool e outras drogas. Em 2015, houve a intervenção da Pajé Mapulu, além de outras ações articuladas entre os serviços de saúde mental, com o objetivo de

promover a saúde e a qualidade de vida, relacionadas à cultura e ao esporte, como estratégias de enfrentamento.

Ainda em 2015 e 2016, a SESAI divulgou o “Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas”, destinado a profissionais de saúde que atendem comunidades indígenas. Também implementou as “Linhas de Cuidado Locais para Prevenção do Suicídio na Atenção Básica à Saúde Indígena”. Em 2017, a SESAI instituiu a “Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio entre Povos Indígenas”, com o objetivo de fortalecer as equipes de saúde nas aldeias, ampliar essas equipes e, principalmente, estabelecer uma política permanente de prevenção ao suicídio em 16 DSEI prioritários, devido à alta incidência de casos.

A Agenda focou inicialmente nos DSEI: Tocantins, Araguaia, Mato Grosso do Sul, Vale do Javari, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Leste de Roraima, Alto Rio Purus, Yanomami, Litoral Sul, Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Maranhão, Minas Gerais e Espírito Santo. As recomendações da Agenda concentram-se nos seguintes eixos: a) institucionalização da Agenda nos DSEI; b) estratégias para melhorar a investigação epidemiológica e dos óbitos; c) qualificação da atuação das equipes de saúde para a prevenção do suicídio; e d) formação de jovens multiplicadores para valorização da vida (Karajá, 2021).

Mais recentemente, em 2019, o Ministério da Saúde/SESAI publicou a obra “Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas”, que visa qualificar as ações e preparar os profissionais para o acolhimento das pessoas que tentaram suicídio ou dos sobreviventes.

Mesmo com ações e estratégias implementadas para lidar com essa problemática, esforços adicionais continuam sendo indispensáveis e urgentes. Portanto, é de suma importância, no âmbito da saúde coletiva em interface com as ciências humanas, identificar e analisar o fenômeno do suicídio entre os povos indígenas Iny. Tal contexto sinaliza a necessidade de realização de estudos mais aprofundados, bem como pesquisas de campo que considerem a singularidade dessa comunidade indígena e do ambiente em que vivem, a fim de orientar políticas públicas mais eficazes.

7 O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL

Buscamos identificar os aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas, investigando-os por meio de autópsias psicossociais. O termo *autópsia psicossocial* foi elaborado por Minayo *et al.* (2010) para integrar os aspectos sociais e antropológicos aos estados emocionais dos sujeitos. Em sua origem, a autópsia psicológica, um método psicológico fundado por Edwin Shneidman, permite conhecer as diferentes perspectivas sobre a morte e a intenção de morrer (Minayo; Cavalcante; Souza, 2006). Assim, “procura identificar e explicar a natureza psicológica da intenção suicida e da motivação do sujeito” (Sena-Ferreira, 2013, p. 61).

Considera-se que “A pessoa que atenta contra sua vida é coautora das narrativas construídas durante o tempo de sua existência, e seu ato tem um impacto que permanece através dos tempos” (Figueiredo *et al.*, 2012, p. 1995).

Vale destacar que a pesquisa de campo foi desenvolvida na região Sudeste do Tocantins (região de saúde), com coleta de dados dos óbitos que ocorreram no município de Taipas do Tocantins. A escolha desse local justifica-se pela alta taxa de suicídio registrada, com 346 óbitos por cem mil habitantes, no período de 2010 a 2019. Embora o número absoluto de óbitos seja relativamente baixo ($n = 7$) em comparação a outros municípios e à capital do estado do Tocantins, a taxa proporcional é significativa.

De certa forma, os suicídios ocorridos na população de Taipas do Tocantins e em Lagoa da Confusão, na Ilha do Bananal, apresentam um grau de convergência. Presumimos que essa convergência possa estar relacionada com os modos de vida “tradicionais” do “sertão” e dos “povos indígenas”, que vivenciam diretamente as transformações nos modos de ser e estar no ambiente. É como se:

No movimento constante de reintegração a uma sociedade global em transformação, o filho realizasse uma “descoberta do outro”, de uma alteridade não tradicional de novos valores, estabelecendo, com isso, o estranhamento de seu próprio universo e sua desnaturalização (Woortmann, 1990, p. 56).

As entrevistas apresentadas a seguir criam uma narrativa muito específica, por estabelecerem uma relação íntima entre os familiares entrevistados e os parentes que faleceram por suicídio. Isso confere aos familiares um lugar de fala singular e exclusivo, vivido a partir das relações interpessoais, o que é fundamental para a investigação científica, dado a singularidade e a complexidade do suicídio.

Primeiramente, são apresentados os sujeitos, incluindo dados gerais como sexo, escolaridade, ocupação, entre outros. Além disso, as histórias de vida e de morte são retratadas, conforme recontadas pelos familiares (interlocutores), como forma de descrever os sujeitos. Por fim, são apresentadas as famílias. O terceiro momento é dedicado à análise dos principais fatores identificados nas falas dos entrevistados.

7.1 Apresentação dos sujeitos

No Quadro 3, são apresentados os dados elementares dos três sujeitos investigados por meio da autópsia psicossocial: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, ocupação, religião, residência, método da morte, local do óbito e ano do óbito.

Quadro 3 – Perfil dos sujeitos pesquisados por meio da autópsia psicossocial

	Camila	Deuselize	Joaquim
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino
Idade*	25	39	53
Raça/cor	Parda	Parda	Preto
Escolaridade	Ensino Médio Completo	4ª série do Ensino Fundamental	Sem escolaridade
Estado Civil	Solteira	Casada	Separado
Ocupação	Babá (informal)	Caseiro	Lavrador
Religião	Católica	Evangélica	Sem religião
Residência*	Zona urbana	Zona rural	Zona rural
Método da morte	Enforcamento	Enforcamento	Enforcamento
Local do óbito	Fazenda	Fazenda	Fazenda
Ano do óbito	2014	2011	2011

Fonte: Elaborado pela autora (2024). *No período do óbito.

Camila

Conforme os dados contidos na Declaração de Óbito, Camila faleceu em 2014, aos 25 anos. Era de cor parda, solteira, com escolaridade registrada como ensino superior incompleto, e sua ocupação, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), era de trabalhadora agropecuária em geral. A causa básica do óbito foi enforcamento, ocorrido em uma fazenda.

Em entrevista com familiares, algumas dessas informações foram refutadas, especialmente no que diz respeito à escolaridade e à ocupação. Na realidade, Camila tinha o Ensino Médio completo, sem ter iniciado ou tentado cursar o ensino superior. Ela fez cursos técnicos, como informática, e sua ocupação era informal, atuava como cuidadora de crianças, principalmente de sua própria família. Assim, apesar de ter residido a maior parte de sua vida na zona rural, não exercia a ocupação de trabalhadora agropecuária.

Camila era filha de Aparecida e Carlos e tinha seis irmãos, embora apenas três tenham crescido com ela, já que os outros três faleceram na primeira infância. Ela nasceu e cresceu na zona rural do município de Taipas do Tocantins. Por volta dos 16 anos, mudou-se para Dianópolis com a irmã mais velha para continuar os estudos. Lá, trabalhou informalmente cuidando de duas crianças e ajudou a criar sua sobrinha, filha da irmã mais velha. Com o dinheiro enviado por sua mãe, fez um curso de informática e começou um tratamento dentário com uso de aparelho ortodôntico. Durante as férias escolares, retornava à casa dos pais. Um de seus hobbies era fazer crochê. Camila não gostava de viver em Taipas e frequentemente pedia à mãe que se mudassem para Dianópolis, mas a condição econômica da família não permitia. Segundo a mãe, Camila não gostava do lugar onde moravam (Taipas - TO).

Camila também não se sentia bem com sua aparência, especialmente por ter a boca torta. Sofreu *bullying* em vários momentos, inclusive na escola. O diagnóstico exato que causava essa condição não era conhecido, mas a mãe relatou que Camila nasceu normal e desenvolveu a condição mais tarde, como uma paralisia facial. De acordo com a mãe, Camila era muito carinhosa com os familiares e alegre, gostava de conversar, mas no ano de seu óbito começou a se comportar de forma diferente, perdeu o prazer em atividades como ouvir música, apresentou “preguiça”, “nervosismo” e se isolou socialmente. Ela era descrita como calma, organizada e responsável. Não tinha um histórico consolidado de relações amorosas e mantinha poucas amizades.

Em relação à espiritualidade, Camila e sua família eram praticantes do catolicismo, mas, em Taipas, raramente frequentavam a igreja devido à ausência de uma na zona rural. No entanto, sempre participavam dos festejos e das folias religiosas. Em Dianópolis, Camila frequentava a igreja aos fins de semana com a família da irmã, mas, com o adoecimento, também perdeu o prazer em participar das atividades religiosas.

Deuselize

Deuselize faleceu em 2011, aos 39 anos, conforme registrado na Declaração de Óbito. Era de cor parda, viúva, e sua escolaridade foi registrada como “ignorada”. Sua ocupação, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), era de trabalhadora agropecuária em geral. A causa básica do óbito foi enforcamento, ocorrido em uma fazenda. Em entrevista com familiares, foi constatado que o estado civil estava incorretamente registrado; na verdade, ela tinha um relacionamento estável e era considerada casada.

Sua escolaridade correspondia ao 4º ano do Ensino Fundamental, embora isso não tenha sido confirmado, e ela enfrentava dificuldades na escrita, como trocas de letras e uma caligrafia de difícil compreensão. Deuselize residia e trabalhava na fazenda como caseira¹³, realizava serviços domésticos, o que não se enquadra na classificação ocupacional registrada na Declaração de Óbito. Essa classificação, que se refere a trabalhadores que atuam diretamente em atividades agrícolas e pecuárias, estaria mais adequadamente registrada como trabalhadora doméstica.

Deuselize tinha uma história de vida marcada por muitos sofrimentos. Natural de Conceição do Tocantins, era filha única de um relacionamento sem vínculo conjugal. Seu pai posteriormente se casou e teve seis filhos, e sua mãe também se casou e teve três filhos, totalizando nove irmãos para Deuselize, com os quais, apesar de terem pais diferentes, mantinha boas relações.

Ela foi obrigada a se casar aos 15 anos, após perder a virgindade e engravidar, sob pressão de seu pai. O relacionamento com seu companheiro era conflituoso, com frequentes separações e reconciliações. O casal teve uma filha, separou-se, reconciliou-se, teve filhos gêmeos, separou-se novamente, e assim o ciclo continuou resultando em

¹³ Caseiro é um funcionário que reside e cuida de uma propriedade particular. É responsável por fazer as atividades de limpeza e manutenção do local, bem como cuidar de plantas, animais, entre outras atribuições. Esse profissional tem direito a um salário-mínimo, férias e folha de pagamento.

mais uma filha, Júlia (a entrevistada), e dois outros filhos, um dos quais faleceu aos sete meses de idade. A relação era marcada por agressões e uso abusivo de álcool por ambos.

Após a separação definitiva, Deuselice morou de favor, junto com os filhos, na terra de outras pessoas e não conseguiu criar todos os filhos. Ela teve seis filhos no primeiro casamento e um em um relacionamento subsequente, mas não viveu com o pai da criança. Posteriormente, Deuselice se casou com um homem que era 11 anos mais jovem, tendo ele 18 anos na época. Naquele momento, ela já tinha sete filhos, e a família do companheiro não aceitava essa relação. Juntos, tiveram mais uma filha. O relacionamento durou 12 anos, mas, conforme relatado pelos filhos durante as entrevistas, foi marcado por conflitos e instabilidade.

Deuselice viveu a maior parte de sua vida na zona rural e trabalhou como caseira, ao lado do marido, em fazendas, uma ocupação que ela apreciava. Quando morou na zona urbana, trabalhou lavando roupas e como cuidadora de idosas. Ela também fazia crochê como hobby e como complemento de renda. Além do crochê, no período de colheita do fruto buriti, colhia e produzia óleo de buriti e raspas de buriti para venda. Em outra ocasião, também produziu farinha para complementar a renda familiar.

Sua filha Júlia a descreve como uma mulher alegre, carinhosa, sociável e com grande energia para agregar as pessoas. No entanto, Deuselice não costumava expressar seus sentimentos íntimos nem reclamar da vida. Além de ter perdido um filho, nos últimos anos de sua vida, Deuselice sofria com o desaparecimento de outro filho, que tinha 15 anos na época. Ela não possuía uma forte rede de apoio, seja familiar, de amizades ou de serviços públicos. Em termos de espiritualidade, frequentou a igreja evangélica “Deus é Amor” por cerca de cinco anos, mas abandonou a igreja após o desaparecimento do filho, que havia sido levado sob a responsabilidade do pastor.

Joaquim

Joaquim, de acordo com os dados da Declaração de Óbito, faleceu em 2011 aos 53 anos. Preto, legalmente casado (embora, segundo a entrevistada, estivesse separado), com escolaridade até o 3º ano do Ensino Fundamental. Sua ocupação estava registrada no CBO como “trabalhadores agropecuários em geral”, e ele morreu por enforcamento em uma fazenda.

Nascido e criado em Taipas do Tocantins, Joaquim trabalhava como lavrador e pedreiro autônomo. Sua ex-esposa, Francisca, o descreveu como um homem trabalhador,

que plantava para subsistência e fazia bicos como pedreiro para complementar a renda da família.

Joaquim e Francisca eram primos e foram forçados a se casar por pressão de uma tia e do pai de Francisca, após ela ter perdido a virgindade com Joaquim. Eles tiveram cinco filhos e inicialmente viveram na zona rural, mas se mudaram para a área urbana quando Francisca se tornou servidora pública.

O casamento durou mais de 20 anos, mas os conflitos aumentaram devido ao uso excessivo de álcool por parte de Joaquim, levando à separação. Como Francisca descreveu: “Ele não quis muié mais não. A muié dele era essa aqui (gesto de beber)”. Mesmo assim, Joaquim sempre foi um pai carinhoso. Após a separação, ele voltou a viver na zona rural, em uma propriedade de um parente, já que havia vendido sua terra.

Francisca descreveu Joaquim como um homem alegre, que preferia a tranquilidade do campo ao barulho da cidade, mas que era sociável, especialmente no ambiente doméstico e na companhia da bebida.

7.2 Apresentação das famílias

Família 1 - Camila

Aparecida, 63 anos, é mãe de Camila. É uma mulher casada, autodeclarada Católica Apostólica Romana, com escolaridade até o 5º ano do Ensino Fundamental. Ela se identifica como parda e trabalhou como dona de casa e professora antes de se aposentar.

Natural de Dianópolis, Aparecida reside na zona rural de Taipas do Tocantins, onde viveu toda sua vida. Casada, teve sete filhos, dos quais três faleceram na primeira infância. Atualmente, ela tem três filhos vivos, e uma das filhas é portadora de deficiência mental. A maior perda de Aparecida ocorreu quando sua filha Camila, aos 25 anos, cometeu suicídio.

Todos os filhos de Aparecida cresceram na zona rural e, em busca de melhores oportunidades, migraram para Dianópolis, a cidade mais próxima. Apesar de ter baixa escolaridade, Aparecida lecionou em uma escola rural, que funcionava em uma pequena casa ao lado de sua residência. Quando essas escolas, que ofereciam até a 4ª série do Ensino Fundamental, foram fechadas, ela perdeu seu emprego. A situação financeira da

família se agravou ainda mais com a perda do benefício de aposentadoria da filha com deficiência.

Durante cinco anos, incluindo o período da morte de Camila, a família sobreviveu com os recursos limitados provenientes do trabalho informal do marido de Aparecida, pai de Camila. Ele ganhava cerca de 30 reais por dia cuidando do gado em fazendas vizinhas. O marido/pai¹⁴, que ainda continua trabalhando informalmente, é natural de Conceição do Tocantins e possui terras que são compartilhadas entre seus familiares. Relatos indicam que a família nuclear manteve uma forte união e os membros são conhecidos por sua abertura ao diálogo.

José, de 38 anos, é primo de primeiro grau de Camila. Ele é autodeclarado pardo, religião Católica Apostólica Romana, com escolaridade de Ensino Fundamental completo, e atualmente exerce a função de vereador. José é natural de Conceição do Tocantins. Está em uma união estável há seis anos e tem uma filha de 16 anos. A sua companheira foi diagnosticada com depressão, o que, somado ao fato de José ser uma figura pública, o sensibilizou para as questões de saúde mental.

José e Camila eram muito próximos durante a infância e adolescência. Eles estudaram juntos na mesma escola rural onde Aparecida lecionava e eram vizinhos de fazenda. Durante esse período, José frequentava a casa de Aparecida, que também era sua madrinha. Em 2009, ele se mudou para outro estado, mas retornou para sua cidade natal após a morte de Camila, em 2014, onde reside até hoje.

Família 2 - Deuselice

Júlia, 32 anos, é filha de Deuselice. Está em união estável, autodeclarada Católica Apostólica Romana, com escolaridade de Ensino Superior incompleto. Ela se identifica como parda e trabalha como analista de Recursos Humanos.

Júlia é natural de Dianópolis - TO e passou sua infância e adolescência em Taipas do Tocantins. Sua infância foi marcada por vulnerabilidades socioeconômicas, incluindo períodos de situação de rua e moradia temporária na casa de desconhecidos. Durante a infância, presenciou diversos conflitos familiares, principalmente entre sua mãe e seu pai. Aos 6 anos, foi adotada, pois sua mãe biológica não tinha condições financeiras de criar

¹⁴ O pai de Camila aceitou participar da pesquisa, contudo, não se efetivou a entrevista. Na data agendada para a entrevista, a pesquisadora teve dificuldades de chegar até a residência, o pai esperou, mas teve que se ausentar para trabalhar em uma fazenda (diária). A irmã mais velha também foi solícita com o pedido, mas, por residir em outro município, ficou inviabilizada a entrevista.

todos os filhos. Apesar da adoção, Júlia manteve contato regular com sua família de origem, especialmente com sua mãe biológica, Deuselice, passando as férias escolares com ela e seus irmãos biológicos. A convivência com os irmãos e o padrasto ocorria apenas durante as férias, quando possível.

Alguns irmãos também foram adotados informalmente por diferentes famílias. Júlia nunca teve um vínculo afetivo com seu pai biológico, que a rejeitou devido à sua pele mais clara em comparação com os outros irmãos e não registrou seu sobrenome no documento civil da filha. Mesmo sem ter sido criada por sua mãe biológica, Júlia demonstra um profundo afeto, admiração e carinho por ela. Em uma família extensa, ela é a quarta filha entre oito irmãos. Ao se casar, por volta dos 19 anos, Júlia morava em uma fazenda próxima à fazenda onde residia sua mãe, Deuselice, o que permitia visitas frequentes nos finais de semana. Ela também morou em Goiânia - GO por um período. Atualmente, ela reside em Luís Eduardo Magalhães - BA. Embora tenha iniciado o curso superior de Letras, não o concluiu. Vive em união estável e tem um filho.

Pedro, 26 anos, é filho de Deuselice. Está em união estável, não segue uma religião, possui escolaridade de Ensino Médio completo. Ele se identifica como pardo e trabalha como vigilante.

Pedro, um jovem adulto de poucas palavras, compartilhou pouco sobre sua história de vida. Ele é o sétimo dos oito filhos de Deuselice, e o único filho de ambos os pais, que viveram juntos por pouco tempo antes de se separarem. Seus irmãos e irmãs são de pais diferentes. Pedro estudou no Colégio Familiar Agrícola, localizado no povoado mais próximo de uma das fazendas onde moraram, no município de Dianópolis. O acesso à fazenda, pertencente à família do padrasto, era difícil; o local só era acessível a pé, cruzando um córrego por uma pinguela.¹⁵ Para ir à escola, Pedro pedalava 7 km de bicicleta até a estrada asfaltada, onde a van escolar o buscava. Posteriormente, ele se mudou para a zona urbana de Dianópolis, onde viveu com sua irmã Júlia e a família dela, para facilitar o acesso à escola. Mais tarde, mudou-se para Goiânia com a família de Júlia. No período em que sua mãe faleceu, Pedro tinha 15 anos e já não morava mais com ela, estava em Goiânia com a família da irmã. Atualmente, Pedro reside em Palmas, onde a entrevista foi realizada.

¹⁵ Ponte improvisada, rústica e de construção temerária sobre um riacho ou vale. Muitas vezes, apenas um pedaço de pau estendido sobre a área a ser transposta.

Família 3 - Joaquim

Francisca, 61 anos, é viúva de Joaquim e autodeclarada evangélica. Com Ensino Fundamental incompleto (até o 3º ano) e identificada como preta, trabalha como auxiliar de serviços gerais.

Nascida na zona rural de Conceição do Tocantins, Francisca e Joaquim, que eram primos (avô de Joaquim é irmão da avó de Francisca), se conheceram como vizinhos de fazenda. Seu relacionamento começou na juventude, levando ao casamento forçado após a perda de sua virgindade, uma imposição da tia e do pai de Francisca, quando ela tinha cerca de 20 anos. Durante o casamento, viveram na zona rural, onde colaboravam na agricultura de subsistência e nos cuidados com a casa e os filhos.

Francisca fez um curso de merendeira e trabalhou nessa função em uma escola local até que as escolas da zona rural foram fechadas. No período, houve concurso no município, e ela fez para auxiliar de serviços gerais. Com a mudança profissional, a família mudou-se para a área urbana de Taipas do Tocantins, onde receberam um lote e seu ex-marido construiu uma casa. O casamento, entretanto, foi marcado por conflitos, especialmente devido ao alcoolismo de Joaquim, levando à separação após mais de 20 anos juntos. Durante esse período, Francisca foi a principal provedora da família, já que Joaquim enfrentava dificuldades para trabalhar devido ao uso de álcool.

Apesar da separação, mantiveram um relacionamento amigável, e Joaquim frequentemente visitava a casa de Francisca, especialmente para ver uma neta com quem tinha uma ligação especial. Eles tiveram cinco filhos; na época da morte de Joaquim, dois moravam em Goiânia e três em Taipas. Após a separação, Francisca casou-se novamente e, atualmente, vive com o novo esposo e cuida de duas netas.

7.3 Análise das entrevistas

Para ilustrar os resultados em profundidade, serão apresentados trechos das narrativas coletadas nas entrevistas, em diálogo com a literatura.

7.3.1 Histórico de adoecimento mental

O sofrimento psíquico tem como critério de avaliação o próprio indivíduo e seu mal-estar psicológico, ou seja, a si próprio e à sua estrutura psicológica, e não sobre o

processo adaptativo na sociedade. Logo, o sujeito que sofre pode estar adaptado, mas vivenciar um sofrimento, por outro lado, pode estar socialmente desadaptado e não sentir nenhum mal-estar ou sofrimento significativo.

Assim, embora o sofrimento psicológico tenha o potencial de precipitar o desajuste social, que por sua vez pode influenciar a manifestação de distúrbios psicológicos, uma relação definitiva de causa e efeito entre esses construtos não pode ser invariavelmente comprovada. Isso levanta preocupações significativas em relação à validade do emprego apenas de critérios de adequação social na avaliação psicológica de um indivíduo como normativo ou patológico (Bock; Furtado; Teixeira, 2002).

As condições externas devem ser compreendidas como desencadeadoras ou determinantes da doença mental, assim como são promotoras e incentivadoras da saúde mental. “Abordar a questão da doença mental significa considerá-la como produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo e sua estrutura psíquica” (Bock; Furtado; Teixeira, 2002, p. 347).

Na modernidade, os sintomas podem ser agrupados de distintos modos e identificados em quadros clínicos. “A psiquiatria clássica considera os sintomas como sinal de um distúrbio orgânico” (Bock; Furtado; Teixeira, 2002, p. 350). A psicanálise contribuiu ao definir que a distinção entre o normal e anormal é por ordem de grau e não de natureza. As estruturas de personalidade e de conteúdos são iguais (estrutura neurótica e psicótica) e, se mais ou menos “ativadas”, geram os distúrbios no sujeito.

A perspectiva psicológica vê a doença mental como uma desorganização da personalidade, isto é, com base no grau de desvio em relação ao que é considerado comportamento padrão ou personalidade normal.

Observa-se que em ambos os modelos explicativos – psiquiatria clássica e abordagem psicológica – há um critério de normalidade. Portanto, a definição de normal e patológico é altamente subjetiva. A antropologia vem contribuindo ao tratar da relatividade cultural do conceito e do fenômeno acerca do normal e do patológico.

Em oposição, surgem as teorias críticas, como a antipsiquiatria e a psiquiatria social. A antipsiquiatria afirma que doença mental é uma construção da sociedade. Nesse sentido, a doença mental não existe em si, trata-se de uma representação para diferenciar e isolar o fenômeno que questiona a universalidade da razão. A antipsiquiatria e a psiquiatria social procuraram compreender os fatores desencadeadores ou determinantes (fora do indivíduo), do sofrimento ou doença do indivíduo, contudo, não recusam que a doença exista.

Logo, “[...] a doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis nos quais nos compomos: biológico, sociológico, psicológico” (Basaglia, 1979, p. 79). Ou seja, ocorrem em um determinado tempo histórico e espaço social definidos.

Camila começou a manifestar sinais de adoecimento com dores no corpo que, apesar de diversas investigações médicas, não foram diagnosticadas por exames. Após várias tentativas para descobrir a origem dessas fortes dores, a família e os médicos concluíram que se tratavam de dores de origem psicológica. Em 2014, a família notou mudanças comportamentais em Camila, como a perda de prazer em atividades que antes eram seus hobbies.

Tinha vez que eu falava para ela fazer, vez quando ela foi, ela foi ficando, assim que eu me achava que era perturbação na mente dela, mas acho que ela já tava se sentindo. Tinha vez que, um dia eu pedi para ela fazer um crochêzinho lá, de um centro e ela: “não, mãe, não vou fazer não”. Eu falei: “faz, minha filha”. Eu adulei, adulei até que ela fez e foi. Acho que até o último, ele tá por aí guardado [...]. Já tava com preguiça e eu não entendia por quê [...] nervosismo eu acho [...]. Era alegre, ela não era fechada. Ela chegou a se fechar depois dessas coisas, né? Depois que ela ficou depressiva. Mas ela era sempre feliz [...], ela gostava muito de ouvir música. Aí tudo isso ela foi ficando diferente, quando ela já não quis mais ouvir música, não via mais ela ligar som. Aí eu fui notando que ela tava ficando diferente, porque ela gostava demais de ouvir música (Aparecida).

A mudança de comportamento como indicador de adoecimento mental surge como um aspecto central de análise. A *American Psychiatric Association* (2014) define transtorno mental como um distúrbio significativo na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, caracterizado por uma variedade de sintomas que causam angústia ou comprometem o funcionamento. Nesse contexto, a família identificou uma alteração no humor de Camila, que passou de um estado “alegre” para um estado mais depressivo.

As alterações de comportamento, portanto, são uma característica importante do adoecimento mental. Para a mãe de Camila, um evento marcante que sinalizou o início do adoecimento mental da filha foi um pouso de folia (atividade religiosa) ocorrido em Taipas do Tocantins, em junho de 2014, que evidenciou sinais de mudança no comportamento.

Ela ficou sem querer e parece, eu me senti dessa época assim, parece desse dia que nós fomos lá, foi o dia que daí para cá que ela arruinou. Aí nós fomos lá, que lá tinha umas pessoas, as primas dela não gostava dela, tinha, brincava, porque ela tinha um jeitinho na boca, não tão. As pessoas que conhecesse ela notava,

mas quem não conhecesse e visse ela assim ela era normal. Mas aí ela foi ficando, que tinha o queixo dela um pouquinho prum lado assim (Aparecida).

Para a mãe de Camila, esse evento foi marcado por violência psicológica, mais especificamente por *bullying*. No entanto, é importante ressaltar que a conceitualização de “violência psicológica” foi elaborada pela própria mãe, conforme ela verbalizou durante a entrevista. Camila tinha baixa autoestima e não se sentia bem com sua aparência. A mãe relata que a filha nasceu saudável, mas, posteriormente, desenvolveu uma leve paralisia facial, que deixou sua boca um pouco torta. Entretanto, segundo o primo José, as situações de violência psicológica relatadas por Camila não eram reais, mas consequências de um pensamento distorcido, resultado da depressão.

Não, nunca foi real, nunca, não era real. Ela criou essa situação, entendeu? Eu acho que assim, devido à pessoa está já um pouco com a depressão e dá, dá dá isso nas pessoas e a já pensam que você está falando mal, que você está xingando isso, entendeu? E ela criou essa situação. E falou para a mãe, eu acho que a mãe que acabou acreditando. Entendeu? (José).

E exemplifica o jeito introvertido da prima.

Igual eu te falei, com o pessoal de dentro de casa não. Mas, se ela é, é perceber que alguém estaria olhando para ela de um modo diferente, ela já julgava as pessoas que estavam falando mal. Entendeu? Até aqui, às vezes com alguns parentes. Entendeu? Tipo assim, eu chegava lá e, assim, olhava ela com jeito diferente, ela já imaginava que eu estava falando mal dela [...]. Se chegasse alguém que ela não, não, não se dava muito, ela nem aparecia, nem para conversar, nem para trocar ideia, nem nada. Ela dava um jeito de se esconder para lá e ficar por dentro do quarto. Nem, nem aparecia (José).

Conforme os relatos, observou-se a presença de humor deprimido (sentimento de tristeza, vazio ou desesperança), anedonia (diminuição do interesse ou prazer em atividades), sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, fadiga ou perda de energia, isolamento ou retração social e sintomas psicossomáticos (manifestações físicas decorrentes de fatores emocionais ou psicológicos). Esses sintomas podem ocorrer em diversas condições, como transtornos depressivos.

Os sobreviventes explicam o adoecimento mental e, conseqüentemente, o suicídio de maneiras distintas, como observado nos relatos. Ora relacionam o adoecimento com a violência psicológica expressa pelo *bullying*, que agrega mais um fator de risco; ora o associam como uma consequência direta da depressão, caracterizada pela distorção da realidade. Não se pretende estabelecer causalidade ou emitir juízo de valor sobre as

narrativas; no entanto, é possível considerar as diversas implicações das situações de violência e do adoecimento mental no comportamento suicida.

Como destacado por Miranda (2014), é crucial reconhecer que os dados coletados nas entrevistas são limitados pelas experiências e pelas perspectivas pessoais do informante, o que enfatiza a importância de considerar que as informações fornecidas são baseadas exclusivamente no que o informante testemunhou e percebeu diretamente durante o processo de pesquisa.

A primeira tentativa de suicídio ocorreu uma semana após o evento religioso (folia) mencionado pela mãe, quando Camila ingeriu sal amoníaco e água oxigenada. Ela foi levada ao médico na zona urbana de Taipas, mas não precisou passar por lavagem estomacal, pois já havia vomitado as substâncias ingeridas.

Além dos sintomas mencionados, Camila apresentava pensamentos recorrentes de morte, ou seja, ideação suicida e tentativas de suicídio, como pode ser observado em toda a sua trajetória de adoecimento. O pensamento de morte, inclusive sua verbalização, estava presente:

Sempre ela falava comigo, eu dizia: “minha fia, mas morrer assim” [...], que ela já falava, né? Depois desse tempo que ela percebeu, dessa coisa na boca, aí eu dizia pra ela: “minha filha, isso não é motivo” (Aparecida).

A segunda crise ocorreu,

No mesmo ano ela, ela adoeceu em junho, 17 de junho, que ela deu a primeira crise, que ela, que ela saiu de casa [...]. Ela ficava muito dentro do quarto, esse quarto ali da frente que era dela, ela ficava muuito no quarto, olhando no espeí direto, ela ficava na frente do espeí. Aí era coisa que eu não podia tirar o espeí, porque, se eu tirasse, ela dizia que eu tava escondendo as coisas, né? Mas aí todas vez que eu passava, eu observava que ela tava olhando no espeí [...]. Aí ela foi lá no mato, nós não tinha banheiro na época, e ela foi lá. Ela pegou tudo quanto foi calcinha dela, o saco de calcinha, ela juntou assim um tanto e levou pro mato, jogou fora e sumiu. Mas até aí eu não dei fé. Aí, quando ele saiu, apertei, aí ele chamou, despediu dessa, aí eu falei que ela deve tá por aí. Ele saiu e eu comecei a chamar por ela, aí chamei, chamei [...]. Aí, quando eu chamei ela, chamei e nada, e aí eu comecei a andar nesses mato ali, era muito fechado [...]. Aí eu voltei, aí eu peguei um, ela lia uma Bíblia assim bem pequeninha. Eu abri, olhei as folha dentro, aí tinha um papelzinho que ela escreveu, pedia os irmãos que cuidasse deu mas o pai (Aparecida).

Camila permaneceu desaparecida no mato por mais de seis horas antes de ser encontrada. Quando a família a localizou, conseguiu um carro emprestado de Dianópolis para levá-la ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade.

Foi apenas após a segunda “crise” que Camila foi encaminhada ao serviço especializado em saúde mental. Ela foi acompanhada por cerca de dois meses no CAPS, mas não participava das atividades em grupo, restringindo-se apenas às consultas médicas, psicológicas e ao recebimento das medicações.

Ela ficou indo no CAPS assim só para ver no dia que o psicólogo marcava pra conversar, mas ela não fazia aqueles acompanhamento, que ela dizia, ela era, eles era assim diferente. Eu acho que puxa eu, que eu não gosto de esse tipo de festa, que tem gente que é muito trovertido, de tá né, muita gente, eu não gosto desse tipo de coisa. E ela também disse que lá no CAPS era desse tipo, aí ela disse que não ia conversar desse jeito [...]. Os grupos, é, é isso, ela disse que não ia. Aí também eles entendeu, vem aqui só pra fazer o acompanhamento, conversar com o psicólogo e pegar os remédios que for possível, né? Era assim que era o acompanhamento, mas para ir lá na turma, de fazer, que eu vejo lá eles fica tudo alegre uns com os outros (Aparecida).

Com diagnóstico de depressão, Camila fazia uso de medicações, mas a mãe não conseguiu lembrar os nomes.

Tomava remédio pra calmar, né? Ultimamente que ela ficava muuito nervosa, aí ela tomava os remédio, dormia. Inclusive esse dia que ela saiu, que ela saiu bem cedinho ainda não tinha tomado os remédios. Os efeitos da medicação eram perceptíveis e monitorados pela família rapidinho. Ela podia tá nervosa que fosse, tomava o remédio aí ela dormia, mais que ela dormia, ela ela levantava, alimentava, direitinho, aí ela já tomava os remédio, e já dormia de novo, né? [...] Eu tinha os remédios dela escondido, era eu mesmo que dava (Aparecida).

No CAPS, os profissionais orientaram a família de que Camila não deveria ficar sozinha. No entanto, em um dia em que o pai e a irmã estavam em atendimento psicológico, Camila saiu do serviço e desapareceu novamente. Toda a família e amigos se mobilizaram nas buscas, e ela foi encontrada após duas horas. Camila estava no mato, “Longe, tinha uma, diz que lá o lugar cheio de espinha, onde tinha uma cruz, que alguém tinha morrido lá, ou é enterrado não sei [...]”, relatou Aparecida. A família a colocou no carro e a levou de volta para casa.

Após esse terceiro episódio de crise, Camila apresentou melhora:

Ficamos indo pro CAPS, aí ela já tava bem boa, boa mesmo, tava alimentando direitinho. Quando ela voltou lá no CAPS um dia pra fazer a revisão que vinha o psicólogo, era lá de Palmas, aí diz que elogiou: “oh, Camila, cê tá bonita”. Ela já tava transformada, ela arrumava direitim, pois aí vem praqui, diz que queria ficar aqui. Tô aqui, aí um dia ela tornou ficar triste. Aí eu falei com o Luciano [nome fictício do irmão]: “Luciano, Camila não tá bem”. Aí veio e nós fomos pra Dianópolis. Aí ficamos lá uma semana e eu chamei o pai, que fosse, que era para nós ver o que que nós ia fazer. Ela pedia, por bem que não

ia ficar internada em clínica nenhuma, que não ia ficar [...], disse que mordida o corpo dela tudo (Aparecida).

Mesmo em tratamento, Camila voltou a apresentar sinais e sintomas de depressão. Ela não conseguia dormir bem à noite (alterações do sono) e relatava dores no corpo, descrevendo a sensação como se estivesse sendo mordida (sintomas psicossomáticos). Nos dias que antecederam o óbito, a família notou mudanças em seu estado mental.

Ela estava assim confusa mesmo. Às vezes a gente olhava para ela via que parece que ela tava assim voando, né? [...] Longe, se ela ficasse, ela saía, gostava de ficar em pé fora do terreiro olhando lá para longe [...] muito tempo assim [...]. Ela falava que ouvia vozes, chamando para ela fazer o ruim [...]. Disse que só mandando, mandando ela fazer aquilo, só fazer aquilo [...]. Não ela não identificava alguém não [...]. Ver assim ela não falou, se via não, né? [...] Ela ficava mais deprimida, que precisava a gente ficar conversando, mostrando as coisas, ou às vezes ela dormia muito (Aparecida).

Um quarto episódio de crise ocorreu em Dianópolis. Apesar de estar sendo monitorada pela família, Camila conseguiu escapar da atenção e saiu de casa. Infelizmente, esse episódio culminou em seu óbito. “Aí saiu, procurou o dia todinho esse dia, no dia 25, 26, quando foi lá para as 9 horas da manhã foi quando achou ela já morta”, relatou Aparecida.

História do óbito: Camila fugiu de casa, ficou desaparecida por um dia e foi encontrada em uma área de mata nos arredores de Dianópolis, próxima a um córrego. Ela havia pulado dentro de um buraco e se enforcado com o tecido do vestido que usava. “Era o laço, e o laço do vestido amarrado ficava grande, e disse que esse tava enrolado no pescoço dela, dado o nó”, completou Aparecida.

O que aqui é denominado “história de adoecimento mental”, ou como se verifica na literatura como “transtorno mental”, trata-se de um dos principais fatores de risco para o suicídio. No caso de Camila, diversos fatores de risco elencados na literatura (WHO, 2014) estavam presentes: transtornos psiquiátricos, especificamente o transtorno de humor – depressão; tentativas de suicídio anteriores; perdas financeiras (fatores de risco individuais); traumas e abusos, possivelmente decorrentes do *bullying* e dos problemas financeiros (fator de risco comunitário); barreiras para acessar cuidados de saúde (fator de risco do sistema de saúde); e conflitos nas relações ou perdas, agravados pela vulnerabilidade socioeconômica (fator de risco relacional).

A presença de adoecimento mental, sobretudo a depressão, foi uma constante nas entrevistas de autópsias psicossociais. Esse também foi o caso de Deuselice, que foi

diagnosticada com depressão, embora a família não compreendesse plenamente o acompanhamento médico necessário.

A minha mãe era muito alegre. Ela era muito, muito, muito alegre. É por isso que eu acho que a gente teve muita dificuldade de entender que ela tinha depressão. Primeiro, porque a gente não tinha nunca, não tinha ninguém da família que tinha esse quadro, que tinha isso, né? Era novo pra todo mundo. A gente não sabia o que que era depressão, né? Eu nunca tinha visto falar. Aí ela dizia: não, o médico disse que eu estou com depressão. Né? Mas o que é depressão? Ninguém procurou saber o que que era depressão e ela nunca deixou... eu vi a minha mãe, eu vi a minha mãe chorando duas vezes. E eu acredito que tenha sido por conta da depressão (Júlia).

Nessa situação, Deuselice chorou no quarto, alegando sentir-se triste por ver os filhos brigarem. O diagnóstico de depressão também foi confirmado pelo filho.

Ela falou, a gente sabia que ela tinha depressão, porque ela falou, ela falou: “oh, o médico falou que eu tenho uma tal de depressão profunda” [...]. Aí ele falou pra ela que ela tinha depressão, só que assim todas as vezes que ela ia no médico, ela ia sozinha. A gente nunca ia, então assim, talvez ele até tenha encaminhado ela pra algum, pra algum profissional, mas ela não foi. Ela não foi nenhuma vez (Pedro).

Os membros da família enfrentam desafios para reconhecer a depressão em todas as fases da vida, devido às manifestações vagas dos sintomas precoces pelos indivíduos afetados, o que torna o diagnóstico e a intervenção precoce mais difíceis.

De acordo com o estudo de Silva, Stefanelli e Hoga (2004), os principais fatores que dificultam a identificação precoce da depressão no contexto familiar incluem estigmas, desconhecimento sobre a enfermidade, dificuldades de comunicação, busca por soluções alternativas e resistência ao tratamento farmacológico. Esses fatores criam um círculo vicioso que impede a busca e o início do tratamento adequado para a depressão.

Dessa forma, tanto pacientes quanto familiares podem ser prejudicados pela falta de reconhecimento da doença, o que leva à resistência em buscar ajuda profissional e ao atraso no início do tratamento. A falta de informação adequada sobre a depressão faz com que os sintomas não sejam reconhecidos ou sejam mal interpretados. Além disso, as pessoas com depressão frequentemente experimentam um sofrimento que não conseguem expressar claramente, o que dificulta para familiares e amigos a identificação dos sintomas iniciais da doença. Nesse contexto, observa-se um empobrecimento das estratégias de enfrentamento dos problemas por parte da família.

Cerca de um ano e meio antes do óbito, Deuselice apresentou uma crise:

Foi do nada, do nada, ela pegou um facão e sumiu. A gente, eu percebi. Eu morava numa fazenda, eu me casei e morava na fazenda lá perto. Praticamente todo final de semana eu ia lá. E aí ela sumiu. E a minha irmã, eu tinha uma irmã de 7 anos na época mais nova, e a minha irmã começou a chorar, chorar, chorar pra dentro do mato. Aí eu fui ver o que que era, aí a minha irmã estava segurando ela, porque ela tava com o facão na mão, querendo entrar pra dentro da mata. E assim, isso seria um gatilho pra mim ter procurado entender o que que era, pra, pra ajudar de alguma forma, sabe? Só que aí assim, eu não fiz nada, ninguém fez nada [...]. Aí eu fui, eu perguntei o que estava acontecendo, porque ela estava, ela estava sentada no chão com um facão do lado e chorando, chorando, chorando, chorando, chorando. Aí eu perguntei: “o que que foi?”. Aí ela falou assim: “não, é, eu só quero sumir”. Ela falou assim [choro]: “Desculpe” [...]. É, aí eu, eu, eu perguntei: “o quê que tá acontecendo? Por que que a senhora tá assim? Por que a senhora tá chorando?”. Aí ela: “não, eu, tem hora que eu tenho”. Aí ela começou a falar: “tem hora que eu que me dá essas vontade, tem hora que eu não quero conversar com ninguém, tem hora que eu só quero sumir, dá uma vontade assim de sumir, dá uma vontade de sumir, eu não sei explicar o que que é”. Ela falou isso pra mim. E aí eu fiquei sem reação, eu fiquei sem saber o que fazer, sabe? Aí eu falei: “levanta, mãe, vamos embora para casa”. Só isso que eu falei. Eu falei: “ó, Clara¹⁶ tá chorando, não deixa ela chorar não, vamo embora”. Aí ela levantou e foi pra casa. E aí acabou (Júlia).

Esse episódio não foi interpretado como uma tentativa de suicídio pelos familiares na época. Além disso, também não teve uma explicação médica adequada para a família.

Oh, teve dois episódios que aconteceu com ela, que ela, ela disse que o corpo dela adormeceu, assim ela, ela sentiu um, uma dormência no corpo, e ela ficou com falta de ar e ela desmaiou lá na fazenda dos sogros dela. Ela desmaiou e ela acordou uns dois dias depois [...]. Ela desmaiou, aí ninguém sabia lidar com aquela situação que nunca tinha acontecido aquilo. Aí eles foram numa fazenda vizinha, pediram um carro e aí levaram ela pra Dianópolis, e ela ficou internada uns dois dias. Assim que ela veio, se ver, se enxergar, ela acordou, tomou banho, comeu, conversou com as pessoas, mas ela não tava conhecendo ninguém [...]. Aí aconteceu mais uma vez, inclusive nessa fazenda que ela morava. Aconteceu a mesma coisa [...]. Ela desmaiar e o meu padraço pegou ela levou pro hospital. Se o médico falou alguma coisa, foi com ele e ele não contou pra gente (Júlia).

Nos episódios relatados, é possível observar sinais e sintomas de depressão, com manifestações físicas, como dormências no corpo, desmaios e alterações cognitivas. É importante enfatizar que a correlação entre a identificação de uma doença mental específica e o ato de suicídio não é definitiva; embora essa correlação seja relevante, os fatores psicossociais desempenham um papel crucial em instigar ou acelerar a progressão para o suicídio (Miranda, 2014).

Em relação ao adoecimento mental e à presença de delírios e alucinações antes do óbito, Júlia descreve o seguinte episódio:

¹⁶ Nome fictício da filha mais nova.

Tem relatos dos meus irmãos, de uma época que teve um dia lá na casa do sogro dela, lá que ela começou a gritar que tinha uma cobra perseguindo ela e aí ela correu pra dentro do mato, já, acho que umas 11 horas da noite. Todo mundo atrás dela, e aí ela: “é a cobra, tá aqui vai me, vai me morder, vai me matar”. E aí todo mundo correndo atrás dela, tentando levar ela pra casa. E inclusive, nesse dia, ela não conseguiu dormir na casa porque disse que, se ela entrasse na casa, que a cobra tava lá, que ia morder ela, que ia matar ela. E aí eu, eu lembro dos meus irmãos contando esse episódio assim (Júlia).

Os sonhos de Deuselice também eram conturbados:

[...] eu lembro dela me contar que ela sonhava com umas coisas irreais assim, tipo, ela sonhava com a sogra dela. Ela disse: “neném, eu sonho com um monstro, é um monstro, um bichão bem grandão que quer me morder, que quer me comer, que pegar, me pegar. Só que a cabeça desse monstro é da minha sogra”. Ela me contava isso. Ela falava isso aí. Ela dizia também, assim, que toda sexta-feira, toda quinta e toda sexta, a sogra dela perguntava como ela tava (Júlia).

Para os pensamentos e sonhos “irreais” que Deuselice relatava, havia uma explicação atribuída por ela mesma: a feitiçaria ou a macumba praticada pela sogra. Além disso, Deuselice apresentava alucinações auditivas, conforme relatado por Júlia: “Ela disse que ouviu algumas vezes, mas ela disse que repreendeu e não deu, não deu muita atenção, não, mas ela ouviu”. No entanto, para os filhos, o adoecimento de Deuselice estava mais relacionado à sua atual relação conjugal.

Meses antes do óbito, Deuselice começou a consumir bebida alcoólica em segredo. Júlia relata: “E aí, nos últimos tempos, nos últimos 6 meses, mais ou menos, ela começou a beber escondido. É tanto que quando ela faleceu, a gente achou um monte de garrafinha escondido dentro de umas caixas, embaixo da cama, em cima do guarda-roupa”. Deuselice consumia bebida alcoólica, mas abandonou o hábito no segundo matrimônio, influenciada pelo fato de que seu novo companheiro e a família dele não consumirem álcool.

Um estudo de meta-análise revelou que mulheres com distúrbios relacionados ao consumo de álcool têm riscos relativos mais elevados de suicídio do que os homens. Isso também pode se aplicar a mulheres com comportamentos violentos (Conner *et al.*, 2001).

Outra alteração comportamental que precedeu a morte de Deuselice foi a mudança na forma de se relacionar com os familiares. Deuselice, que antes era sempre alegre e carinhosa, tornou-se distante e retraída nos últimos meses.

E aí, nos últimos tempos, ela não tava mais tão próxima assim, não tava mais assim [...]. Ela tava tratando a gente com frieza. Ela tava fria com a gente [...].

E aí, às vezes, ela se agitava muito e aí do nada se reprimia, ficava quietinha, no canto dela. Ela tava mais assim (Júlia).

Pedro relata que: “Ela ficava assim andando de um lado pro outro, é igual eu tô te falando só que ela não... não falava nada pra ninguém, sabe? Percebia só no modo dela ficar assim, ela tava nervosa [...]. Geralmente ela ficava mais triste, né? Agitada era difícil ela ficar”.

Assim, como no caso de Camila, Deuselice também apresentou alterações comportamentais. Além do adoecimento mental, tinha diagnóstico de diabetes e a doença esporão do calcâneo¹⁷. “Ela ia no médico direto, fazia, ela sofria com isso [...]. Tinha dia que ela não guentava nem pisar no chão direito”, expõe Pedro.

História do óbito:

E aí ela foi e falou pra, pra, pra um dos rapazes que trabalhavam, pra um dos homens que trabalhava lá na fazenda, que ela ia pegar lenha para cozinhar feijão, no fogão à lenha [...]. Eu acho que, no pensamento dela era assim, se eles me verem saindo com a corda, eles vão saber que eu fui pegar lenha. Então eu não sei se, provavelmente, ela já estava planejando isso, né? Aí ela, ela pegou uma bolsa, colocou as roupa nova dela tudo dentro dessa bolsa. Ela tinha 30 reais, era o dinheiro que tinha. Ela pegou os 30 reais e colocou dentro da bolsa, todos os documentos dela dentro da bolsa. Eu não sei, ou ela tava planejando ir embora. E aí, como da, da fazenda na BR era 16 km. E aí era muito longe pra ela ir a pé, ela não dava conta de andar tudo isso a pé. Aí ela, acho que ela pensou eu vou pra onde, né? Como que eu vou chegar na BR pra pedir ajuda pra ir embora daqui? Não tem como. E aí, não tinha saída para ela, né? Aí ela organizou tudo, aí ela escreveu uma carta. Ela escreveu uma carta e na carta ela colocou o nome dos filhos tudo por ordem de nascimento, da mais velha até o mais novo, ela colocou o nome dos filhos e colocou, eu amo vocês. Aí colocou o nome dos netos dela [...] só tinha esses dois na época. Aí ela colocou assim, vovó também ama muito vocês e os meus dois genros eu também gosto muito. Aí ela colocou: “eu peço, eu peço que não me enterre antes de chegar toda a minha família”. Aí ela colocou o nome da tia *Joana* [nome fictício da madrastra]. Daí ela colocou, eu amo todos os meus irmãos, meu pai e minha mãe, mãezinha, que era a tia dela, que ela chamava de mãe também (*Joana*). Aí colocou o nome das pessoas que ela gostava, o nome de todo mundo que ela amava. Ela escreveu. Aí no final ela só colocou assim: “olha, *Justino* [nome fictício do marido], eu vou pedir para você não judiar da minha filha. Se você judiar dela, eu venho buscar ela”. Mas, em nenhum momento na carta, ela colocou que amava ele. O nome dele tava pra ele não judiar de Clara, só isso. E aí deixou a carta em cima da cama, pegou a corda e sumiu. Aí ela, ela foi no mato [...]. Ela só atravessou a estrada assim pro outro lado, aí ela subiu, ela subiu numa árvore! Nunca tinha visto minha mãe subir numa árvore. Ela subiu na árvore, a lá em cima, ela amarrou a corda e pulou de cima da árvore (Júlia).

No caso de Deuselice, estiveram presentes vários fatores de risco associados ao suicídio: transtornos psiquiátricos, especificamente transtorno de humor – depressão;

¹⁷ A doença esporão do calcâneo é popularmente conhecido como esporão de galo. É um pequeno crescimento anormal de osso na parte inferior do calcâneo. Na maioria dos casos, é assintomático, mas pode estar associado à dor intermitente ou crônica.

hipótese de uso nocivo do álcool; tentativas de suicídio anteriores; perdas financeiras (fatores de risco individuais); traumas e abusos relacionados à violência psicológica e aos problemas financeiros (fatores de risco comunitários); e conflitos nas relações conjugais e familiares, relacionados à vulnerabilidade socioeconômica (fatores de risco relacionais).

A relação entre suicídio e transtornos mentais é amplamente reconhecida na literatura científica. Trabalhos dedicados ao tema, sobretudo as pesquisas da área da saúde, como os estudos epidemiológicos e as pesquisas com métodos de autópsia psicológica e psicossocial, frequentemente evidenciam essa conexão. O adoecimento mental nos casos de suicídio é classificado como fator de risco na literatura:

En la inmensa mayoría de los casos se asocia, según han demostrado las autopsias psicológicas, con la presencia de alguna patología psiquiátrica y, en especial, los trastornos depresivos, la dependencia al alcohol y drogas, y la esquizofrenia (Neira, 2017, p. 171).

Diversos estudos corroboram essa relação. Por exemplo, Ernst *et al.* (2004), com uso da metodologia da autópsia psicológica, constataram que 90% dos suicídios estavam associados a transtornos psiquiátricos, com 15% desses transtornos relacionados especificamente ao transtorno de humor, principalmente a depressão (Ernst *et al.*, 2004; Brodsky *et al.*, 2001). Conner *et al.* (2001) destacam que, entre os transtornos de humor mais relevantes, estão a depressão agitada, os transtornos de personalidade com impulsividade e agressão, os transtornos relacionados à serotonina e as crises interpessoais.

O risco de suicídio entre pacientes com transtorno depressivo é estimado em 4% (Bostwick; Pankratz, 2000), enquanto para pessoas com dependência de álcool é de 7% (Schneider, 2009). Para aqueles com transtorno bipolar, o risco é de 8% (Hawton *et al.*, 2005; Nordentoft; Mortensen; Pedersen, 2011), e, para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, é de 5% (Palmer; Pankratz; Bostwick, 2006). Quanto mais comorbidades de transtornos mentais houver, mais riscos significativos de a pessoa sofrer (Cavanagh *et al.*, 2003).

No entanto, nem todas as pessoas com comportamento suicida têm um histórico de adoecimento mental. O suicídio ou a tentativa de suicídio pode ocorrer de forma impulsiva, especialmente em situações de crise que envolvem fatores sociais, como o acesso fácil a meios letais, como pesticidas ou armas de fogo (WHO, 2014).

A identificação e o manejo precoce dos transtornos mentais são essenciais para a prevenção do suicídio, por representarem estratégias de intervenção seletiva. Entretanto, muitos estigmas em torno dos transtornos mentais e do suicídio criam barreiras que impedem as pessoas de buscar tratamento adequado, resultando em maior deterioração da saúde mental. Para superar essas barreiras, é importante promover educação sobre esses temas para aumentar a compreensão, a empatia e o apoio (WHO, 2014). A educação como estratégia de intervenção é abrangente e tem um impacto universal.

Neira (2017) reforça que nenhum processo patológico anula a autonomia do sujeito. Embora a literatura frequentemente associe o adoecimento mental ao suicídio, é essencial compreender que o suicídio é uma ação pessoal e íntima, realizada pelo próprio sujeito. Se essa relação fosse realmente causal e inevitável, representaria uma força intransponível que levaria o indivíduo a se matar, privando-o completamente de sua soberania e autonomia, caracterizaria o que pode ser denominado como um estado de “crise”. No entanto, é essencial reconhecer que comportamento de risco e suicídio, embora interligados, não são conceitos idênticos.

Conforme Habermas (1989), a crise é uma fase objetiva de uma doença, na qual o sujeito experimenta sua impotência frente à enfermidade, perde o controle sobre suas forças e é despojado de sua soberania. Assim, o pressuposto teórico de que o ato suicida está sempre relacionado ao adoecimento mental pode ser influenciado pela abordagem médica antes do suicídio, da mesma forma que o tratamento clínico, por meio do uso de medicamentos, pode comprometer a autonomia do sujeito.

No caso de Joaquim, seu adoecimento mental estava associado ao uso nocivo do álcool. Joaquim começou a consumir álcool ainda jovem, no contexto familiar da zona rural. O uso se intensificou quando a família se mudou para a zona urbana, o que também contribuiu para a separação conjugal.

Aí nós não vivia assim, muito assim, não vivia bem, ele tava bebendo muito, né? Ele tava bebendo muito. Aí nós viemos para cá, estivemos aqui bebendo, bebendo demais. Aí ele foi ficar lá na fazenda, lá na chácara do, na fazenda do, do primo nosso [...]. Já tava aqui na cidade. E aí nós não tava muito dando certo, só vivia brigando e tudo, né? E ele pegou mudou lá pra essa fazenda de meu primo, né? (Francisca).

O uso do álcool era frequente:

Era todo dia, todo dia, tem umas vez lá na fazenda que ele passava mal de ressaca. A gente falava pra ele, dava concei pra ele não ficar bebendo desse jeito. Mas, aí ele ficava, ele parava, ele parava uma semana. Aí, quando ele

vinha aqui (na cidade), que aqui tinha ela, aí já levava [...]. Vinha, vinha no mercadinho, comprava e levava. Mas, depois que nós mudemo praqui, era todo dia, todo dia bebia (Francisca).

Os malefícios do uso abusivo do álcool já estavam afetando gravemente a saúde física de Joaquim, com suspeita de cirrose:

É, já tava despelando as mãos dele tudinho assim, despelando só de, da, do, do, como é que, ci, como é que fala, ci, cirro (...) é da pinga, ele tava bebendo demais, ele tava bebendo demais. Aí ele pegou e, aí ele mesmo matou ele com as mão dele (Francisca).

Os prejuízos se estenderam também ao campo social, incluindo a separação conjugal mencionada anteriormente e a dificuldade em sustentar financeiramente a família. Quando se mudou para a cidade com a família, Joaquim vendeu a fazenda que havia herdado, contrariando a vontade da esposa, com o intuito de comprar uma caminhonete para fazer frete. Porém, o consumo excessivo de álcool impediu que ele conseguisse se organizar financeiramente: “E cê acredita que ele pegava o dinheiro tudo aos pedaços, pedaços eu sei que, eu sei que, eu falei assim: ‘olha, Joaquim, todo o dinheiro que o cê for pegar você vai e anota, né?’ Anota e não anotava, era bebendo, era bebendo direto e aí”, conforme expôs Francisca.

Após a separação, Joaquim se mudou para uma fazenda de um familiar para trabalhar, mas sua capacidade de trabalho estava comprometida pelo álcool: “[...] é ele ficou de conta nessa chácara lá, de meu parente, ele mexia lá, ele mexia lá com terra, levantar parede e tudo. Ele não tava dando conta mais não porque ele tava bebendo demais, né?” (Francisca).

O uso de álcool também gerou alterações comportamentais significativas. Joaquim era descrito como “nervoso”, especialmente quando intoxicado ou de ressaca: “Ele tinha problema de nervo. Joaquim era muito nervoso, por isso que aconteceu isso com ele, já tava ressacado né, ressacado da parte da bebida, né? [...] E ele era nervoso, qualquer coisinha que falasse com ele, ainda mais quando tava bebendo” (Francisca). Quando ficava agitado, Francisca saía de casa e, ao retornar, frequentemente o encontrava dormindo na cadeira: “Ele bebendo ele irritava, mas sem beber, minha fia, ele é humilde, era carinhoso, mas, depois que ele começou, menina do céu” (Francisca). Enquanto intoxicado ou de ressaca, Joaquim se mostrava nervoso e agitado; em contraste, quando estava sóbrio, era mais introspectivo e reservado.

Joaquim, quando estava de ressaca, tinha delírios persecutórios, conforme relatos:

[...] quando eu pegava as pinga dele, eu derramava as pinga dele, eu derramava. Aí, quando era na ressaca, ele não aguentava sair por causa da ressaca, né? Aí ele ficava com medo, disse que tinha um homem queria matar ele. Aí ele pegava o facão e ficava rodando, ficava doidinho aí na casa aí bateno, ficava cortando, pra cortar o home [...]. Ele falava: “fica aí, cê vai ver o home vai te matar, vai te matar” [...]. E teve uma vez que aconteceu com ele, e aí nós não deu, eu não dei conta de chujegar ele, ele saiu na carreira com facão e a coberta debaixo do braço. Ele foi parar lá no [nome da fazenda da família], a distância longe, de pé, de noite [...]. Falando que o home queria matar ele [...]. Eu dizia: “não tem ninguém que vai matar o cê não mínino, não tô veno ninguém”. “Olha aí, olha ele aí, oh ele aí, ele vai te matar agora, vai te matar! Sai daí!”. E puxava eu bem assim [...]. Esse dia mesmo que ele saiu na carreira que eu não dei conta de segurar ele, só tava eu aqui, não dei conta segurar ele. No outro dia cedo, aí o [nome de um dos filhos] pegou foi caçar ele e cassou ele lá na beira do corgo. Quando deu fé, ele tava na beira do corgo sentado com o facão do lado e a coberta lá, a coberta embaixo do braço dele, sentadinho, de manhã [...]. Passou a noite toda e lá tem, lá tinha as casa nossa lá, as casa nossa lá [...]. Aí ele piorou, ele ficou, ele ficou quase um mês sem beber, um mês, que ele ficou com medo, né? (Francisca).

No estudo de Conner *et al.* (2001), ratificou-se o alto risco de comportamento suicida entre usuários de álcool, caracterizado pela impulsividade e pela agressão. Conforme Schneider (2009), transtornos relacionados ao consumo de álcool ou outras substâncias são responsáveis por 25% a 50% dos óbitos por suicídio, com o risco sendo ainda maior na presença de comorbidades, ou seja, quando coexistem outros transtornos psiquiátricos. No Relatório Global sobre Álcool e Saúde da WHO (2014), foi apresentado que cerca de 22% das mortes por suicídio estão associadas ao consumo de álcool, indicando que aproximadamente uma em cada cinco mortes por suicídio poderia ser evitada se a população não fizesse uso dessa substância.

Além do uso do álcool, a ex-esposa de Joaquim mencionou um possível agravo neurológico, como epilepsia, embora não tenha conseguido especificar com clareza.

Ele era nervoso, nervoso. E a mãe dele falava, quando ele era pequeno, ele deu aquela doença, aquela doença que a pessoa fica tremendo, tremendo assim, tremenda a... [...] disse que ele ficava coisando assim. Ele, por isso que ele ficou, ele fica assim. Minha menina mesmo a mais veia, fia minha treme a mão igual ao pai dela, quando vai pegar um trem, fica assim com a mão, assim oh, com a mão tremendo. Ela puxou o pai dela [...], a mãe dele também, finada (Francisca).

Joaquim nunca aceitou realizar qualquer tipo de tratamento para sua dependência de álcool.

Um tempo mode, tem um irmão dele que mora ali em Dianópolis, queria que ele fosse para lá pra mode de fazer uns exames, pra mode de levar ele, internar ele, nem isso ele não quis [...]. Ele não aceitou, aceitou não, o irmão dele fez

foi buscar ele lá na fazenda, veio no carro pra levar ele e não quis, não quis, só quis fazer coisa errada igual fez, né? (Francisca).

Antes do óbito, a ex-esposa notou que Joaquim estava diferente em seu modo de ser.

Eu fui lá na segunda feira, e ele morreu na, na quarta-feira, que eu ainda falei para prima minha: “mas gente, nós fomos lá na segunda-feira e aconteceu”. E ele num tava encarando mais a gente não, num encarava não [...]. Ele tinha um bonezinho assim, um chapeuzinho de massa assim, fica olhando pro chão, olhava só pro chão, acho que ele já tava estranho (Francisca).

Não há registro de tentativas ou ideação suicida anteriores. Quanto à história do óbito, Joaquim faleceu na fazenda onde estava residindo e trabalhando, em um local afastado da estrada. Um colega de trabalho, ao chegar, avistou o corpo de Joaquim.

Na área, ele fez com a corda assim, ele não conseguiu nem amarrar, parece que ele tava teimando, né? Ele tava com muita ressaca, rodou assim. Aí disse que ele pulou lá de cima, pulou e enforcou ele, enforcou ele que aí, chega o lábio dele assim ficou todo azul, sabe? Todo azul, e a corda ficou frouxa, quando ele pulou, quando ele pulou de lá e que ele afogou, a corda soltou. Ele já tinha morrido, né? Ele tava até com a língua pra fora. Aí o menino voltou, voltou na carreira, voltou, foi falar pro vaqueiro lá que mora lá perto da rodada. Aí foi todo mundo pra lá na carreira. Aí não chegou perto lá não porque, aí primeiro ligaram aqui, né? Primeiro ligaram aqui, para nós aqui [...] (Francisca).

No caso de Joaquim, foram identificados como fatores de risco os transtornos psiquiátricos, especialmente a dependência do álcool, e as perdas financeiras (fatores de risco individuais). Não é possível determinar com certeza se o suicídio de Joaquim foi um ato impulsivo, considerando a ausência de histórico de tentativas de suicídio anteriores, ou se foi influenciado pelo efeito desinibidor do álcool.

Dado o vínculo significativo entre suicídio e o uso de álcool e outras drogas, uma estratégia reconhecida para a prevenção do suicídio é a redução do consumo nocivo de álcool. Essa abordagem deve ser implementada em dois níveis principais: o nível de intervenção universal, por meio do desenvolvimento de políticas públicas de saúde e regulamentações específicas; e o nível de intervenção indicada, que inclui a avaliação e o manejo dos transtornos mentais, especialmente aqueles relacionados ao uso nocivo de substâncias psicoativas.

7.3.2 Vulnerabilidades socioeconômicas

Camila não tinha uma fonte de renda fixa e trabalhou como cuidadora de duas crianças em diferentes residências em Dianópolis.

Ganhava assim, acho que um. Eu nem informava, era coisa muito pouca, porque às vezes o dinheiro mais pra roupa, pro calçado, pra tratamento dela, que ela chegou usar aparelho dentário, era eu que dava tudo. Então o dinheirinho que ela ganhava era só pra um perfume, alguma coisa [...]. Parece que foi duas casas, que ela disse que cuidou de criança. E eu nem conhecia, cheguei a conhecer as família, que naquele tempo. Hoje eu vou mais em Dianópolis, mas naquele tempo eu demorava a ir muito, porque a gente não tinha assim acesso, carro, não tinha uma pessoa na casa. Hoje eu já vou, meu menino tem carro, minha filha tem também carro, às vezes vem e eu vou. Mas, quando não tinha, dizer para mim ir lá eu, oh às vezes eu passava quase ano sem ir em Dianópolis, bem aí (Aparecida).

O relato também destaca a dificuldade de acesso enfrentada pela família, em grande parte devido às limitações no transporte, evidenciando a dificuldade socioeconômica que agravava a situação.

Porque tem que, tinha que ir a cavalo, e aqui [apontou para filha que tem deficiência] não gosta de andar a cavalo [...]. Pra ir daqui a cavalo, a gente gasta umas três horas, de carro é uma hora daqui lá na saída, mas a cavalo era esse tanto de hora. Vinha no ônibus. Aí, se fosse para pegar o ônibus de manhã, esse que vem de Conceição pra lá, a gente ia sair daqui 3 horas da manhã, que 7 horas ele passa aí para pegar, aí vinha à noite, 5 horas discia lá, chegava aqui 9 horas da noite (Aparecida).

Como Camila praticamente não tinha uma fonte de renda, sua mãe enviava mensalmente 100 reais e arcava com o tratamento dentário dela. Entretanto, a situação financeira da mãe se agravou quando a escola rural em que trabalhava fechou, resultando na perda do emprego e na suspensão da aposentadoria por deficiência de uma das filhas.

Aí ficou sem renda, né? Foi na época também que cortaram a aposentadoria de [nome de uma das filhas], aí ficamos, nós ficamos cinco anos. Ficamos assim dependendo da, de uma rendinha pouca que meu marido olhava um gadinho das pessoas. Aí, quando ele tirava os bezerrinho, aí vendia, e nisso que nós ia passando. Aí, depois quando, dos seis anos para cá, conseguimos a aposentadoria dela de novo, aí nós comia com esse dinheiro aí (Aparecida).

Esse período de escassez financeira abrangeu o ano de 2014, quando ocorreu o óbito de Camila. A renda do pai, responsável pelo sustento da família, era extremamente baixa.

Trabaiava pras pessoas, quando podia, ia trabaiar, ganhava o dinheiro do serviço que naquele tempo parece que era, não sei se era 30 reais, era, naquela época era 30 reais que eles pagavam por dia, diária. Então era assim os menino,

se podia, [nome da filha mais velha] ajudava, mandava feirinha pra nós, mas era assim (Aparecida).

Sobre a condição de moradia, Aparecida descreve: “Aqui tem, são cinco cômodos, são, dois quartos, são pequenos os quartos, mas aqui cabe duas camas, ali tem uma cama de casal, lá tem outra de casal, tem outra de solteiro [...]. Aqui a sala [...]. A cozinha veia é ali separada”. A casa está localizada em uma área rural, sem rede de esgoto, e a energia elétrica foi instalada apenas em 2007, antes disso, usavam lamparinas à noite. Não há coleta de lixo. Aparecida relata que ela mesma juntava o lixo, queimava alguns e depositava o restante em um local específico para queimar. Atualmente, a casa abriga três pessoas, embora já tenha abrigado seis.

Aparecida sentia-se frustrada por não conseguir proporcionar melhores condições financeiras para Camila, como, por exemplo, para a realização da cirurgia da boca.

Mas assim que tem, gente morre às vez à míngua, ela não, ela era direto a gente fazia por tudo, só não pode fazer o exame, essa cirurgia da boca dela porque na época custava era um valor de 30.000 mil. Nós não tinha esse dinheiro, mas um dia ainda falei para ela, falei: “oh, minha fia, nós não tem, mais nós pode pedir, pode pedir ajuda, pode fazer um dia nós vamo conseguir” (Aparecida).

Mesmo com dificuldades financeiras, a mãe se orgulha por sempre ter feito o melhor pelos filhos, ao sentir-se julgada pela sociedade posterior ao óbito da filha.

Que acho que pensava assim que a gente num, que ni vida de pobre, nós no começo sofreu, depois ficou um tempo sem emprego, assim, mas ninguém nunca passou fome, sempre tinha o de comer, tinha as coisas direitinho em casa [...]. Em vida de pobre, nunca faltou pra eles comida, nunca faltou o calçado, roupa, que era deles sair, eles tinha as coisa. E eu passei por a minha cabeça que ela fazia isso, que eu falei, eu que fui criada, daqueles tempos mais pra trás era pior, que meus pais era pobre e eu fui criado pelas casas dos outros. Depois meu pai morreu, minha mãe, eu fiquei ainda na adolescência [...]. Fiquei sozinha, bem assim mesmo no mundo, mas eu nunca tive, nunca tive assim agressão deu me matar e pra ela ter tido isso que tinha nós tudo que cuidava dela (Aparecida).

Camila expressava o desejo de se mudar para Dianópolis, mas a situação financeira da família impediu que esse desejo se concretizasse. Aparecida recorda: “Dizia: ‘oh, minha filha, um dia nós vamos morar, nós vamos comprar casa em Dianópolis e nós vamos pra lá’, falava, né? Mas aí ela adoeceu então em junho, passou julho, agosto. Quando foi 25 de agosto ela suicidou”.

As vulnerabilidades que podem ter contribuído para a situação de Camila incluem: instabilidade financeira, marcada pela falta de uma renda fixa e pela dependência de

trabalhos esporádicos e mal remunerados; acesso limitado a serviços, dificultado por problemas de transporte e isolamento geográfico que comprometiam a obtenção de serviços básicos e médicos; condições de moradia, com infraestrutura inadequada e ausência de serviços essenciais, como coleta de lixo e esgoto; incapacidade de financiar tratamentos médicos, que agravou condições de saúde preexistentes; e sentimento de frustração e estigma social, que exacerbavam o sofrimento emocional. Essas vulnerabilidades criaram um ambiente de desesperança e sofrimento, que pode ter influenciado a trágica decisão de Camila.

No caso de Deuselice, as vulnerabilidades socioeconômicas também foram evidentes. Ela trabalhou como doméstica em uma fazenda com carteira assinada, recebendo um salário-mínimo, e passou a maior parte de sua vida na zona rural. Quando residiu brevemente na zona urbana para cuidar de uma filha doente, ela lavava roupas e cuidava de uma idosa, com uma renda não especificada. O crochê era uma atividade de hobby e complementava sua renda.

Ela fazia, inclusive teve, teve uma boa parte do tempo que assim o dinheiro que ela comprava as coisas para casa, era com dinheiro de crochê que ela fazia [...]. Ixi, ela amava, ela amava crochê, ela fazia, menina, teve um tempo que ela morou no, na fazenda que não tinha energia, ela ficava até 2 horas da manhã com a candeia, é candeia eu acho, um candeeiro, aqui e aqui fazendo crochê era, eu acho que era uma terapia pra ela, assim, o crochê. Ela amava fazer! (Júlia).

Além do crochê, Deuselice utilizava recursos naturais, como o fruto do buriti e a mandioca, para ajudar a cobrir as despesas.

Ela fazia rapinha mesmo. Ela rapava, colocava para secar e ficava aquelas rapinhas sequinhas, bem sequinha mesmo, crocante, aí ela vendia. Aí ela fazia o óleo do buriti e vendia, porque o óleo também é bem, é bem, pra remédio, né? Serve bastante para remédio, ela fazia. É. Teve uma época que eles fazia farinha, esses trem, assim, ela se virava com o que tinha, com o que conseguisse fazer pra vender, pra trazer dinheiro pra casa, ela se virava (Júlia).

Deuselice vivia em dois cômodos no fundo do galpão da fazenda onde trabalhava, até que o patrão construiu uma casa para ela. Na fazenda, não havia coleta de lixo por parte do serviço público.

Aí depois o patrão foi, construiu essa casa pra eles morarem, mas tinha energia, tinha água encanada, tinha tudo [...]. Esse que ela morava antes era tipo uma kitnetzinha, sabe? Tinha dois cômodos. O banheiro era do lado de fora, e aí ela se amontoava lá, porque lá só morava ela e o esposo dela. Só eles dois que moravam lá. E aí depois é, quando a gente ia para lá, a gente se virava, colocava

colchão no chão e aí era um Deus nos acuda. Aí depois o patrão fez essa outra casa, tinha três quartos, sala, cozinha, banheiro dentro de casa. Aí tinha uma cozinha caipira que ele fez no fundo também, tinha fogão caipira, tinha área de serviço, era bem organizadinha essa outra casa que ela se mudou [...]. Piso queimado [...]. O banheiro era todo na cerâmica, era bem bonitinho lá [...]. Segundo ela, esse lugar que ela morava era um dos, foi um dos melhores lugares que ela já morou (Júlia).

Em seu primeiro casamento, Deuselice enfrentou grandes dificuldades econômicas, e a separação definitiva agravou ainda mais sua situação. “E aí quando eles se separaram definitivamente mesmo, a minha mãe, ela nunca teve casa dela mesmo. Ela não tinha terra. Então a gente sempre morou de favor na casa, na terra dos outros”, relatou Júlia. Devido à sua condição econômica, Deuselice acabou doando seus filhos para serem criados por outras famílias.

Ela não tinha condição de ficar com todo mundo. E ela já tinha dado dois dos meus irmãos pra outras famílias. A minha irmã mais velha, ela deu a minha irmã mais velha, com três anos, é, a outra acho que tinha quatro anos, mais ou menos. Eu tenho uma família adotiva, quando eu tinha seis anos, ela me deu pra essa família adotiva. É, então assim, só que ela sempre falava: “oh, eu estou dando meu filho, minha filha, pra você cuidar, pra você dar escola, pra você dar educação, porque eu não tenho condição de dar isso. Eu não quero que eles passem necessidade, eu não, não quero que o futuro deles seja igual o meu”. Ela sempre falava isso [...]. A gente sabe que era difícil e que ela queria dar pra a gente um futuro que ela não conseguiu ter (Júlia).

As brigas com o ex-marido deixavam Deuselice e os filhos em uma situação de grande vulnerabilidade. “E aí eles tinham isso, ele corria com ela de casa, ela dormia no mato com a gente, porque ele falava que, se ela voltasse pra casa, que ia matar”, relatou Júlia. Em algumas ocasiões, Deuselice e seus filhos chegaram a viver em situação de rua.

Olha, pelo fato da gente morar em vários lugares diferentes, porque a gente não tinha um lugar fixo, teve uma época da nossa vida que a gente morou embaixo de um pé de manga, porque a gente não tinha casa pra morar. E o dono da terra não deixou a gente construir nenhuma barraquinha de palha, porque disse que a gente ia ter direito no pedaço da terra: “Vocês vão ficar aqui um mês, dois meses, depois cês vão ter que caçar outro lugar pra cês ir, que aqui não dá pra cês ficar mais” [...]. É, ele deixou a gente ficar lá pra a gente não ficar ao léu, a gente tava, né, ao Deus do ará ali, porque tava embaixo de um pé de manga, não tinha proteção nenhuma, a gente dormia no chão (Júlia).

Durante o período em que viveram debaixo do pé de manga em uma fazenda, Deuselice conheceu seu último parceiro. Eles passaram muitos anos na zona rural, em propriedade do último companheiro. Mais tarde, conseguiram um emprego em uma fazenda, o que permitiu a Deuselice ter um emprego formal.

Antes, ela dependia dele pra tudo. Não era todo dia que tinha carne para comer, é, tinha dia que era só arroz e feijão ou só arroz e ovo. Não tinha, não tinha uma, como se diz, um banquete assim, sabe? Era bem fraco mesmo de condição. Então ela começou a trabalhar, começou a ter o dinheirinho dela. O patrão gostava dela, toda vez que ele vinha, ele trazia, trazia presente, trazia uma coisa, trazia outra. Aí ela começou a se arrumar melhor (Júlia).

Nos últimos anos de vida, Deuselice ganhou uma casa popular e um lote em Taipas.

Ela ganhou uma dessas casas populares em Taipas, só que ela tinha muita vontade de ter uma chácara. Aí ela vendeu a casa, ela ganhou um lote também do prefeito na época, deu um lote para ela. Aí ela vendeu a casa, vendeu o lote e comprou uma chácara [...], tinha um ano mais ou menos. Ela não chegou a morar na chácara porque não tinha nem casa na chácara [...]. Nem tinha passado a chácara pro nome dela, só pra você ter uma noção. Tava no nome da de uma terceira pessoa, ainda. Nem estava no nome dela (Júlia).

Porém, Deuselice nunca teve a oportunidade de desfrutar de seu sonho. Sua história revela uma série de vulnerabilidades socioeconômicas profundamente entrelaçadas que impactaram tanto sua vida quanto a de seus familiares. Ela enfrentou instabilidade financeira devido à dependência de empregos informais e à baixa remuneração, além de períodos de desemprego e subemprego. As condições de moradia eram precárias, com habitações inadequadas e falta de infraestrutura básica, e, em certos momentos, Deuselice e seus filhos enfrentaram a falta de abrigo seguro. A dificuldade de acesso a cuidados médicos levou-a a recorrer a recursos naturais e remédios caseiros. Sua dinâmica familiar era complicada, incluindo a necessidade de doar os filhos devido à incapacidade financeira para sustentá-los e enfrentar episódios de violência doméstica.

As aspirações de Deuselice, como oferecer melhores condições de vida para os filhos e realizar sonhos pessoais, como adquirir uma chácara, foram constantemente frustradas por limitações econômicas. Essas vulnerabilidades exemplificam um ciclo de pobreza e privação que exigiu grande resiliência e adaptação contínua, ressaltando a necessidade de políticas públicas e suporte social para romper esses ciclos e oferecer condições dignas de vida para populações rurais e economicamente desfavorecidas.

Da mesma forma, a história de Joaquim evidencia um contexto de vulnerabilidades semelhantes. Joaquim trabalhava como lavrador e pedreiro, cultivando para subsistência e realizando diárias como pedreiro para complementar a alimentação da família. A renda familiar era muito baixa até que Francisca começou a trabalhar, conforme se verifica no relato abaixo.

Uns R\$ 200,00 eu não sei se chega nem a 200,00, é uns 200,00, uns 250,00. Aquele tempo o serviço era baratinho [...], nós só não comprava só a farinha e o arroz que nós não comprava, porque plantava, e o milho que plantava também, e nós não comprava, mas as outras coisas tudo nos comprava. Feijão tudo nós comprava (Francisca).

Na zona rural, vivia toda a família, sete pessoas. Essa terra foi herdada pela família. “Com o casamento o pai doa o chão de roça e o chão de morada, os espaços onde irá se desenvolver um novo tempo de família” (Woortmann, 1990, p. 43).

A casa nossa era de adobo, era toda rebocadinha [...], é tapada de telha, era de palha, aí tirou as palha e tampou de telha [...]. É lá tinha uma cisterna e, quando tava chovendo, eu pegava água na, nos, como que fala, nos, como que é meu Deus, no corgo [...]. É, pega no balde, eu carregava demais, eu com buchão carregando, carregando a latona d’água na cabeça [...]. Lá tinha a barragem, tinha a barragem pra lavar roupa (Francisca).

Joaquim vendeu a fazenda, mas a transação não foi realizada corretamente, o que agravou ainda mais seu uso do álcool. Francisca era contra a venda da terra, destacava que a propriedade, herdada da mãe de Joaquim, era fundamental para a subsistência da família, por oferecer espaço para cultivo, criação de animais e uma vida mais autossuficiente. Após a venda, Joaquim se arrependeu da decisão. Quando a família se mudou para a zona urbana, ganhou um lote, e Joaquim construiu a nova casa, utilizando o dinheiro apenas para a madeira e outros materiais essenciais: “É, toda família morar e quem fez foi ele a casa, levantou. Tinha três cômodos, uma sala, conzinha [...] nós só, que dinheiro que ele coisou, só foi o dinheiro da madeira e das teia, das teia, daquela casa grande ali, essa daqui já foi quando ele morreu que eu mandei fazer” (Francisca). A casa na cidade possuía saneamento básico, energia elétrica e coleta de lixo, contrastando com as condições precárias da zona rural.

Antes da separação, Joaquim não conseguia trabalhar devido ao uso abusivo do álcool, e as despesas da casa passaram a ser responsabilidade de Francisca. Após a separação, Joaquim foi morar e trabalhar na fazenda de uma parente, mas não há informações sobre sua renda. A separação foi impulsionada pelas dificuldades econômicas e pelo comportamento de Joaquim, deixando Francisca com a total responsabilidade pelas despesas e pela manutenção da casa. A análise dessa narrativa ilustra um ciclo de pobreza e vulnerabilidade exacerbado por eventos específicos, como a venda malsucedida da terra e o abuso de álcool. A história de Joaquim e Francisca exemplifica como as vulnerabilidades socioeconômicas estão interligadas, impactando a estabilidade financeira, as dinâmicas familiares e o bem-estar emocional, evidenciando como

a falta de acesso a recursos adequados e as decisões econômicas desfavoráveis podem criar um cenário de constante insegurança e instabilidade.

O conceito de vulnerabilidade é interdisciplinar e socialmente construído, abrangendo várias interpretações. Para alguns pesquisadores, a vulnerabilidade é vista como uma pré-condição, enquanto para outros, é um resultado (Biswas; Nautial, 2023). Ela pode ser abordada sob três aspectos principais: (a) como uma consequência e não uma causa; (b) como um indicador de resultados adversos; e (c) como uma medida relativa que distingue grupos ou regiões socioeconômicas, ao invés de um indicador absoluto de pobreza (Downing, 1991 *apud* Biswas; Nautial, 2023). A definição de vulnerabilidade abrange desde exposição, susceptibilidade e capacidade adaptativa a mudanças climáticas e eventos extremos até uma complexa e multifatorial de fatores específicos.

Nesse contexto, Bohle *et al.* (1994 *apud* Biswas; Nautial, 2023) caracterizam a vulnerabilidade como uma construção social complexa e multifacetada, moldada pelas capacidades políticas, econômicas e institucionais dos indivíduos em momentos e locais específicos. Embora a vulnerabilidade possa ser avaliada em diversos níveis, a maioria dos pesquisadores concentra-se na vulnerabilidade individual e comunitária. Madger (1999 *apud* Biswas; Nautial, 2023) sugere que a vulnerabilidade individual está mais associada aos direitos, enquanto a vulnerabilidade coletiva está relacionada à qualidade das infraestruturas e instituições. Por fim, Cutter *et al.* (2003 *apud* Biswas; Nautial, 2023) afirmam que a vulnerabilidade social é predominantemente determinada por fatores socioeconômicos, em vez de localização geográfica, atribuindo à estrutura socioeconômica um papel fundamental.

Nos modelos conceituais, a vulnerabilidade ambiental é entendida como sendo relacionada à localização geográfica e aos riscos ambientais, ou seja, uma interação biofísica. Da mesma forma, a vulnerabilidade social é moldada pelo tecido social.

Na perspectiva da política ecológica, os fenômenos são compreendidos de maneira mais ampla, são levadas em consideração as estruturas sociais e econômicas existentes. Assim, a abordagem estrutural enfatiza a importância de analisar como as políticas públicas (sistemas ou redes de apoio fornecidos pelo Estado) afetam grupos vulneráveis, considera fatores como classe social, gênero, etnia, idade, deficiência e imigração na exposição ao risco. A estrutura social global, que inclui características demográficas e circunstâncias sociais, contribui para a vulnerabilidade dos indivíduos. Em outras palavras, a vulnerabilidade é moldada por uma combinação de fatores

políticos, sociais, econômicos e ambientais em escala global, dificultando a atribuição de impacto a um único fator específico (Biswas; Nautial, 2023).

Há também a definição de vulnerabilidade generalizada. Segundo Wisner (2013), essa vulnerabilidade é uma característica dos mais pobres entre os pobres em todas as sociedades, especialmente daqueles que, além de sofrerem com a pobreza de renda, são marginalizados política, espacial, ecológica e economicamente.

A deterioração da capacidade de lidar com situações de estresse agudo ou crônico, como problemas financeiros, é considerada um fator de risco (WHO, 2014). As recessões econômicas, ao estarem associadas a adversidades pessoais, como desemprego ou dificuldades financeiras, podem aumentar o risco individual de suicídio (Stuckler; Basu, 2013). Dessa forma, problemas financeiros podem atuar como traumas psicológicos, gerando grande estresse no indivíduo.

De acordo com Levinsson *et al.* (2023), o comportamento suicida está intrinsecamente ligado à vulnerabilidade socioeconômica, conforme demonstrado por diversos estudos. Pesquisas indicam que a vulnerabilidade econômica, como dívidas e dificuldades financeiras, está associada a um risco maior de tentativas de suicídio. Além disso, indivíduos que enfrentam privações socioeconômicas, incluindo baixa renda, desemprego e condições precárias de trabalho, apresentam um risco aumentado de comportamentos suicidas (Raschke *et al.*, 2022).

A consideração de aspectos como baixa escolarização, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, além de poucas perspectivas profissionais e de futuro, constituem-se, portanto, enquanto fatores individuais, coletivos e contextuais que configuram o que se chama de vulnerabilidade social (Farias *et al.*, 2012, p. 597).

Logo, compreender a realidade socioeconômica e seu impacto no comportamento suicida é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção do suicídio e sistemas de apoio para populações vulneráveis.

7.3.2.1 Histórico de violências

De acordo com a mãe, Camila sofria violência psicológica na forma de *bullying*, praticado pelos próprios familiares. Porém, o primo, que também foi entrevistado, discordou dessa percepção, alegando que o *bullying* não era real, mas uma consequência

do adoecimento mental de Camila. Vale destacar que esse primo é irmão das duas mulheres mencionadas como responsáveis pelo *bullying*.

E aí ela cismava, e essa dita pessoa lá implicava, falava dela, disse que era boca torta [...]. Aí um dia ela saiu, essas primas dela chamou ela pra sair, diz que foram lá na praça, tão lá, ela notou elas rindo dela né. Na hora que riu, ela pegou, diz que levantou e foi embora. Quando ela chegou na casa, aí [nome da irmã mais velha], falou: “ah, Camila, você já voltou”. Já. E aí disse que já chorou, falou que tinha, que as outras tinha criticado (Aparecida).

A mãe relatou outro episódio em que ocorreu *bullying*:

Aí a reza de Nossa Senhora Aparecida, e aí quando ela pegou assim, a gente pegava as balinha [...] ficou dando pras crianças que tinha. E aí a própria menina olhou para ela, disse que chamou ela de boca torta, ela ouviu, ela não reagiu. Aí quando passou a reza que o povo tinha ido embora [...], ela sentou no banquinho lá na cozinha chorando. Aí quando eu entrei, falei: “o que foi, [nome da irmã mais velha], que Camila viu?” Ela falou: “não, mãe, ela disse que foi umas meninas que riu dela. Chorou mas não reagiu” [...]. Aí, no outro dia, elas ainda vieram aqui tomar satisfação, no outro dia cedo, a reza passou de tardezinha, aí de manhã ela tava lavando a casa, e elas chegaram as duas atrevida [...] as mesmas chegaram, que eu tinha falado que elas tinha feito isso, ele vieram dar satisfação que não fez [...] aonde ela via essa menina ela fazia crítica com ela (Aparecida).

Camila também enfrentava preconceito no ambiente escolar. Sobre suas relações na escola, Aparecida relatou: “Disse que era boa, mas ela me contou também que, na escola, ela disse que tinha colega, que ela ia também esse negócio de *bullying* mesmo, falar”. Esse tipo de violência é amplamente discutido em estudos sobre o ambiente escolar, especialmente entre adolescentes. O sofrimento causado por situações de violência nesse contexto está associado ao baixo rendimento, evasão escolar, reações violentas e até suicídio (Assis; Deslandes; Santos, 2005). A história de violência, particularmente durante a infância, está significativamente relacionada ao risco aumentado de comportamento suicida.

Conforme Karayazi (2023), a exposição prolongada ao estresse, como assédio ou *bullying*, é um fator de risco significativo para comportamento suicida em adolescentes. Esse tipo de estresse pode ter efeitos devastadores na saúde mental e no bem-estar emocional dos jovens, resultando em sentimentos de desamparo, baixa autoestima, ansiedade e depressão.

Embora não tenha sido relatado outro tipo de violência sofrido por Camila, alguns de seus comportamentos chamaram atenção. Ela demonstrava rejeição em relação a homens ou potenciais namorados, inclusive seu próprio pai.

Tinha um namorado, mas aí depois ela deu pra não querer mais os namorados. Aqui ela ainda veio, trouxe o namorado uma vez aqui, depois ela não quis mais ele. Aí tinha sempre um que ligava aqui, ligava, ela dizia que não queria. Até hoje [nome da filha mais velha] fala: “mãe, tinha uns rapaz que queria Camila e ela não se interessava mais, tipo assim que ela foi tomando ódio”. Aqui em casa ela ainda num, quando eu falo assim: “o pai não gosta, mas ele não tá aqui”. Ela, ela tomou ódio assim até do pai, cê acredita? Parecido assim, tipo uma coisa que alguém tinha feito pra ela tomar ódio do pai [...] ela não gostava e de homem também e do pai também. Às vezes ela, ela não aceitava por nada, ele falar nada [...]. Mas ela ficou tipo assim, tomou ódio, acho, mas é porque, eu pra mim, na mente dela foi assim, que ela deve ter pensado que o povo dele que criticou dela [...] é a família dele, né? Porque com os meu, ela não tinha, ela gostava muito do pessoal meu. Vinha umas prima dela, lá de Brasília, minhas irmã, ficava aqui, vixi era um encanto pra ela, mas já o povo dele, ela não queria (Aparecida).

A violência psicológica sofrida pela filha gerou sentimentos negativos na mãe em relação aos parentes do marido e ao próprio marido. Após o falecimento da filha, esses sentimentos culminaram em conflitos entre eles.

Às vezes eu falava muito com ele, eu acusava muito a família dele que era a causadora disso. De rir dos outro, achar que os outro é pior. Às vezes eu falava isso para ele [...]. Eu também tem hora que eu deixo de falar, porque às vezes pode causar mais conflito, mas sempre eu falei que foi eles que foi os culpado [...] ele diz assim: “fala é, se for, se foi causado, se ela fez isso causado por desgosto que eles fizeram crítica dela, eles pagam. Só fala assim também” [...] Mas a tentação é tão grande, dos outros, do preconceito de pessoas ruim, que teve muita gente que falou para mim na época, falou assim, falou: “se fosse vocês, eu tinha processado quem fez isso com ela, ria dela, falava dela e era os próprio parente”. E eu também peguei, daí para cá eu tomei ódio (Aparecida).

A violência psicológica, especialmente na forma de *bullying*, pode ter consequências duradouras que afetam não apenas as vítimas, mas também suas famílias. A literatura científica ressalta a importância de intervenções precoces para prevenir o *bullying* e apoiar as vítimas. Estratégias eficazes incluem programas de prevenção ao *bullying* nas escolas, suporte psicológico tanto para as vítimas quanto para os agressores e campanhas de conscientização que promovam um ambiente escolar e familiar seguro e inclusivo.

No caso de Deuselice, identificam-se fatores de estresse psicossocial originados principalmente pelo trauma da violência psicológica que ela enfrentou nos últimos anos de sua vida, além de problemas financeiros. Sua história de vida revela adversidades desde a infância, o que contribuiu para o acúmulo desses fatores de estresse.

Ah, ela falava que na infância dela era bem difícil por conta da minha vó. Que aí, ela disse que com 5 anos era ela quem varria o quintal, é com 6, 7 anos, a minha vó já acordava ela pra ela ir pro rio pegar água pra trazer pra casa. Com 10 anos, ela já tinha que cozinhar, tinha que fazer tudo. E aí a minha avó, ela,

ela, ela fala, eu não sei o sabor do, do feijão, da minha mãe, eu não lembro. É, eu não sei o que é colo da minha mãe. Ela não, nunca me deu carinho, nunca foi de dá me abraçando. Eu nunca. Minha mãe nunca falou pra mim que me ama, essas coisas, ela, ela, ela falava isso (Júlia).

Johnson *et al.* (2002) analisaram que adversidades na família e na infância, como violência física, abuso sexual e emocional, negligência, violência familiar, separação ou divórcio dos pais e violência institucional ou social, aumentam significativamente o risco de suicídio.

No primeiro casamento, Deuselice enfrentou tanto violência psicológica quanto física. O uso excessivo de álcool por parte do parceiro também foi um fator marcante nessa relação.

O casamento com meu pai era bem conturbado também porque os dois bebiam e, quando eles bebiam, eles se agrediam, os dois [...]. Fisicamente mesmo. Era, era pancadaria os dois, aí assim, quem tava mais sóbrio batia. Era assim [...]. Teve uma época que a gente morava junto, todo mundo junto. Eu ainda morava com eles e aí ele, ele bebeu muito, meu pai. E aí ele pegou um facão e disse que ia matar todo mundo, que a minha mãe era isso, que a minha mãe era aquilo e pa pá. E aí saiu aquela correria, todo mundo correndo, e aí eu caí e bati a minha boca em uma pedra que tinha, aí era dente de leite na época, os dois dentes de baixo bateu na pedra e quebrou os meus dentes, era dente de leite, por conta dessa confusão deles. É, eu acho que isso me, me, até hoje, eu não consigo ouvir gritos, discussão, gente brigando, eu fico nervosa, nervosa, nervosa, que eu não consigo nem sair, nem, nem andar assim, nem correr, sabe? Eu não consigo, eu me travo. Aí outras vezes ele tava, tava muito bêbado, ela ia cuidar, ele queria bater nela, ela batia nele, botava ele para aquietar, era bem conturbado (Júlia).

Também sofreu violência psicológica no segundo casamento.

Eu acho que é mais fácil eu destacar pra você o que que não aborrecia ela no casamento. O que que era mais tranquilo para ela, porque nada tava, nada agradava, é, nunca vi ele elogiando ela nenhuma vez, não vi ele elogiando, não vi elogiar uma comida que ela fizesse. Não vi ele agradecer ela por ela fazer alguma coisa, nada, nada! [...] é porque ele era uma pessoa, é, Daniela. Eu, eu, eu acho que pra mim é obsessão. Ele era obsessivo, sabe aquela pessoa que, que é obsessiva, é, “você não vai com essa roupa, vai amarrar o cabelo porque tá bonito, é, os homens vão ficar te olhando, esse batom tá muito forte, e não vai usar brinco grande”, sabe essas coisas? Então assim a minha mãe, ela faltava, era sair de burca na rua, porque é, é uma blusa não podia ser de alcinha, é um short não podia ser muito apertado, tinha que ser uma coisa folgada, é o cabelo tinha que tá preso, não podia ser solto. Não posso botar um batom, não posso passar um esmalte vermelho, e, e o pior é que ela acatava tudo isso. Sabe? [...]. Se ela fizesse alguma coisa que desagradasse ele [...], aí ele emburrava, ele ficava um mês sem falar com ela (Júlia).

A violência psicológica pode se manifestar de várias formas, incluindo agressão verbal, comportamento dominante e ciúme excessivo. Esses comportamentos afetam

vítimas de todas as idades, resultando em consequências graves como estresse emocional, depressão e mudanças profundas na personalidade (Aptikieva, 2019). Em comparação com outros tipos de violência, a psicológica é uma das mais difíceis de identificar, mas tem um impacto significativo no funcionamento, na cultura e na autoexpressão das vítimas (Cairo, 2022).

Deuselice chegou a expressar o desejo de se separar devido à relação abusiva, mas enfrentava ameaças constantes de seu marido. Além dessas ameaças, o controle exercido por ele sobre a vida de Deuselice era evidente, inclusive nas relações interpessoais, como no contato com seus filhos.

Teve várias vezes que ela falou pra mim, falou pra minha irmã que ela queria se separar, que ela não aguentava mais viver daquele jeito, que era ruim pra ela, que ele era obsessivo, que era que ele era possessivo, que ela não podia fazer nada. Aí ela começou a beber escondido [...]. Só que aí eu acho que chegou uma hora que, que ela não aguentou mais. Que aí ela explodiu, porque a, eu, eu penso assim, ela começou a trabalhar, ela começou a ter o dinheiro dela, né? Antes, ela dependia dele pra tudo [...]. Aí ou ela separava ou ela... não sei. Aí ela disse uma vez que, que falou pra ele que: “queria separar, e ele falou pra mim que, se eu for embora, que ele vai matar a Clara na minha frente”. Clara é a filha deles. “Vai me matar, e depois ele vai se matar”. Aí no final ele falou assim: “você não quer acabar com a nossa família? Então nós vamos acabar”. Aí eu acho, assim, que o medo dela não era por ela, era por Clara, sabe? Acho que ela tinha realmente medo dele fazer alguma coisa com, com Clara [...]. É, porque ela tentou se separar algumas vezes, não foi só uma vez, e aí todas as vezes ele ameaçava ela. Ele falava que ia matar ela, que ia matar a Clara, que, que ia destruir a família, e que ela ia ser culpada deles ter morrido. Então ela, ela não queria que mais gente morresse, sabe (Júlia).

“Eu acho assim que ela não queria ficar casado, sabe, acho que tinha alguma coisa que, que ela achava que impedia ela de separar entendeu, só que ela não falava o que que, parece que ela tava vivendo tipo forçado ali sabe” (Pedro). A família nunca presenciou agressão física entre eles, e até os conflitos eram velados, ela sofria em silêncio e sozinha.

Ele não brigava com ela na frente da gente. Ele não discutia com ela na frente da gente, não fazia isso. Era só, ou quando eles tavam no quarto ou quando ia deitar pra dormir ou quando não tinha ninguém em casa, mas agressivo, assim, de, de, de, de bater nela alguma vez que ela tenha me relatado, não foi, não, não aconteceu nenhuma vez [...]. Ninguém percebia o problema, ela não, ela guardava pra ela, entendeu? Ela não se abria. Nos últimos tempos, que é o que estou te falando, nos últimos tempos que eu fui lá, ela começou a falar, ela começou a desabafar, mas era, foi somente nos últimos tempo. Como eu não tinha costume de ver ela reclamando, de ver ela, ela falando essas coisa, pra mim toda dificuldade que tinha quem resolvia era ela [...] eles estavam brigados e ninguém percebeu. Ninguém. Ela colocava comida no prato pra ele, ela dava água na mão pra ele. É, tudo isso ela fazia [...]. E, mesmo brigado, ela cuidava dele com todo cuidado do mesmo jeito, como sempre cuidava. E aí ninguém percebia nada. Então a gente nunca sabia assim (Júlia).

Os relatos deixam claro que o casamento trouxe mudanças significativas nos hábitos e nos comportamentos de Deuselice. Ela deixou de beber, passou a frequentar a igreja evangélica e reduziu drasticamente suas interações sociais. “Aí tinha aqueles comícios políticos que tinha festa até o dia amanhecer, ela ia, ela não perdia um, ela não perdia um. Mas aí, depois que ela se casou com meu padrasto, ela não foi mais em nenhum” (Júlia). A situação de violência também é evidenciada na carta de despedida que Deuselice escreveu antes de seu falecimento, na qual ela não se refere ao companheiro de maneira carinhosa, apenas pede para ele não “judiar de sua filha”.

As marcas da violência que Deuselice sofria também eram reproduzidas no trato com seus filhos. Na dinâmica familiar, as crianças, por estarem em uma posição hierarquicamente inferior, tornavam-se coadjuvantes na perpetuação do ciclo de violência, conforme ilustrado no seguinte relato:

Quando a gente era pequeno, que a gente era, é até uns 10 anos que a gente ia, ela batia bastante, ela, ela descontava a raiva mesmo na gente, ela dava, ela batia, colocava de castigo, e, e, mas depois que a gente cresceu assim não, que a gente passou a ter mais contato, depois que a gente cresceu, né, dos 12 anos para frente é que a gente passou a ter um contato mais próximo com ela (Júlia).

Segundo Bandeira e Almeida (2006), a violência contra a mulher é um fenômeno complexo, coletivo e contemporâneo, que envolve diversas formas de agressão e opressão, incluindo violência física, sexual, psicológica, moral e simbólica. Esse tipo de violência não deve ser entendido apenas como um problema individual, mas como um fenômeno estrutural, profundamente enraizado em desigualdades de gênero, poder e hierarquia. A violência contra as mulheres, portanto, é uma manifestação das desigualdades baseadas no sexo, muitas vezes naturalizadas e justificadas por discursos e práticas sociais. Dessa forma, a violência não é apenas uma série de atos isolados de agressão, mas parte de um sistema de relações de poder que perpetua a subjugação e a opressão das mulheres.

Na origem da construção das ideias de gênero, é fundamental compreender a natureza das relações socioculturais entre homens e mulheres, que são moldadas pela aprendizagem social e pelo processo de socialização. Nesse contexto, “ser homem ou ser mulher é mais questão aos modelos e às expectativas socioculturais sobre ambos os seres, por parte de um dado grupo e época do que uma determinação biológica” (Bandeira; Almeida, 2006, p. 3). É por meio do processo de socialização que se constrói um lugar no corpo e nas hierarquias sociais, bem como se estruturam as relações individuais e

grupais, que acabam por retratar esses espaços como se fossem fixos e óbvios (Bandeira; Almeida, 2006).

No que diz respeito às relações de gênero, há dois eixos a serem considerados. No eixo vertical, observa-se uma assimetria entre homens agressores e as mulheres. No eixo horizontal, nota-se uma simetria entre os homens em relação aos outros homens. “Assimetria é colocada como pré-requisito para a igualdade entre os confrades ou a irmandade masculina se realize” (Bandeira; Almeida, 2006, p. 12). Portanto, é pela via da diferença (assimetria) em relação às mulheres que o homem sente o “poder” e, ao mesmo tempo, compartilha, naturaliza e mantém esse “poder” entre seus iguais, os outros homens (relação de simetria). Nessa relação assimétrica, a mulher ocupa uma posição de

[...] equivalência e continuidade semântica entre o corpo feminino e o território, tanto que as sanções sobre o corpo da mulher fazem dele um lugar privilegiado para significar o domínio e a potência de coesão de uma coletividade. Práticas de longuíssima duração histórica confirmam esta função da capacidade normativa e predadora sobre as mulheres, como índice de união e força de um grupo ou uma sociedade (Bandeira; Almeida, 2006, p. 12).

Essa desigualdade de gênero é um elemento central de tensão nas relações sociais, pois reflete a persistência de padrões patriarcais e práticas discriminatórias que perpetuam a violência contra as mulheres. A origem dessa desigualdade está na esfera familiar, em que a dinâmica de gênero serve como um arquétipo para as relações hierárquicas. Embora indivíduos que assumem papéis dominantes ou subordinados possam exibir características relacionadas à raça, à idade, ao *status* social, à etnia, à nacionalidade ou à localização geográfica em diferentes contextos, é nas relações de gênero que a unidade fundamental das interações agressivas se manifesta. Nesse ambiente, a coerção moral dentro da família é frequentemente percebida como normal, funcionando como um agente que sustenta a estrutura hierárquica de maneira legitimada (Bandeira; Almeida, 2006).

As causas da violência contra as mulheres são múltiplas e complexas, incluindo a motivação masculina para praticar atos de violência, a resolução violenta de conflitos, a desigualdade econômica de gênero, a associação da masculinidade ao poder e à dominação e o controle exercido sobre as mulheres. Reconhecer a violência como uma estrutura patriarcal exige ações tanto em nível individual quanto coletivo, promovendo a autonomia das mulheres e desestabilizando a ordem de *status* vigente (Bandeira; Almeida, 2006).

Segundo a WHO (2014), os casos de violência de gênero e maus-tratos contra crianças e adolescentes estão fortemente associados ao comportamento suicida. No

mundo, 35% das mulheres já sofreram violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo, ou violência sexual por outros agressores (WHO, 2013).

Os relacionamentos mais próximos também têm um impacto significativo nos comportamentos suicidas. A WHO (2014) classifica a violência psicológica como um fator de risco individual e identifica esses traumas ou abusos psicológicos como desencadeadores de estresse emocional, depressão e comportamento suicida.

Mulheres que enfrentam violência, especialmente a de gênero, estão mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, que podem aumentar o risco de suicídio. A violência física, psicológica e sexual pode causar danos emocionais profundos, corroer a autoestima e comprometer o bem-estar psicológico, resultando em sofrimento intenso e, em casos extremos, pensamentos suicidas. Muitas vezes, a violência de gênero está associada a um controle abusivo por parte do agressor, que restringe a liberdade e a autonomia das mulheres, intensificando sentimentos de desamparo e desesperança. Esses fatores combinados contribuem para um risco elevado de suicídio entre as vítimas de violência.

Em relação ao fator de risco “conflitos em relacionamentos, disputas ou perdas”, situações como separações, disputas pela guarda dos filhos e perda de entes queridos podem gerar estresse psicológico situacional e sofrimento psíquico, o que também eleva o risco de suicídio (Kposowa, 2003).

Riscos relacionados à comunidade e às relações incluem guerras, desastres, estresses decorrentes da aculturação (como entre povos indígenas ou pessoas deslocadas), discriminação, isolamento, abuso, violência e conflitos interpessoais. Além disso, a violência de gênero e o maltrato de menores estão fortemente associados a comportamentos suicidas (WHO, 2014).

Por meio de uma análise contextual, é possível compreender situações caracterizadas por risco elevado, como capacidade de se envolver em atos suicidas, pressão aguda ou crônica da vida e exposição à violência de gênero, maus-tratos infantis ou preconceito (Brasil, 2019).

Os estudos indicam que a violência é um fator de risco frequentemente associado a outros fatores e contribui para comportamentos suicidas. No estudo de Sena-Ferreira *et al.* (2014), entre a população feminina, o principal fator de risco identificado foi o estado depressivo, relacionado ou não ao uso de substâncias psicoativas (30,7%). Outros fatores, como rupturas nos laços familiares, violência entre membros da família, tentativas de

suicídio e suicídios na família, falta de recursos essenciais, dificuldades de acesso a serviços de saúde e problemas de migração, representaram 7,7% dos casos.

Cavalcante e Minayo (2012), em um estudo com idosos por meio do uso do método da autópsia psicossocial, identificaram que abusos e desqualificações sofridos devido à violência de gênero ou a relações extraconjugais do marido têm uma associação de 6,0% com o suicídio em uma amostra de 51 casos. O estudo também destacou intensa associação entre infelicidade e falta de sentido na vida entre as mulheres (27,8%), em contraste com menor associação entre os homens (8,8%), motivada por perdas, deficiências ou violências (Cavalcante; Minayo, 2012). Embora a representação estatística seja baixa, ambos os estudos evidenciam a associação entre histórico de violência e suicídio.

Além disso, a violência entre parceiros íntimos, especialmente a violência psicológica, frequentemente associada a outras formas de abuso, aumenta o risco de comportamento suicida. Machado (2014) discute que a violência é um dos fatores que pode contribuir para a vulnerabilidade socioeconômica e influenciar negativamente a saúde da população. Ele enfatiza que a exposição à violência pode estar relacionada ao aumento do risco de suicídio, por isso é essencial considerar esse fator ao analisar os determinantes sociais da mortalidade por suicídio no Brasil. Ademais, a violência é um indicador relevante no contexto da saúde e das desigualdades sociais.

No caso de Joaquim, as entrevistas não indicaram vivências de violência em sua história de vida.

7.3.2.2 Relação sujeito ambiente

Também é fundamental compreender o contexto cultural em que o indivíduo está inserido, pois se trata de um fenômeno multifatorial. Nesse sentido, a autópsia psicossocial considera o sujeito em seu contexto social. Camila, por exemplo, não gostava de viver na zona rural de Taipas e frequentemente pedia à mãe que se mudassem para Dianópolis. Ela não mantinha boas relações com os familiares vizinhos, evitava-os e preferia não socializar. “Ela não gostava, ela dizia assim pra mim: ‘Mãe, vamos embora daqui que aqui não é lugar para nós’. Ela dizia assim”, relatou Aparecida, sua mãe. Embora Camila apreciasse outros aspectos de sua vida, a convivência no ambiente rural lhe causava desconforto.

Por outro lado, Deuselice tinha uma relação íntima com a terra e passou praticamente toda a sua vida na zona rural.

Ela gostava muito de cidade não, ela gostava da fazenda, até porque a vida inteira dela foi na roça, né? Ela gostava de ter as galinhas dela, de ter uma horta. Ela gostava das coisas. Inclusive, na época que a gente morou na cidade, ela comprou uma tela e cercou todo o quintal pra poder criar as galinhas dela. Então ela gostava de, de coisa de, do mato mesmo. Ela não era muito fã de cidade (Júlia).

Seu sonho era ter a própria fazenda, em contato com a natureza constante.

Ela falava que, que ela, ela queria ter uma chácara, aí ela ia fazer uma casa com área ao redor de tudo e ia comprar uma cadeirinha de balanço pra ela fazer o crochê dela. Ela falava isso. Aí eu me imagino, eu consigo ver, eu consigo ver essa casa, sabe, eu consigo imaginar a chácara com essa casa, com área ao redor, as redes, menino brincando, galinha, cachorro, gato correndo pra tudo quanto é canto, que ela gostava de tudo isso, e ela na cadeirinha de balanço, fazendo crochê, ela falava que era, que era uma das coisas que ela queria realizar na vida dela (Júlia).

Além disso, a filha relata que Deuselice gostava de Taipas: “Taipas ela gostava. Até porque a família dela toda de lá também, né? A família dela é toda de lá”, evidenciando uma lógica de pertencimento.

Joaquim mantinha uma relação profundamente enraizada com o ambiente rural. Desde o nascimento até a morte, sua vida esteve intrinsecamente ligada à terra, sendo ele um lavrador de profissão. Embora tenha demonstrado inicialmente entusiasmo ao se mudar para a cidade, enfrentou dificuldades em se adaptar à vida urbana. Sua conexão com a zona rural era tão forte que, após um período na cidade, retornou às terras onde nasceu e cresceu. As terras da família, que ele herdou de sua mãe, foram o cenário da maior parte de sua vida. Nesse ambiente, Joaquim e seus familiares cultivavam não apenas a terra, mas também relações harmoniosas, vivendo em estreita comunhão com o espaço que sempre foi seu lar.

Aí todo mundo mexia com sua rocinha, trabalhando [...]. As casas tudo pertinho [...]. Quando nós morava lá no [nome da fazenda], no inicim do casamento, vih mas nós vivia bem, nós tinha os fi nosso, criemo tudo junto, ele morreu depois que os fi dele tava tudo criado (Francisca).

Com a mudança para a zona urbana, Joaquim alimentou expectativas de crescimento econômico. Ele planejou vender a fazenda com o objetivo de adquirir uma caminhonete, que poderia ser alugada para frete e gerar uma nova fonte de renda. Essa

mudança de plano refletia seu desejo de melhorar a condição financeira da família e buscar novas oportunidades fora do ambiente rural que sempre conheceu.

Ele ficou doido pra vir pra cá, eu falei assim: “oia, Joaquim, pra que, por que que nós vamos, cê vai vender a terrinha nossa, porque aqui onde é que nós vamos tirar o nosso, criar nossas galinha, criar os porco, pra quê, moço?”. Ele: “não, eu vou vender a terra”. Porque a terra foi a mãe dele que deu ele. “Não, eu vou vender a terra porque eu vou comprar uma camioneta, pra modo deu, eu fazer frete”. Quem que diz, quem que diz que ele fez isso tudo, que coisa que ele fez com esse dinheiro dessa terra, só foi a madeira dessa casa, dessa casa aí que tirou desse dinheiro, e ele não pegava esse dinheiro assim, o dinheiro pra pagar assim (Francisca).

O planejamento de Joaquim acabou sendo frustrado. Na zona urbana, ele começou a consumir mais álcool, devido ao acesso mais fácil à bebida. Sua ex-esposa relatou que Joaquim realmente gostava da fazenda e não se adaptava bem à vida na cidade. Ele não tinha interesse em morar em outra cidade ou estado, preferindo a familiaridade e o ambiente da zona rural que sempre conheceu.

Gostava não, porque depois que eu separei mais ele né, ele disse que não gostava daqui não, bem quando eu tava junto com ele né, tava casada com ele e ele já tava doido querendo cassar um lugar pra ele ficar. Eu falei com ele: “por que você vendeu a nossa terra? Se não tivesse vendido a nossa terra, nós tava era lá, não você ficar cuidando de trem dos outro; né?”. Nós tava cuidando da nossa, e todo final de semana eu tava lá mais ele, né? Mas ele não quis não, fia [...]. Ele falava de mudar, outro lugar, é ir pra fazenda, falava direto! [...] Ele disse que é porque a cidade é muito baruinta (Francisca).

O contexto social dos três casos estudados nos remete à ética camponesa. Percebe-se pelas narrativas uma forte conexão com a terra, ora em sensação de topofobia, como no caso de Camila, ora em sensação de topofilia, como no caso de Deuselice e Joaquim. Camila, Deuselice e Joaquim nasceram e viveram grande parte de suas vidas em fazendas, com suas experiências moldadas pela relação de parentesco e reciprocidade que caracteriza esses espaços.

Em Taipas do Tocantins, as unidades familiares estão interconectadas por laços emocionais e históricos e compartilham um espaço geográfico específico. A estrutura familiar e territorial é evidente nas narrativas, em que a terra é frequentemente dividida entre membros da família como “herdeiros dos domínios territoriais da família” (Silva, 2017, p. 56).

A história de povoamento de municípios no Tocantins, conforme relatado por Silva (2017), mostra que o desenvolvimento da região começou com “pequenos

fazendeiros, vaqueiros e agricultores de subsistência”, e o casamento entre seus descendentes ajudou a consolidar a presença na área (Silva, 2017, p. 59).

Essa conexão com o território é marcada por um forte simbolismo, que impossibilita a imaginação de residir em outro lugar (Silva, 2017). Como foi interlocutado pelos familiares, tanto Deuselice quanto Joaquim demonstraram um profundo sentimento de pertencimento ao seu território, sem desejo de mudança. Camila, por outro lado, expressou o desejo de viver em um lugar diferente, revelando um contraste na forma como cada um dos indivíduos se relaciona com seu ambiente.

As relações intergeracionais evidenciam as diferenças na forma como cada geração se relaciona com o ambiente. Essas diferenças estão intrinsecamente ligadas às transformações socioespaciais que o estado do Tocantins tem vivenciado, refletindo-se nos modos de vida das populações. Na modernidade, o acesso ampliado à educação, à saúde, ao transporte e ao emprego assalariado tem levado a mudanças significativas nas organizações familiares. Os filhos da “roça” saem de casa, assim como Camila, que teve a oportunidade de estudar “fora”, no município de Dianópolis, em busca de melhorias da “qualidade de vida”. Essa transformação marca um aspecto crucial da campesinidade, em que as tradições e a ligação com a terra começam a dar lugar a novas perspectivas e possibilidades.

7.3.2.3 Apoio social/familiar

Camila contava com significativo apoio financeiro de sua família, apesar das condições limitadas em que viviam.

Eu tinha vez que eu deixava de fazer as coisas pra mim, pra comprar pra eles... Nós fazia tudo, eu pelo menos, às vezes o que eu não tinha pra mim, eles tinham roupa, calçado, bom deles sair, eu fazia, pra eles saírem feito gente (Aparecida).

Inconformada com o falecimento da filha, a mãe ainda lamenta não ter conseguido ajudá-la mais financeiramente. Apesar das limitações econômicas, ela oferecia apoio moral e encorajava a filha, reforçando a ideia de que a condição de vida poderia melhorar. A mãe também expressa tristeza por não ter conseguido realizar o desejo de Camila de se mudar de Taipas - TO, uma aspiração frustrada pela situação econômica da família.

Além do suporte financeiro limitado, Camila recebia apoio emocional significativo de sua família, especialmente em momentos de baixa autoestima devido à

deficiência na boca. “Aí a gente tentava falar com ela, [...] ‘você é perfeita, minha filha’. Todo mundo, eu dava exemplo das pessoas, tem gente que falta um braço é feliz, falta uma perna é feliz, falta de tudo, às vezes assim é feliz, só modo de um jeitinho desse assim, uma cicatriz dessa assim”, relatou Aparecida, sua mãe.

Camila era comunicativa e muito apegada à mãe:

[...] às vez eu sento ali e lembro dela que ela sentava, conversava comigo, contava as coisa. Os irmão não fala muito não, e ela conversava tudo [...]. Aí ela não dormia só, ela dormia era mais eu, e a noite todinha ela tinha sentido, que ela disse que mordida o corpo dela tudo [...]. Mas aí elas ficava em Dianópolis, direto ela ligava pra aqui, vez que ela ligava duas, três vezes por dia, pra mim, pra conversar (Aparecida).

Nas lembranças da mãe, o vínculo familiar estreito de Camila se destaca: “de alegria que ela tinha, por mim, dela ter assim muito apego por mim, pros irmãos que, pra ela, os irmão era tudo pra ela. Eu lembro mais dela assim, que ela tinha muito cuidado com nós”, relatou Aparecida.

Segundo a mãe, Camila mantinha relações mais próximas e harmoniosas com a família materna, em contraste com a família paterna. José também confirmou o vínculo íntimo de Camila com a mãe e os irmãos e lamenta não estar por perto para oferecer ajuda, especialmente apoio profissional. Ele acredita que a ausência de assistência psiquiátrica foi um fator crucial no desfecho trágico da vida de Camila: “Se eu tivesse por aqui na época que aconteceu o fato, eu acho que eu teria evitado, porque eu teria procurado um psiquiatra e teria levado, ele teria ajudado, né? Mas eu não, não estava no, na, na data, que, quando aconteceu o fato, eu não estava aqui no, no estado”.

Além de manter uma boa relação com a mãe e os irmãos, a família de Camila não mediu esforços para garantir a assistência necessária, especialmente na área da saúde. Diante das queixas de dores no corpo, a família a acompanhou na realização de exames pelo SUS. Mesmo sem resultados conclusivos, continuaram se esforçando para garantir o cuidado adequado para Camila.

Aí ele vendeu uma vaca (o pai) e mandou o dinheiro todinho, aí tornaram fazer os exame tudinho particular, não deu nada. Disse que até a própria médica olhava para ela: “oh, *Camila* [nome fictício], eu olho pra você, mas eu não sei, cê não tem nada”. Aí só era mente né, dela, só era a mente (Aparecida).

Ainda em relação aos cuidados, os relatos mostram que a família estava constantemente vigilante em relação à Camila, monitorando e administrando sua

medicação. “[...] eu tinha sempre o cuidado de tá, sempre que minha nora saía, aí ficava com ela e a menininha e deixava sempre o portão trancado”, recorda Aparecida.

Embora o apoio familiar fosse evidente nas autópsias psicossociais, faltou suporte social, como de amigos ou instituições, incluindo as religiosas. Para José, a ausência de apoio de vizinhos, colegas ou outros familiares se deu porque Camila não compartilhava seus sentimentos com ninguém.

Deuselice, por sua vez, enfrentou muitas dificuldades ao criar os filhos, mas recebeu o apoio deles na medida do possível, considerando que ainda eram crianças ou jovens adultos quando ela faleceu. “Então ela sempre foi muito aberta com a gente, sabe? Ninguém nunca julgou ela por isso. E., e eu e os meus irmãos, a gente nunca teve uma convivência muito próxima, era só nas férias mesmo assim”, relatou Júlia.

Apesar do apoio dos filhos, Deuselice passava a maior parte do tempo sozinha. Alguns de seus filhos foram adotados por outras famílias, muitos viviam em outros municípios ou estados, ou estavam casados, resultando em encontros apenas durante as férias. Um dos sonhos de Deuselice era reunir todos os filhos em sua casa, mas isso nunca se concretizou, pois eram muitos integrantes e as distâncias, os compromissos de trabalho e as rotinas de cada um tornavam esses encontros simultâneos inviáveis.

Com arranjo de família reconstituída¹⁸, Deuselice agregava as pessoas.

Então tudo era ela, todo mundo, tudo era na casa dela. Só para você ter uma noção, tanto que ela era alegre, ela, ela amava casa cheia, ela, na casa dela era tudo muito simples, tudo muito simples, mas você chegava lá, você se sentia tão acolhido assim, sabe [...]. A minha mãe era como se fosse o ímã da família (Júlia).

Como parte de uma família reconstituída, Deuselice desempenhava um papel central de acolhimento e inclusão, criando um ambiente de convivência harmoniosa e afetuosa em sua vida cotidiana. Embora fosse filha única do mesmo pai e da mesma mãe, ela tinha um talento especial para reunir a família, mantendo boas relações tanto com sua madrasta quanto com seus nove irmãos, entre paternos e maternos.

No seu último emprego, Deuselice alcançou uma conquista importante ao finalmente obter uma moradia digna. Além disso, ela manteve boas relações com seu empregador.

¹⁸ A família “reconstituída” é composta por um ou ambos os pais que se casaram novamente ou estão em um novo relacionamento após um divórcio ou viuvez. Nesse novo arranjo familiar, os pais trazem filhos de relacionamentos anteriores e podem também ter filhos oriundos dessa nova união.

Inclusive essa casa que o patrão fez, foi, foi porque é, ele queria que ela continuasse morando lá. Os detalhes da casa, ele fez do jeito que ela quis, ele levou ela lá para falar: “oh, isso aqui, estou pensando em fazer assim. Você quer que muda alguma coisa ou tá bom assim?”. A relação dela com o patrão, com o irmão do patrão, que era um senhor que ia toda vez que ele ia era muito boa assim. Segundo ela, esse lugar que ela morava era um dos, foi um dos melhores lugares que ela já morou (Júlia).

Quando Deuselice residia na fazenda do último companheiro, ela experimentou um período de maior isolamento. A localização geográfica da fazenda representava uma barreira significativa, que dificultava o acesso ao apoio social e familiar.

Na fazenda, era só ela de mulher. Então ela não tinha ninguém pra tá conversando, pra desabafar, pra falar as coisas. Como ele, eles se mudaram pra essa fazenda lá, era mais longe de onde eu morava eu não ia lá com tanta frequência. Então, e, quando eu ia, ela, ela sempre reclamava das coisas (Júlia).

É interessante notar que, na história de vida de Deuselice, ela era frequentemente a figura de apoio para os outros. “Então ela não tinha uma pessoa fixa assim, que era uma pessoa, mas a pessoa mais próxima, assim de, de desabafar, era tia Josefa [nome fictício], que é a madrasta dela”, expôs Júlia. “Só com os filho mermo e com a minha vó sabe, a mãe dela, ela gostava muito de conversar com ela [...] e a tia (madrasta)”, relatou José.

Já Joaquim, por sua vez, tinha uma ligação especialmente forte com uma neta, além de manter boas relações com seus filhos, parentes e vizinhos de terra. Francisca, ao relembrar as relações familiares, enfatiza diversas vezes a união que prevalecia entre os familiares, refletindo o ambiente de solidariedade e apoio mútuo.

Meus fi ele tinha muito carinho com meus filhos [...]. Não, ele não era homem de bater. Agora eu batia muito nos fi, mas ele não era home de bater, só o raído dele só menino ficava queto [...]. Tinha, a tia dele, os tio [...]. Vixi, tinha apego demais, era tudo unido [...]. Tempo bom que não volta mais (Francisca).

Mesmo divorciado, Joaquim tinha uma boa relação com sua ex-companheira Francisca.

[...] mas eu não era de mal com ele, ele vinha aqui, ele tomava café, só não fazia comer, quando dá ressacado, não come, coisa [...]. Vinha por causa da netinha dele, ficava com ela no colo. Era apegada com ele [...]. Ele vinha aqui todo final de semana, ele vinha aqui, nem só final de semana, ele vinha aqui era quase toda hora, disse que pra ver a netinha dele [...]. Era meu companheirinho. Nós separemos, mas nós num fiquemo de mal não, né? (Francisca).

A família de Joaquim se esforçou para ajudá-lo a realizar um tratamento para o uso abusivo do álcool, mas ele rejeitou qualquer tipo de acompanhamento profissional. Francisca compartilha que “[...] nem pra ir no médico tinha que ser, eu não sei nem se ele foi pelo meno uma vez, só se ele foi dele criança que ele foi no médico, depois que nos casemo ele não foi ni médico [...]. É porque não gostava”.

Além do apoio familiar, Joaquim não tinha relações sociais significativas, não participava de grupos, clubes ou associações que poderiam fortalecer seu senso de pertencimento social. Sua maior integração ocorreu durante o tempo que viveu na zona rural com a família, mas, ao se mudar para a cidade, essa conexão se perdeu e o uso abusivo do álcool aumentou.

Apesar de alguns vínculos familiares positivos, os relatos sobre Camila, Deuselice e Joaquim revelam as limitações significativas que enfrentaram em suas vidas. Camila não se abria para além de sua família, enquanto Deuselice, vivendo na fazenda do último companheiro, se sentia isolada e lidava com relações conjugais conflituosas, o que enfraqueceu seu apoio social e familiar. Joaquim também vivenciou isolamento em sua última residência, manteve menos contato com seus familiares e com um vínculo conjugal encerrado.

Essas histórias ilustram a complexa interseção entre vínculos familiares e saúde mental. Embora o apoio social e familiar seja crucial e uma fonte de resiliência, ele não resolve todos os desafios psicológicos. A ausência de um apoio social mais amplo, combinada com barreiras como isolamento e falta de tratamento profissional adequado, pode agravar vulnerabilidades preexistentes. Portanto, é fundamental reconhecer a importância dos vínculos sociais e familiares, ao mesmo tempo em que se enfatiza a necessidade de acesso a serviços de saúde mental para promover o bem-estar e prevenir comportamentos suicidas.

Nesse sentido, relacionamentos íntimos e saudáveis têm o potencial de aumentar a capacidade de recuperação individual. Os vínculos mais próximos, como os da família, cônjuge, amigos e colegas, podem fornecer suporte em momentos de crise. Amigos e familiares atuam como redes de apoio social, financeiro e emocional e contribuem para a diminuição dos estressores externos. Além disso, relacionamentos são especialmente protetores para adolescentes e idosos, que apresentam maior nível de dependência, conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014).

7.3.2.4 Espiritualidade/religiosidade

A espiritualidade/religiosidade emergiram em duas dimensões distintas nas entrevistas das autópsias psicossociais. Primeiramente, foi identificada como um fator “explicativo” para o adoecimento mental. Em segundo lugar, foi vista como um fator “protetivo” por ajudar a evitar o comportamento suicida e a lidar com a perda.

Na presente pesquisa, observou-se que alguns sobreviventes recorreram a aspectos espirituais/religiosos para explicar o fenômeno. Aparecida, mãe de Camila, compartilha:

Parecendo que tinha alguma coisa que perturbou tudo a partir daquele dia, ou que alguém que, as pessoas dizem que não existe coisa, mas existe coisa sim (espirituais) [...], eu acredito. Porque, dela mesmo, desse dia apareceu. Ainda falei: “maldita hora que eu fui nesse pouso de folia com minha filha”. Porque no outro dia ela já amanheceu assim (Aparecida).

Assim, a mãe percebe que o adoecimento mental pode sido originado na espiritualidade, embora não desconsidere a influência de doenças. No caso de Deuselice, também há uma explicação semelhante:

De verdade. Se, se ela falasse pra a sogra dela, que ela tava bem, à noite ela sonhava com esses bichos, com esses monstros. Aí eu não sei se já era uma coisa da cabeça dela, se ela, porque a sogra dela tinha fama de mexer com macumba, com esses trem, sabe, eu não sei se realmente era porque, eu não, não, não vi nada disso, né. Mas a família deles lá tinha essa fama, e aí ela falou: “olha, eu nunca tinha observado isso, mas eu já passei a observar o dia que ela me pergunta que eu tô bem. E se eu falar pra ela que eu tô bem, que eu tô ótima, que eu tô muito bem à noite, eu sonho e começo a passar mal (Júlia).

Deuselice acreditava que estava sendo influenciada por “macumba”, que fazia com que ela tivesse sonhos conturbadores e passasse mal, sendo a explicação dos delírios e das alucinações persecutórias.

Para prevenir o comportamento suicida, a família de Camila recorreu ao apoio espiritual. A mãe, Aparecida, orientava a filha: “Eu pedia assim: ‘oh, minha filha, quando cê lembrar dessas coisas, você pede ajuda de Deus, pede Nossa Senhora para cuidar de você’. Às vezes, chamava ela para fazer oração, rezava mais ela, botava ela assim pra ler a bíblia, mas era pouquinhas hora que ela olhava”. A irmã também a levava para a igreja católica, mesmo contra o desejo de Camila, especialmente durante o período de adoecimento.

Camila também questionava a dimensão espiritual do suicídio: “Um dia ela perguntou: ‘mãe, se a gente se matar, Deus perdoa a gente?’. Eu falei com ela que não, que Deus não perdoava. Mas eu não tinha ideia de que ela ia fazer isso” (Aparecida).

A perspectiva de que o suicídio é um pecado é uma construção social e histórica profundamente enraizada. Miranda (2014) destaca que, na sociedade brasileira, o suicídio é frequentemente visto como uma transgressão moral, associada a atributos como desonra, egoísmo, vulnerabilidade e desgraça. Esses sentimentos são exacerbados por tabus sociais e religiosos, que complicam o processo de luto. A família enlutada muitas vezes busca consolo em explicações médicas e religiosas, tentando racionalizar as circunstâncias da morte e, assim, absolver o falecido da culpabilidade. Em sua pesquisa, Miranda (2014) observa que as explicações religiosas e médicas eram usadas para entender o suicídio, ao mesmo tempo que declaram a responsabilidade da pessoa que faleceu.

José mencionou que soube que a família havia buscado suporte espiritual em um centro espírita nas proximidades de Natividade. No entanto, ele acredita que essa busca pode ter atrapalhado a situação, reforçando novamente que o apoio profissional era essencial. A mãe não relatou se esse apoio espiritual foi realmente procurado, mas é importante destacar que Camila recebeu acompanhamento em saúde mental.

Deuselice, que se declarou católica durante a maior parte de sua vida, abandonou a religiosidade nos últimos anos. No período em que casou com seu último companheiro, frequentou a igreja evangélica “Deus é Amor”. “Quando ela faleceu, ela não era mais evangélica. Mas ela foi evangélica já da Deus é Amor, por um bom tempo. Esse tempo ela ia pra igreja, quase todos os dias, sabe? Só que depois ela desviou da igreja”, conforme expôs José. Isso indica que, nos últimos anos de vida, Deuselice não contava com apoio religioso.

Joaquim, por sua vez, não tinha contato próximo com a espiritualidade ou religiosidade. Não aceitava ir à igreja quando convidado por sua ex-esposa e, ao longo de sua vida, foi apenas duas vezes, sem que uma religião específica fosse mencionada.

Assim, é evidente que a dimensão da espiritualidade/religiosidade está presente nos discursos sobre o suicídio, com as famílias frequentemente buscando na religião a força necessária para lidar com o sofrimento e seguir em frente (Minayo *et al.*, 2012).

O discurso pautado na racionalidade médica inscreve o problema no sujeito, contudo, os dados da pesquisa nos indicam a força e a violência dos fatores “externos” aos sujeitos. As histórias apontam para as condições sociais, os relacionamentos, os

hábitos culturais, entre outros, como elementos constituintes do suicídio. Logo, o suicídio emerge como uma construção social histórica, política e ambiental.

No entrecruzamento das histórias, não podemos negar o sofrimento que emerge de eventuais transtornos, como, por exemplo, mudanças de comportamentos, tristeza contínua que se enquadram nos critérios do DSM. Todavia, as histórias recontadas evidenciam como o suicídio é construído em meio ao contato da vítima com eventos em geral violentos, perversos e difíceis de serem elaborados.

O termo psicossocial sugere um alargamento na compreensão do que tem sido tradicionalmente classificado como sofrimento e adoecimento, que descrevem e inscrevem no corpo dos sujeitos os eventos produzidos social, política, cultural, ambiental e institucionalmente.

7.4 Dados socioantropológicos

Para contextualizar as histórias reconstituídas, foram coletados dados socioantropológicos da localidade, com o objetivo de compreender como vive a população específica, incluindo aspectos sociais, culturais e econômicos (Teixeira, 2018). Esses dados foram detalhados para descrever o município de Taipas, situado na região do sudeste, no estado do Tocantins.

A análise a seguir utiliza informações obtidas por meio de entrevistas, explorando aspectos diversos como urbanização, cultura, economia, saúde, educação e segurança. Com base nas entrevistas realizadas (n = 5), foi possível verificar as **principais características do município de Taipas**, tanto na zona urbana quanto na rural.

A zona urbana da cidade é vista de forma positiva pelos moradores, que a consideram um lugar calmo, onde todos vivem “bem”, em uma condição de conformismo. “[...] é eu tô aqui mesmo, né? A cidade aqui é boa, é calma. Todo mundo vive bem” (Francisca). “A cidadezinha lá eu acho ela boa, né? Porque, povo conhecido, povo hospitaleiro, a gente conhece as pessoas muito, faz amizade, lá também é bom” (Aparecida). “Só que é um lugar bem, eu gosto, gostava de morar lá, sabe? Um clima assim bom” (Pedro).

Essas percepções indicam que, apesar de suas limitações, o município de Taipas oferece uma qualidade de vida satisfatória a seus habitantes, marcada por um senso de comunidade e tranquilidade.

Taipas é, eu sou suspeita de falar porque eu sou de lá, né? Lá é o melhor lugar do mundo pra se viver! [risos] Lá é, é paz, sabe, paz, tranquilidade, calma, é, lá. Lá é como se fosse uma chacarazinha assim que você vai para ter paz, pra ter sossego, pra ter tranquilidade (Júlia).

Por outro lado, a zona rural é vista de maneira diferente, sendo considerada um lugar triste e esquecido. Esse esquecimento parece estar relacionado a questões políticas, ou seja, dependendo do prefeito e de sua gestão, a região pode se tornar ainda mais negligenciada. “Aqui a rural ela é mais assim triste, porque a gente não tem as oportunidade de nada, porque até os que moram fora observa, diz: ‘oh, aquele pessoal de [nome da fazenda familiar] é assim, fica triste, parece que é um lugar esquecido” (Aparecida). Parte desse sentimento de abandono também está ligado à ausência das festas religiosas tradicionais, que antes ocorriam com mais frequência. Essas celebrações foram interrompidas pela pandemia, mas sua continuidade ou retomada também depende do interesse político. A falta dessas festividades, que antes eram momentos de encontro e de fortalecimento dos laços comunitários, contribui para a sensação de isolamento e esquecimento dos moradores da zona rural.

Que aí vinha folia direto, antigamente vinha folia da Conceição que pousava aqui, vinha essa de Taipas, quando ela não pousava aqui, pousava no vizinho. Mas agora não tá tendo, esses dia mesmo a vizinha disse que ia sair mas parece que na zona rural não vai sair não, pra cá não (Aparecida).

Contudo, os entrevistados reconheceram que houve melhorias ao longo do tempo, especialmente no que diz respeito ao acesso da população rural aos serviços de saúde. Essas melhorias foram atribuídas, em parte, à evolução das tecnologias de comunicação. Na prática, quando a população rural necessita de atendimento médico, basta realizar uma ligação, e o veículo do município é enviado para buscar a pessoa enferma, garantindo que todos os procedimentos necessários para o restabelecimento da saúde sejam realizados. Esse avanço na comunicação facilitou o acesso aos serviços de saúde e contribuiu para melhoria significativa na qualidade de vida dos moradores da zona rural.

Mas até que o tempo foi passando, foram melhorando mais, né? Assim, porque no meio assim de atendimento, se a gente aqui sente alguma coisa, a gente é bem atendido, né? Se disser, “eu tô sentindo isso” e ligar, é na mesma da hora eles mandam o carro buscar a gente, leva pra lá pra fazer os exame, cuida direitinho (Aparecida).

A zona rural, devido às dificuldades de acesso, é frequentemente descrita como “triste” pelos moradores. Essa sensação de tristeza é amplificada pelo isolamento, mas a

percepção muda quando há a presença de outras pessoas. A interação social parece aliviar o sentimento de isolamento, trazendo uma sensação de vitalidade e bem-estar que contrasta com a solidão habitual da região.

Mas eu não acho assim aqui muito alegre, às vezes, eu estou aqui por estar. Falo aqui com os menino, aqui a minha alegria é só meus fi, que o dia que eles estão aqui é uma beleza. No dia que os outros vêm pra mim é uma alegria e vem sempre gente também, que direto aqui em casa tem gente (Aparecida).

Os entrevistados Júlia e Pedro também ressaltaram a dificuldade de acesso ao município. Júlia menciona que, “Na época era, ainda é, do mesmo tamanho até hoje. Só que na época era beem mais difícil acesso a ir lá, porque [...]. Sim, é meio, é bem isolada lá [...]”. No entanto, nota que houve progresso ao longo do tempo:

Hoje ela tá tendo mais visibilidade, mas na época era bem difícil, bem difícil [...] porque hoje já tem mais estruturas lá do que antes, tem uma firma de calcário, que tá lá perto, levou mais gente para lá. Aí, agora construíram um posto de gasolina. O prefeito de lá, e a cidade tá toda asfaltada, é, essas coisas (Júlia).

Pedro mencionou que algumas fazendas são próximas à cidade, enquanto outras são bastante distantes, o que torna o acesso mais difícil: “Tem um, tem as fazendas que é próximo da cidade, já tem outras que é bem distante. Aí, as que é mais distante é difícil a, o acesso à cidade, estrada ruim, estrada de chão e até chegar na cidade, um bom tempo”. A construção de asfalto, embora limitada à zona urbana de Taipas, facilita o acesso e promove o desenvolvimento urbano. Isso “encurta as distâncias entre campo e cidade ou ‘roça’ e ‘rua’” (Silva, 2017, p. 107).

Mesmo com essas melhorias no acesso, persistem desafios como a escassez de oportunidades de emprego, de educação, e o consequente baixo capital econômico, que continuam a impactar negativamente o desenvolvimento do município.

O ruim de lá é só, o lado negativo de lá que eu vejo, é porque lá não tem tanta oportunidade. Oportunidade que tem de emprego é essa firma que foi pra lá agora há pouco tempo, e a prefeitura, além disso não tem. Porque o dono do mercado trabalha, ele, a esposa e os filhos. O dono da lanchonete do mesmo jeito, então cê não tem, é, é tanta oportunidade de emprego. Se você quiser fazer uma faculdade, cê tem que ir pra outra cidade ou então fazer a distância que não é a mesma coisa de uma faculdade presencial. Não tem um cursinho de inglês, não tem um curso de informática, não tem um curso preparatório pra os seus filhos, pra fazer o Enem, essas coisas, não tem (Júlia).

Acerca de como o **município se constitui e tem sido caracterizado**, a primeira menção dos entrevistados gira em torno do tamanho do município e as relações sociais abertas e próximas entre a população. Francisca observa: “Todo mundo se conhece, é, é pequenininha”. José complementa: “Todo mundo se conhece. Entendeu?”. Pedro acrescenta: “Lá todo mundo conhece todo mundo lá”.

O pessoal lá é bem receptivo, o pessoal lá é bem receptivo, bem receptivo! [...] Você chega lá e você fala: “sabe onde é que fica a casa de fulano? Eu queria chegar na casa de fulano”. “Não você vira aquela rua e faz ali. Você quer que eu vou lá com você? Caso você não ache, ele entra no carro, te leva lá”. É assim. As características boas é que eles são acolhedores, são bastante acolhedores, sim, em peso, todo mundo lá é muito acolhedor. Você pergunta uma informação, o pessoal sabe te informar, é... é fofoqueiro, é, porque cidade pequena. O povo a maioria não trabalha, né? Então vamos falar da vida dos outros pra poder gastar pelo menos palavras, como diz minha filha, vamos gastar palavras [risos] [...]. Mas é um pessoal acolhedor que na hora da necessidade estão ali. Se assim faleceu, um senhorzinho que mora ali há 30 anos, vai todo mundo aí, vai as senhoras, porque cidade pequena até hoje o pessoal vai pra fazer, o pessoal vai pra fazer comida em velório, faz comida, faz chá, faz farofa, faz não sei o que. Parece que, que velório ainda é um evento na cidade pequena, né. Aí o pessoal, aí o pessoal vai em peso assim, às vezes até quem não era próximo, vai, não tô aqui, precisa varrer alguma coisa, precisa lavar louça, precisa fazer alguma coisa. “Tô aqui, precisar de mim”, em qualquer ocasião, tá todo mundo próximo, tá todo mundo ajudando, tá todo mundo ali (Júlia).

A proximidade social no município de Taipas evidencia uma estrutura de campesinidade, caracterizada por um território de parentesco e uma identidade comunitária sólida. Conforme Woortmann (1990, p. 30), “Neste plano de significado o Sítio é um território de parentesco definido pela descendência e pelas trocas matrimoniais, como domínio quase corporativo do conjunto de suas terras”, o que reflete a preservação da hierarquia familiar e as conexões recíprocas que formam a base da identidade local (Woortmann, 1990).

Os entrevistados também fornecem um contexto histórico sobre a **constituição do município**. Pedro comenta: “Taipas lá é Taipas mesmo, sempre foi”. Júlia acrescenta que “Era um distrito, né? Lá era distrito de Conceição. E aí era bem esquecido. Era um distrito que ficava lá, Deus dará. E aí, depois que emancipou ou se não me engano, lá já teve três ou quatro prefeitos só [...] é lá tem, se não me engano só tem, ai, meu Deus esqueci, mas parece que é, 30, 31 anos tem a cidade”.

Que antes, quando era antes da criação do estado do nosso Tocantins, é que antes não existia [...]. Quando dividiu o estado, aí criou o município de Taipas, aí, desmembrou de Conceição, e aí ficou Conceição do Tocantins, Dianópolis, no Tocantins. O governador, na época, quando se criou o estado, ele queria

criar para deixar tudo pronto. Vários municípios. É, agora o município que era um distrito que era já meio grandinho, né? Já tinha uma popularidade (José).

O entrevistado Pedro não conseguiu fornecer detalhes sobre a constituição do município de Taipas, mas os relatos dos outros entrevistados, especialmente José, que tem uma função direta com a administração pública, indicam que a formação do município foi influenciada por interesses políticos. Oliveira (2019), na pesquisa sobre o desenvolvimento regional do estado do Tocantins, discute que o estabelecimento de municípios em regiões como Taipas foi impulsionado por motivos políticos, visando distribuir hierarquias de poder e alinhar-se aos interesses econômicos e políticos das figuras influentes da região.

A **origem da população** de Taipas é ligada à antiga região norte de Goiás, uma área historicamente marginalizada. No processo de implantação do estado mais novo do país, a criação de novos municípios seguiu uma lógica que combinava objetivos políticos, sociais e econômicos. Aparecida comenta sobre essa origem: “Disse que foi criado mesmo é porque Taipas parece que tinha muita casa de taipas, né? Sei lá, feita de chumentim, barreada assim por isso que é nessa história”. Essa explicação reflete a maneira como a formação do município está entrelaçada com a história local e os fatores políticos que moldaram sua estrutura atual.

É político teve, né? Porque na época, quando criou é de uma família que tinha terras, queria ser o prefeito, esses trem. É os pioneiros da, da região, né? [...] famílias Azevedo [...]. Tem um ex-prefeito que foi três mandatos prefeito aqui. Tem alguns aí que mora na cidade [...]. Assim, na época, para o município era uma fazenda grande, que eles eram donos. Era uma fazenda grande, quiseram um dono e ele doou a terra para criar o município (José).

Lá era uma fazenda, né? Dos Azevedo, era uma fazenda, então a maioria do pessoal de Taipas é Azevedo. Era de um coronel e aí, é foi crescendo, crescendo, crescendo. Aí, um dos filhos do coronel casou com a mulher da outra fazenda, trouxe aí foi crescendo, aí o outro conheceu uma outra de outro lugar trouxe, praticamente todo mundo ali é da mesma família. Aí até que emancipou, aí depois que emancipou, aí fez concurso, aí foi gente de fora que fez o concurso e foi morar lá. Mas começou com essa fazenda mesmo (Júlia).

O **município se organiza economicamente** com poucos recursos, basicamente se sustenta por meio de repasses governamentais aos municípios, como o Imposto de Organizações Financeiras (IOF) do estado e transferências do governo federal. José observa: “IOF do estado só, e o repasse do governo federal [...] Baixa. Mas, se fosse pela popularidade que, que nós temos, se fosse para cuidar bem, daria”. Essa colocação reflete a limitação financeira enfrentada pelo município e sugere que, apesar dos desafios

econômicos, há uma percepção de que a gestão local poderia melhor utilizar os recursos disponíveis para o benefício da comunidade.

Aqui a vida é dura, né? Pra viver assim, não tem meio de serviço não [...]. Aqui os que já tão ficando véi vive do salário que vem da aposentadoria, né? Mas meio de serviço mesmo, tem essas fazenda aí quando pita, essas fazenda aí que vai as pessoas trabaiair diária, né? [...]. É, ou senão, fazer cerca, abre buraco, furar pau (Aparecida).

As verbas que o prefeito busca [...] que eles consegue com o governador, senador, deputado, que aí destina não sei quantos mil pra fazer a obra tal, aí vai lá e faz, é, aí tem o, se não me engano, o nome é ICMS [...] que vem do, da firma que é destinado, porque está derrubando as serras lá, né? Aí tem. É. É um, é imposto que paga, né? Aí tem isso é. A prefeitura e essa firma que tô te falando (Júlia).

“Quem mora ali mesmo geralmente é funcionário público [...]. É, porque empresa pra trabalho também quase não tem, interiorzim bem pequeninim [...]. É serviço público mesmo ou então trabalhar nas fazendas o pessoal”, menciona Pedro. Os relatos destacam que a economia do município é predominantemente de subsistência, com poucos empregos formais disponíveis para a população. A atividade econômica mais relevante é a pecuária, como observado por José: “É um dos municípios mais populoso em gado no estado, é o nosso. É pequeno, né? E pela quantidade tem mais animais”. Para os demais entrevistados, a pecuária, embora predominante, não é vista como uma fonte significativa de desenvolvimento econômico.

Como apontado por Silva (2017), no processo histórico de formação da população do Tocantins, os criadores de gado se beneficiaram das pastagens naturais nas savanas do norte de Goiás para estabelecer fazendas de gado e impulsionaram a expansão da pecuária extensiva na região.

Por outro lado, a agricultura local é considerada economicamente insuficiente. José observa: “É fraco, plantação [...]. E aqui tem uma mineradora que atua no município também, só isso”. A agricultura, embora não seja rentável, é essencial para a subsistência das famílias: “Aqui é difícil, os trem tudo caro, Rum, nós tem as coisa, nós pranta as coisinha né, planta” (Francisca).

É assim plantar eu nem conheço plantio assim, pra cá [...]. Aqui às vezes plantava, né? O pai plantava de primeiro arroz, plantava milho, mas ultimamente nem isso planta mais [...], que ele às vezes ele bota a roça e não cói, que as terra veia é muito dura. Planta uma mandioquinha pra fazer uma farinha, fazer alguma coisa e deixa esse plantio pra lá, porque ninguém mais aqui tá plantando [...]. O povo fala assim que ali aos redor de Taipas, não sei, tem essas rocinha de toco só mesmo, só mesmo pra plantar mandioca, arroz,

milho, essas coisas, mas não tem esses tipo de agricultura, essas coisas forte não (Aparecida).

Convém acrescentar que o município se encontra numa região cárstica, ou seja, com muitas rochas solúveis, o que implica a formação de cavernas e de outras feições geomorfológicas típicas do carste. Essa característica físico-natural interfere na dinâmica hidrológica, constituindo um ambiente frágil e que requer manejo específico a fim de manter sua integridade. Por outro lado, essa característica pode facilitar o turismo, podendo se reverter em trabalho e renda.

Taipas possui uma mineradora de calcário e fosfato que emprega cerca de 50 pessoas, mas seu impacto econômico no município é limitado. De acordo com José, são comuns atualmente venda e revenda de fazendas na região, o que reflete uma dinâmica econômica instável.

A falta de qualificação da mão de obra local é evidente. Por exemplo, prestadores de serviço da pousada relataram que vêm de outros municípios para realizar serviços de vidraçaria, pois Taipas não dispõe dessa mão de obra especializada. Essa carência de qualificação se estende a diversas outras áreas, obrigando a população a depender de prestadores de serviços das cidades vizinhas.

Quanto às **atividades culturais e de lazer**, José menciona que

Culturalmente as datas comemorativas sempre tem um movimento [...]. Aqui tem o mês de julho, tem os festejos que é do Divino Pai Eterno, Aniversário da Cidade, que é fevereiro, 20, fevereiro, entendeu? Então todo, todos os anos tem os movimentos. Dia das Crianças faz um movimento.

Francisca acrescenta que, apesar da pandemia ter reduzido a frequência de algumas festividades, ainda ocorrem eventos como rodeios e folias: “Tem, tem [barzinho respondeu a neta]. Tem mas agora quase não tá vindo folia aqui, por causa dessa doença, né? Mas tem folia, tem festa de, de como é [nome da neta] que vem aqueles boi, como é que fala, [ah rodeio, respondeu a neta]”.

Tem a folia que eles fala do Divino Pai Eterno. Mas ultimamente teve umas vez que foi boa, no tempo de Joaquim Carlo e Rainel [prefeitos] [...], é, mandava buscar o pessoal na zona rural pa ir pros festejo lá [...]. Mas isso eu acho que depende é do prefeito, dependendo da religião dele [...]. Teve um outro ex-prefeito também que era evangélico e aí as festas cultural fica esquecida (Aparecida).

Os relatos indicam que a cultura e as festas populares em Taipas estão ligadas à religião católica, porém, atualmente, essa tradição se encontra enfraquecida. Esse enfraquecimento pode estar relacionado à gestão política, que tem o poder de fortalecer ou diminuir a frequência desses eventos culturais. Francisca menciona a presença de instituições como o CRAS e o trabalho da assistência social: “Aqui tem o CRAS, tem assistente social”. No entanto, Aparecida observa que na zona rural essas iniciativas estão ausentes: “Aqui na zona rural não tem não [...]. Nada. Em Taipas, acho que tem, tem aqueles eventos que eles faz dos idosos, né?”. José ainda acrescenta que a vida social é limitada, principalmente aos fins de semana: “Final de semana também tem uns bebedor de pinga, né? [...] mas aqui só tem igreja e bar. O que mais tem, igreja”.

Tem os festejos do mês de julho, que é os festejos do Divino Espírito Santo, Divino Pai Eterno [...], todo ano, tem os festejos mês de julho. Aí o prefeito leva rodeio, é aí tem as folia. É, tem, é mastro, que vai, leva o mastro pra igreja, levanta o mastro, aí a folia vai atrás. Aí tem a folia de Reis, que é no mês de janeiro, que é sempre um senhorzinho lá que, que faz a festa todo ano. Aí a folia gira, aí no dia da chegada da folia é, tem a festa, tem, tem a janta pra todo mundo. Essas coisas que tem [...]. É, tem as igrejas, tem barzinho [...] barzinho lá em toda esquina tem um. É, tem um posto de gasolina que eles colocaram lá agora, é...rapaz, lá tem muita coisa, viu? Pessoal, o pessoal lá gosta de, gosta de fazer coisas pra vender, pra comer, e o pessoal come! [...] Tem também, tem sorveteria, tem distribuidora, tem, tem churrasco, o espetinho lá que o pessoal vai sempre é... tem isso. E as igrejas que tem muito também, tem bastante igreja (Júlia).

“Não tem muita coisa pra fazer [...]. Festa lá tem, evento, tem [...] só, igreja católica e evangélica. Só. Mercadozinho pequeno só, uma pracinha e as escola, mais nada, e as casas mesmo”, acrescenta Pedro. O município de Taipas oferece poucas opções de lazer, os bares e as igrejas, especialmente as evangélicas, são os espaços mais frequentados pela população. Na zona rural, o acesso a atividades culturais e de lazer é ainda mais limitado. Em conversas informais com moradores e prestadores de serviços, foi reforçada a baixa atratividade turística da região.

Em relação à **saúde**, as opiniões dos entrevistados são variadas. Enquanto Francisca aponta algumas dificuldades, como a falta de medicamentos: “É bom, mas tem vez que a gente vai caçar remédio lá e não tem remédio nem nada”. Aparecida destaca que, apesar disso, o atendimento é eficiente e as necessidades são atendidas: “É boa. Tem remédio é. Eles busca. Chegar aí, se for o caso levar pra Palmas eles manda, se for pra Arraias eles manda”.

Eu acho que, se fosse para cuidar da saúde, de acordo, necessitava ter condições suficientes e com pessoas capacitadas. Mas eu acho que falta o dever de casa. É, as pessoas sofrem por falta de conhecimento. Por falta de atendimento, entendeu? Não tem a quem recorrer e acaba passando dificuldade, né? Principalmente na área da, da saúde mental (José).

A saúde é boa, se o pessoal precisa de um especialista que não tem na cidade, tem uma van que te pega, te leva em Palmas pra você fazer seus exames, trazer você de volta. É se você precisa de um acompanhamento mais perto, tem o carro que te leva duas, três vezes em Palmas e te traz de volta [...]. Se tem alguém que é debilitado, que é acamado e que não tem como ir pra a cidade, eles ligam na Secretaria de Saúde, e o pessoal destina o carro pra ir lá buscar, traz, se consulta e leva de volta (Júlia).

Lá é cidadezinha, interiorzinho, pequeninha, quase não tem, vamos se dizer é, atendimento médico, atendimento médico de qualidade não tem, saúde de qualidade, se a pessoa precisar tem que ir pra outro município, urgente. Lá é só atendimentoozim normalzim, se não for, tipo alguma coisa mais séria. Se for alguma coisa urgente, alguma coisa séria, lá eles não conseguem, porque não tem profissional adequado, sabe? [...]. O basicozinho tem (Pedro).

Julia destaca que houve melhorias no acesso à saúde ao longo do tempo. Em 2011, por exemplo, não havia transporte disponível da zona rural para a cidade, mas isso mudou nos últimos seis a sete anos, resultando em avanços significativos no atendimento.

As opiniões sobre a qualidade da saúde oferecida no município variam entre os entrevistados. Mas todos concordam que houve melhorias ao longo dos anos, especialmente se comparado ao período em que ocorreram óbitos nos anos de 2011 e 2014. A principal dificuldade relatada foi a distância e o difícil acesso geográfico aos serviços de saúde, considerando que muitos moradores vivem na zona rural. Com uma baixa densidade populacional, Taipas conta apenas com uma Unidade Básica de Saúde, que atende casos de baixa complexidade. Para serviços especializados e de alta tecnologia, os moradores dependem do município de Dianópolis, que serve como referência para a região do Cantão.

No que tange à **educação**:

Uai educação, as escolas rurais acabou tudo aqui, acho que nem só aqui, Dianópolis também tinha muitas escolas assim, acabou [...]. Agora eles buscam, vem buscar os mininos aí. Disse que tem um ônibus que busca, né? [...] Vai lá pra cidade, porque antigamente tinha, tinha um internato ali no Umbrussu, tinha outro no Santo Antônio (Aparecida).

Tem sim educação, tem escola municipal e estadual [...]. Um de cada [...]. Incentivo assim quando não, não está com frequência, o Conselho Tutelar bate em cima, obriga a ir para escola e assim, e arrocha os pais, né? Eu acho que isso é um incentivo muito bom. Então o cara não deixa de mandar todo dia os os filhos, sem ir na escola de jeito nenhum (José).

É educação, tem creche, tem escola municipal e tem escola estadual. Eu acredito que é tranquilo, viu? (Júlia).

Tem, lá tem, tem escolas [...]. Colégio Familiar Agrícola? [...] Tinha só que era esse, era longe, sabe? Aí tinha uma van que pegava, passava lá na pista, aí de lá era 7 km da nossa casa aí nós ia de bicicleta (Pedro).

O município de Taipas conta com uma escola municipal e um colégio estadual, que atendem às necessidades básicas de escolarização até o Ensino Médio. Para continuar os estudos em nível superior, os jovens precisam se deslocar para outros municípios ou até mesmo para outros estados. Além disso, o fechamento das escolas rurais ao longo dos anos teve um impacto direto sobre a população da zona rural. Embora o município ofereça transporte para garantir a presença dos estudantes que residem nessas áreas, o acesso à educação ainda pode ser difícil para algumas crianças, conforme ilustrado pelo relato de Pedro, que destaca os desafios enfrentados para a escolarização.

No que diz respeito à **segurança**, a maioria dos entrevistados expressou que o município é um lugar tranquilo e seguro. “Aqui é tranquilo [...] fica aqui, de vez em quando vem polícia [...]. Aqui só é bom, só por causa que aqui é tranquilo demais, é calmo, não é igual cidade que só veve matando gente, aqui não” (Francisca). “Graças a Deus é seguro, né?” (Aparecida).

Segurança é meio precário, estado estar deixando a desejar, né? Não sei se assistiu o debate. Tem 78 municípios aí que não, não tem policiamento. Nós somos um desses 78 sem policiamento, só vem final de semana [...]. É, dizendo ele que é falta de efetivo. Governador [...] tem um posto policial, só que não reside. Ele não fica definitiva, que vem de vez em quando. Quem comanda aqui o município é Dianópolis, aí eles vêm de volta ou vem de Natividade, entendeu? Mas fixo não tem (José).

“Ultimamente, às vezes tá acontecendo, sabe, mas sempre foi muito tranquilo lá assim. Em relação ao policiamento, sempre foi tranquilo” (Júlia). “O basicozinho tem, agora coisa mais... segurança tem, segurança boa” (Pedro).

De modo geral, os entrevistados concordaram que a segurança no município é satisfatória, já que a criminalidade não ocorre com a mesma intensidade que nas grandes cidades. Essa característica torna Taipas - TO atrativa, oferecendo aos moradores a possibilidade de viver em um ambiente tranquilo. No entanto, os relatos também evidenciam certa negligência por parte do estado, manifestada pela escassez de recursos humanos na segurança pública e, conseqüentemente, pela falta de assistência contínua aos moradores.

Em relação à **situação de vida da população**, os entrevistados destacam o seguinte:

Eu acho que não está bom, entendeu? Tem que melhorar sempre [...] porque qualidade de vida, que é precária o acesso. A alimentação é precária, né? Acesso asfalto também é difícil. Se a pessoa adoce que é, é uma calamidade, né? Pra sair para Conceição, para Dianópolis, porque Dianópolis é hospital de referência, primeiro para sair daqui, tem que sair daqui primeiro para depois de encaminhar, para pegar. Então tem que melhorar um pouco mais no acesso, um pouco mais na, na assistência às pessoas [...]. Então eu acho que assim teria que, se a gente tivesse uma conscientização dos nossos profissionais de saúde, pela vida, pela parte de uma equipe do governo, alguma coisa, eu acho que seria bom, entendeu? Porque muitas pessoas sofre por falta de conhecimento, por falta de atendimento, né? Nosso município, acho que deixa a desejar demais, principalmente pela a saúde mental, que é difícil. Igual relatei para você antes, aí é, é fato, não é fake não, é fato (José).

Hoje, hoje é assim, todo mundo vive economicamente é... estável assim, não tem, lá não tem ninguém que, a meu ver, que eu, que eu esteja me recordando agora que passa fome, que tem necessidade, ou que não tenha uma casa pra morar. Hoje, a realidade lá não é essa [...]. Antes era mais complicado um pouquinho. É porque o município... não era de não ter, mas assim o pessoal lá era bem, bem carente, bem carente mesmo assim. Às vezes, às vezes tinha que a prefeitura dar uma cesta básica ou alguma coisa assim, mas de não ter onde morar, não tem um teto. Isso lá não. Todo mundo tem (Júlia).

Vive bem a população lá. Que lá na cidade lá é pequenininho mas tem, tem tudo lá sabe, mercado, tem as coisas, tem, aí tem acesso pra ir pra outras cidades, que é Conceição, Dianópolis, a hora que quiser ir tem ônibus, tem. Não sai de Taipas, ele faz a linha sabe, Conceição e Dianópolis aí passa em Taipas todo dia. É o básico todo mundo tem (Pedro).

Para Júlia e Pedro, a situação de vida da população local vem apresentando melhorias, e o município parece dispor do mínimo necessário para a manutenção das vidas. Porém, José, uma autoridade pública, vê a situação com mais ressalvas e aponta fragilidades que ainda precisam ser abordadas, especialmente no que se refere à saúde mental da população.

Outras considerações: durante a pesquisa de campo, despertou a atenção para o fato de estradas com muitas pontes sem água corrente, revelando um solo extremamente seco. José mencionou que a região não retém água, o que faz com que as fontes sequem durante os períodos de seca. O rio mais próximo é o Rio Palmeira, e, segundo José, a água mineral que vem das serras da região é uma das melhores do Tocantins. A zona rural é abastecida por poços artesianos, enquanto a zona urbana conta com o abastecimento regulado pela Agência Tocantinense de Saneamento (ATS).

Outro aspecto que chamou atenção foi a narrativa dos entrevistados sobre o suicídio de um importante ator social local, o “padre”. Esse padre era muito conhecido pela comunidade devido ao seu papel na igreja católica e à sua conexão com os

moradores. O suicídio ocorreu em 2013, e, embora tenha sido incluído na amostra da pesquisa, a família optou por não participar.

A análise socioantropológica das entrevistas e dados coletados em Taipas - TO proporciona uma compreensão mais profunda da dinâmica local e revela como o município influencia a vida de seus habitantes e suas famílias. Este estudo permite contextualizar as histórias das pessoas que morreram por suicídio e ajuda a identificar as características socioambientais que permeiam essas tragédias.

Esta análise também revela que, embora a comunidade valorize a tranquilidade e a proximidade social, ainda enfrenta desafios substanciais relacionados ao desenvolvimento econômico, ao acesso a serviços de saúde, à educação e à infraestrutura. A compreensão dessas dinâmicas é essencial para direcionar intervenções e pesquisas, especialmente na prevenção do suicídio e na melhoria da qualidade de vida dos moradores.

Por fim, é evidente que o município está passando por transformações que impactam o modo de vida e as relações interpessoais. Nesse contexto, compreende-se, à luz da ecopsicologia, a necessidade de promover relações mais sustentáveis e mutuamente benéficas entre as pessoas e o ambiente em que vivem, o que pode contribuir para melhor qualidade de vida para a população local.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo, constatou-se que o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, que exige uma abordagem abrangente para ser compreendido em sua totalidade. A pesquisa realizada lançou luz sobre diversas perspectivas teóricas a fim de entender o suicídio no estado do Tocantins. Embora não seja possível afirmar categoricamente que o ambiente influencia diretamente o suicídio, o estudo oferece um olhar tangencial que contribui para a compreensão do fenômeno.

Flick (2011) argumenta que a “complementaridade dos dados” é fundamental na pesquisa qualitativa, pois diferentes técnicas de coleta de dados podem enriquecer a análise ao fornecer informações mais concisas e detalhadas ao longo do processo de investigação. Isso permite que as temáticas emergentes sejam validadas e confirmadas em diferentes momentos e espaços, oferecendo uma compreensão mais robusta do fenômeno estudado. Nesse sentido, por meio do uso de métodos mistos, pela combinação de métodos quantitativos e qualitativos neste estudo, de forma integrada, buscaram-se complementaridade e validação mútua entre os dados coletados. Os métodos quantitativos forneceram dados gerais e padronizados, enquanto os métodos qualitativos puderam oferecer uma profundidade e contexto que ajudam a explicar os dados quantitativos. Em resumo, a metodologia de métodos mistos integra métodos quantitativos e qualitativos para criar um quadro mais completo e fundamentado da investigação.

O perfil epidemiológico e as taxas de óbito observadas nesta pesquisa corroboram com achados de vários outros estudos realizados no Brasil e no mundo. Assim como em outros contextos, há maior prevalência de suicídio entre a população masculina, especialmente entre idosos com idades entre 70 e 79 anos e acima de 80 anos. Além disso, a pesquisa destacou a alta incidência entre adultos jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. No que tange ao estado civil, a maioria dos suicídios foi registrada entre pessoas solteiras. Quanto à escolaridade, apesar de uma alta taxa de incompletude nos dados, foi possível identificar que muitos dos óbitos ocorreram entre pessoas com apenas quatro a sete anos de estudo, o que indica baixa escolaridade.

O local mais comum para a ocorrência dos suicídios no estado foi o domicílio das vítimas, e o método mais frequentemente utilizado foi o enforcamento. No que se refere à ocupação, apesar da incompletude dos dados, a pesquisa revelou predominância entre trabalhadores agropecuários, sugerindo a necessidade de estudos mais aprofundados que

levem em consideração as características socioeconômicas e os modos de vida dessa população.

Uma fragilidade identificada neste estudo epidemiológico decorreu da base populacional utilizada. As taxas foram calculadas com base no censo de 2010, uma vez que o censo do IBGE de 2022 ainda não havia sido publicado durante a realização da pesquisa. Além disso, são observadas fragilidades comuns a estudos epidemiológicos, como as discrepâncias entre as fontes de informação – exemplificadas pela diferença entre os dados do DATASUS e as Declarações de Óbito (DOs) – e a baixa qualidade dos registros de óbitos no país, o que gera lacunas em variáveis importantes, como a ocupação.

Embora as pesquisas sobre suicídio, especialmente sob a perspectiva epidemiológica, sejam relativamente numerosas, há escassez de estudos que abordem especificamente o território do Tocantins. Uma busca filtrada com as palavras-chave “suicídio” e “Tocantins”, tanto em português quanto em inglês (“suicide” e “Tocantins”), com uso do operador booleano “and” nas bases de dados Scielo, Lilacs, Google Acadêmico, BDENF, BVS e PubMed, sem restrições de ano de publicação ou idioma, resultou em apenas quatro publicações, sendo uma delas oriunda desta pesquisa. No recorte municipal, foram encontradas quatro publicações sobre suicídios ocorridos em Palmas - TO e uma referente ao município de Araguaína - TO. Além disso, foi identificada uma publicação sobre tentativas de suicídio no contexto de Palmas - TO.

Portanto, é evidente a necessidade de mais estudos voltados para o Tocantins, devido à escassez de dados detalhados e específicos sobre o comportamento suicida na região. A maioria das estatísticas nacionais não captura nuances e particularidades de cada estado, e estudos regionais podem ser essenciais para preencher essas lacunas, esclarecer padrões específicos, como métodos predominantes de suicídio, faixas etárias mais vulneráveis e fatores socioculturais que podem contribuir para o risco de suicídio (Bertolote; Fleischmann, 2002).

O Tocantins, assim como outras regiões do Brasil, apresenta características socioeconômicas, culturais e demográficas únicas que podem influenciar as taxas e os fatores de risco associados ao suicídio. Estudos focados na região são fundamentais para compreender esses fatores contextuais e para desenvolver intervenções eficazes e culturalmente sensíveis. A literatura científica destaca que intervenções baseadas em evidências regionais são mais eficazes na prevenção do suicídio (Vijayakumar, 2015).

Compreender as especificidades regionais permite o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, aumenta a conscientização e a educação sobre o tema, identifica fatores de risco específicos e auxilia grupos vulneráveis. A realização de pesquisas locais é essencial para criar intervenções adaptadas às necessidades da população do Tocantins, visando reduzir as taxas de suicídio e melhorar a saúde mental da população.

A análise do perfil de mortalidade por suicídio no Tocantins, com uso de mapas georreferenciados, revelou um total de 1.025 óbitos registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS). Observou-se aumento no número absoluto de óbitos ao longo da série histórica em todas as regiões de saúde, com algumas oscilações. Um ponto preocupante é a projeção da tendência crescente dos casos para os próximos anos, o que pode agravar ainda mais a situação atual do estado.

As regiões de saúde Cantão (9,72) e Sudeste (9,14) apresentaram as maiores taxas de mortalidade. Regiões como Amor Perfeito (8,22), Ilha do Bananal (7,64) e Cerrado do Tocantins Araguaia (7,6) mostraram taxas médias, enquanto as regiões Bico do Papagaio (5,94), Capim Dourado (5,86) e Médio Norte Araguaia (5,3) apresentaram taxas mais baixas. Os dados revelam que as regiões com maior população não são necessariamente aquelas com maiores taxas de mortalidade por suicídio. A georreferência dos dados (taxas) contribui significativamente para identificar com clareza as áreas com maior incidência de suicídio no estado, as regiões de saúde afetadas e os municípios que as compõem, possibilitando direcionamentos para novas e mais específicas pesquisas locais.

Reconhecida a problemática em termos numéricos e localizados os “pontos críticos” – as regiões de saúde e seus respectivos municípios com maiores taxas de óbito por suicídio –, avançamos para o próximo objetivo específico: descrever o modelo de desenvolvimento do estado do Tocantins e caracterizar tanto o estado quanto o município de Taipas do Tocantins. Essa caracterização foi fundamental para compreender melhor como as taxas de óbitos por suicídio refletem o “ambiente” estudado.

O estado do Tocantins apresenta um crescimento populacional contínuo, além de melhorias em indicadores como PIB, emprego formal, média de anos de estudo, IDH, abastecimento de água encanada e coleta de lixo. Porém, mesmo com esses avanços, persiste uma grande desigualdade social e econômica entre os municípios. Essa desigualdade resulta do modelo de desenvolvimento que priorizou investimentos em municípios polos, levando ao isolamento e pouco investimento nos demais. Assim, os padrões de desenvolvimento regional no Tocantins variam significativamente e

apresentam disparidades econômicas e sociais notáveis em todos os municípios, exceto Palmas, Araguaína e Gurupi.

As transformações resultantes da modernização, da urbanização e da globalização no Tocantins influenciam profundamente as estruturas sociais e as conexões familiares tradicionais. Ao examinar essas mudanças, surge um mecanismo multifacetado de ajuste e oposição, que revela a coexistência e a transformação de crenças e comportamentos diante das novas paisagens sociais e culturais. Essa interação complexa mostra como valores e práticas tradicionais são moldados em uma sociedade em constante evolução e adaptação.

Após caracterizar o estado por meio de indicadores socioambientais e da revisão de literatura, tornou-se necessário descrever o município elencado para a realização da pesquisa de campo: Taipas do Tocantins, localizado na região de saúde Sudeste. Cada município possui atributos únicos que o distinguem, abrangendo uma variedade de normas sociais, comportamentos, tradições e costumes, entrelaçados com as ricas experiências históricas da comunidade local, que moldam sua identidade e herança cultural.

Taipas originou-se da antiga região norte de Goiás e, com a criação do estado do Tocantins, foi possível implantar diversos municípios, incluindo Taipas, emancipado em 1991. Inicialmente, era uma grande fazenda, e a população era predominantemente rural. Localizado no sertão, Taipas apresenta uma base econômica deficiente, com pouca dinamização, infraestrutura precária e escassez de empregos, fatores que dificultam a atração de novos moradores e investimentos.

O campesinato pode ser visto como um aspecto vital da subsistência da população de Taipas, que lembra estilos de vida tradicionais das comunidades indígenas do estado. Nesse contexto, o suicídio pode ser compreendido como uma possível resposta ao choque cultural e ético resultante da transição, refletindo desafios de adaptação e bem-estar psicológico em meio a mudanças significativas nas estruturas sociais e de valores.

A partir da análise do perfil epidemiológico e da descrição das variáveis, observou-se que a população indígena do estado, especialmente os indígenas do município de Lagoa da Confusão – povo Iny/Karajás –, apresenta taxas de suicídio alarmantes. Isso indica a necessidade de estudos mais aprofundados e pesquisas de campo que considerem a singularidade dessa comunidade indígena e o ambiente em que vivem.

A análise também inclui a discussão sobre “topofilia” (apeço pelo lugar) e “topofobia” (medo ou aversão ao lugar), e foi examinado como esses sentimentos afetam

o bem-estar dos indivíduos. A “campesinidade” (identidade rural) também é abordada, destacando como a perda dessa identidade pode contribuir para a vulnerabilidade ao suicídio.

A abordagem do suicídio indígena sob uma perspectiva ambiental reconhece a interconexão entre fatores culturais, sociais, econômicos e ambientais que influenciam o bem-estar mental e emocional das comunidades indígenas. Intervenções de prevenção do suicídio precisam ser culturalmente sensíveis, contextuais e abrangentes, é necessário considerar as complexas interações entre os indivíduos, suas comunidades e o ambiente natural ao seu redor.

Além disso, a qualidade dos dados sobre óbitos em geral é limitada e frequentemente subnotificada, e essa lacuna é ainda mais pronunciada quando se trata da população indígena. As divergências nos dados de óbitos por suicídio entre diferentes fontes, como o SIASI e o DATASUS, evidenciam essa deficiência. Estudos anteriores, como os de Bertolote e Fleischmann (2002), apontaram discrepâncias significativas entre as estimativas de óbitos por suicídio em populações indígenas, mostrando uma discrepância em relação aos dados oficiais disponíveis. Infelizmente, o acesso aos dados do SIASI é restrito e requer autorização específica, o que dificulta a coleta direta de informações. Além disso, há carência de produção científica focada especificamente nos Iny, especialmente diante do aumento dos casos de suicídio nessa comunidade indígena.

Para identificar os aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas em Taipas do Tocantins, o método da autópsia psicossocial foi de suma relevância. A partir da análise de conteúdo, foram identificadas categorias relevantes, como histórico de adoecimento mental, vulnerabilidades socioeconômicas, histórico de violências, relação sujeito/ambiente, apoio social/familiar e espiritualidade/religiosidade.

Os fatores de risco e proteção reconhecidos pela literatura foram observados nas análises. A presença de adoecimento mental, como depressão e uso nocivo de álcool, foi destacada como um dos principais marcadores de risco. A exposição a eventos traumáticos, como violência, e as vulnerabilidades socioeconômicas também foram identificadas como fatores de risco. No contexto psicossocial, a análise da relação sujeito/ambiente, o apoio social e familiar, bem como a relação com a espiritualidade e religiosidade ampliam a compreensão dos fatores que contribuem para o suicídio, indo além das análises de larga escala.

No entanto, uma limitação muito comum dos estudos de autópsia psicossocial é o baixo número de participantes dispostos a serem entrevistados. Esta pesquisa também

enfrentou essa limitação. Além disso, houve discrepâncias nos relatos coletados pela autópsia psicossocial, o que pode impactar a análise dos dados. Apesar dessas limitações, o método de autópsia psicossocial oferece uma compreensão mais profunda e abrangente do suicídio.

Em relação às políticas públicas no Brasil, observa-se que, desde o lançamento do SUPRE pela OMS em 1999, houve progressos limitados no desenvolvimento de programas governamentais específicos para a prevenção do suicídio (OMS, 2000). Em 2005, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, envolvendo representantes do governo, entidades da sociedade civil e universidades. Em 2006, foram instituídas as Diretrizes para a Prevenção do Suicídio, a fim de uma Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio (ENPS), estabelecida pela Portaria GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Entretanto, o programa de saúde atual voltado para pessoas em risco de suicídio no Brasil não é específico nem eficiente, e a formação dos profissionais de saúde da Atenção Primária ainda é inadequada.

Diante desse cenário e considerando o suicídio como um problema de saúde pública, econômico, social, ambiental e político, torna-se indispensável a realização de estudos aprofundados sobre o tema. Esses estudos contribuirão para compreensão mais precisa da situação no estado do Tocantins e auxiliarão na prevenção e no enfrentamento do suicídio. Compreender o fenômeno do suicídio localmente (no estado do Tocantins) e temporalmente (período de 2010 a 2019), nos aspectos epidemiológicos, socioambientais e psicossociais, é uma estratégia importante para promoção, prevenção e intervenção em saúde, além de servir como base para futuros estudos.

Este estudo não visa fornecer respostas definitivas, mas sintetizar os principais achados e reflexões surgidos durante o processo de pesquisa e contribuir para compreensão mais multifacetada do suicídio no Tocantins.

REFERÊNCIAS

- AJARA, C. *et al.* O estado do Tocantins: reinterpretação de um espaço de fronteira. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, ano 53, n. 4, p. 5-48, out./dez. 1991.
- ALVES, T. A. R. **Tocantins**: narrativas sobre o sertão. 2009. 184 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2009. Disponível em: <https://typeset.io/papers/tocantins-narrativas-sobre-o-sertao-3j7x1dxf9j>. Acesso em: 29 maio 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5** ®. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 29 maio 2024.
- APTİKIEVA, L. R. Psychological violence consequences for different age categories. **Indefinido**, s/v, n. 224, p. 6-13, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350454216_PSYCHOLOGICAL_VIOLENCIE_CONSEQUENCES_FOR_DIFFERENT_AGE_CATEGORIE. Acesso em: 29 maio 2024.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; DOS SANTOS, N. C. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, 2005. p. 79-116.
- BAHIA, C. A. *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 19, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. Acesso em: 9 jun. 2022.
- BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C. A violência contra as mulheres: um problema coletivo e persistente. *In*: LEOCÁDIO, E.; LIBARDONI, M. (org.). **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília: AGENDE, 2006. p. 19-43.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100001>. Acesso em: 7 set. 2022.
- BARCELLOS, C.; BASTOS, F. I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? **Cafajeste. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 389-397, set. 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1996000300012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 maio 2021.
- BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. Situação atual do geoprocessamento e da análise de dados espaciais em saúde no Brasil. **Revista Informática Pública**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 221-230, 2002. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/768/2/BARCELLOS_Situacao%20atual%20do%20geoprocessamento_2002.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Pinheiro Lara. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946849/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BISWAS, S.; NAUTIYAL, S. A review of socio-economic vulnerability: the emergence of its theoretical concepts, models and methodologies. **Natural Hazards Research**, v. 3, Issue 3, p. 563-571, Sep. 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/370933721_A_review_of_socio-economic_vulnerability_The_emergence_of_its_theoretical_concepts_models_and_methodologies. Acesso em: 27 ago. 2024.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 2002.

BOMBARDI, L. M. Intoxicação e morte por agrotóxicos no Brasil: a nova versão do capitalismo oligopolizado. **Boletim DATALUTA**, v. 4, n. 45, set. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/BD/article/view/52915>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BOSTWICK, J.; PANKRATZ, V. S. Affective Disorders and Suicide Risk: a Reexamination. **The American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 12, p. 1925-1932, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11097952/>. Acesso em: 11 maio 2024.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 33, p. 231-236, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010365642014000300231&script=sci_abstract&tling=pt. Acesso em: 7 jul. 2020.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>. Acesso em: 2 set. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Dispõe sobre a tramitação de pedidos de cooperação jurídica internacional em matéria penal no âmbito do Ministério da Justiça. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/lavagem-de-dinheiro/drci/legislacao/portaria-mj-no-1-876-2006>. Acesso em: 24 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 18, Seção 1, 25 jan. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.491**, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html. Acesso em: 8 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.479**, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece diretrizes e critérios para a organização e o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, v. 52, n. 33, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/@download/file. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Suicídio: saber, agir e prevenir, v. 48, n. 30, 2017. 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-aten--ao-a-sa--de.Pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Levantamento bibliográfico sobre temas**: suicídio, sobreviventes, família. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/levantamentobibliografico.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Nota Técnica n. 14/CGAPSI/DASI/SESAI**: casos de suicídio na Ilha do Bananal. Elaborada por: Fernando Pessoa de Albuquerque, Lucas da Silva Nóbrega, Roberta Aguiar Cerri Reis. Brasília: 2013.

- BRODSKY, B. S. *et al.* A relação do abuso na infância com a impulsividade e o comportamento suicida em adultos com depressão maior. **Am J Psychiatry**, n. 158, p. 1871-1877, 2001.
- CAIRO, M. G. Violência psicológica. Management Association. Antologia de pesquisa sobre violência moderna e seu impacto na sociedade. **IGI Global**, p. 1057-1074, 2022.
- CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006>. Acesso em: 7 jul. 2022.
- CAMPOS, C. J. G.; SAIDEL, M. G. B. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 10, n. 25, p. 404-424, 2022. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/545>. Acesso em: 10 maio 2024.
- CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2012.
- CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.
- CAVALCANTE, F. G. *et al.* Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2039-2052, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000800015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 mar. 2020.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. de S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, ago. 2012. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/psychological-and-psychosocial-autopsies-of-elderly-that-died-by-suicide-in-brazil/10136?id=10136>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. de S. Organizadores psíquicos e suicídios: retratos de uma autópsia psicossocial. In: ALMEIDA-PRADO, M. C. C. (org.). **O mosaico da violência**. São Paulo: Vetor, 2004.
- CAVANAGH, O. *et al.* Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. **Psychological medicine**, v. 33, n. 3, p. 395-405, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12701661/>. Acesso em: 11 maio 2024.
- CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO). **CBO - 6.0.4**. Mte.gov.br. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- CONNER, K. R. *et al.* Violence, Alcohol, and Completed Suicide: a Case-Control Study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 10, p. 1701-1705, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11579005/>. Acesso em: 11 maio 2024.

CORTEZ, A. L. *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, p. 700-709, 2019. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2785/pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS)**. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 17 jan. 2021.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de José Gabriel Cunha. Lisboa: Relógio D'água Editores, 2004.

DUARTE, D. R. *et al.* Conexão entre pessoas e ambiente: uma revisão de literatura sobre topofilia. **Oculum Ensaios**, v. 18, e214706, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.24220/2318-0919v18e2021a4706>. Acesso em: 27 ago. 2024.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: um estudo sociológico. 3. ed. Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

DURKHEIM, É. **Le Suicide**. Paris: FAnCienne Librairie Germer Bailliere et Cie, 1897.

ERNST, C. *et al.* Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 3, p. 268-273, 2004.

FALCÃO, C. M.; OLIVEIRA, B. K. F. de. Perfil epidemiológico de mortes por suicídio no município de Coari entre os anos de 2010 e 2013. **Revista LEVS/UNESP**, Marília, v. 15, p. 44-55, 2015. Disponível em:

<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/5046>. Acesso em: 1 maio 2021.

FARIA, N. M. X. *et al.* Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brasil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 2611-21, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/MvrvDrv3fzRZCSzLkFFBrZv/abstract/?lang=en>. Acesso em: 5 jul. 2022.

FARIAS, R. de; MOREÍ, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012.

FERREIRA JÚNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, n. 1, p. 2, 2015. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/277130341>. Acesso em: 9 jul. 2022.

FIGUEIREDO, A. E. B. *et al.* Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2020.

- FLICK, U. Triangulation. *In*: OELERICH, G.; OTTO, H-U. (ed.). **Empirische Forschung und Soziale Arbeit**. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. p. 323-328
- FRAGA, W. S. de; MASSUQUETTI, A.; GODOY, M. R. Os determinantes socioeconômicos do suicídio: um estudo para os municípios do Brasil e do Rio Grande do Sul. **Revista Econômica**, v. 18, n. 2, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/article/view/35004>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 mar. 2021.
- GLASS, G. E. Update: Spatial Aspects of Epidemiology: the interface with Medical Geography. **Epidemiol Rev.**, v. 22, n. 1, p. 136-139, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a018010>. Acesso em: 26 fev. 2022.
- GOMES, G. dos S. **Análise epidemiológica do suicídio no Distrito Federal entre 2005 e 2014**. 2017. 49 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- GOMES, H. *et al.* Perfil e análise dos casos de suicídio notificados no município de Araguaína - Tocantins. **Revista Desafios**, v. 7, n. 3, 2020.
- GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/neco/v21n2/a05v21n2.pdf>. Acesso em: 2 maio 2021.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio**, v. 1, n. 1 set. 2018.
- GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil**: Relatório 2021. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/>. Acesso em: 3 jun. 2022.
- GUIMARÃES, T. **Suicídio e ocupação**: um estudo comparado. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- GUNNELL, D.; FRANKEL, S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. **BMJ - British Medical Journal**, v. 308, n. 6938, p. 1227-1233, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080520/>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- HABERMAS, J. **Problemas de legitimación en el capitalismo tardío**. Trad. José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

HAWTON, K. *et al.* Suicide and attempted suicide in bipolar disorder. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 66, n. 6, p. 693-704, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15960561/>. Acesso em: 11 maio 2024.

HELBICH, M. *et al.* Ambientes naturais e mortalidade por suicídio em Holanda: um estudo ecológico transversal. **Lancet Planet Health**, v. 18, p. 134-139, 2018.

HELBICH, M. *et al.* Urban-rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. **Int J Health Geogr**, v. 16, n. 39, 2017. Disponível em: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12942-017-0112x.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Resoluções e legislação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Situação Social nos Estados Tocantins**. Brasília: IPEA, 2012.

IPEADATA. **Dados sobre densidade demográfica do Tocantins, 2010**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. Disponível em: <https://www.ipeadata.gov.br/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

JACOBS, J. A; FRICKEL, S. Interdisciplinarity: a critical assessment. **Annu. Rev. Sociol.**, v. 35, p. 43-65, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228173820_Interdisciplinarity_A_Critical_Assessment. Acesso em: 13 abr. 2020.

JOHNSON, J. G. *et al.* Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. **Archives of General Psychiatry**, v. 59, n. 8, p. 741-749, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12150651/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

JOINER, T. **Why People Die by Suicide**. Harvard University Press, 2005.

KARAJÁ, J. Suicídio entre os povos indígenas do Brasil e entre os Iny da aldeia Hawaló. **Fragmentum**, Santa Maria, n. 58, p. 167-201, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/fragmentum/article/view/66878>. Acesso em: 27 ago. 2024.

KARAYAZI, H. Suicide in adolescents: a case study. **Journal of Awareness**, v. 8, n. 2, p. 185-194, 2023. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/369895301_Suicide_in_adolescents_A_case_study. Acesso em: 11 maio 2024.

KOCK, D. B. **Estudo epidemiológico de suicídios entre 1996 e 2012, no Vale do Itajaí, Santa Catarina**. 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2015.

KPOSOWA, A. J. Divorce and suicide risk. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 57, n. 12, p. 993-993, 1 dez. 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8979650_Divorce_and_suicide_risk. Acesso em: 27 ago. 2024.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wpcontent/uploads/2015/09/relatoriomundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2021.

KRUGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 59-70, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712010000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de mar. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEENAARS, A. A.; EDWIN, S. Shneidman on Suicide. **Suicidology Online**, n. 1, p. 5-18, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49583087_Edwin_S_Shneidman_on_Suicide. Acesso em: 26 ago. 2024.

LEE, W. Y. *et al.* Trends in educational differentials in suicidemortality between 1993-2006 in Korea. **Yonsei Medical Journal**, v. 50, n. 4, p. 482-492, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.3349/ymj.2009.50.4.482>. Acesso em: 7 abr. 2022.

LEFF, E. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

LEFIO, Á. El Suicidio, los suicidios. **Revista Chilena de Salud Pública**, v. 23, n. 1, p. 8-10, 2019. Disponível em: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/54957/58087>. Acesso em: 24 abr. 2021.

LEVINSSON, H. *et al.* Suicidal behaviour in over-indebted individuals: a cross-sectional study in Sweden. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 77, n. 7, p. 669-675, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37261778/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

LOPES, J. N. D. Topofilia e topofobia: entre a geopsicologia e a psicogeografia. **Geoconexões**, Natal, v. 1, n. 15, p. 220, 2023. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/geoconexoes/article/view/14702>. Acesso em: 27 ago. 2024.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Braz. J. Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 86-93, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>. Acesso em: 29 mar. 2022.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J Bras Psiquiatr**, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpqKG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **REV. BRAS EPIDEMIOL**, v. 20, n. 1, p. 142-156, maio 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2017000500142. Acesso em: 3 maio 2021.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>. Acesso em: 9 out. 2021.

MINAYO, M. C. de S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, abr./jun. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GvXYMzt8fkgNJYkjPtqxVqF/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MINAYO, M. C. de S. **Suicídio**: violência e vulnerabilidade social. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, p. 205-240, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R., eds. **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <https://doi.org/1>

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. de. Methodological Proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1587-1596, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LZ6rxnmq99cxQdDPsYkFCBt/?lang=en>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Um estudo sobre suicídio em idosos no Rio de Janeiro baseado em autópsias psicossociais**. Mimeo, 2010.

MINAYO, M. C. de S; GRUBITS, S.; CAVALCANTE, F. G. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autopsias psicossociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2027-2038, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO E EMPREGO (MPTE). **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO. 3. ed. Brasília: MPTE, SPPE, 2010. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

MIRANDA, T. G. de. **Autópsia psicológica**: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda. 2014. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

NASCIMENTO, J. B do. **Tocantins**: História e Geografia. 9. ed. Palmas: Grupo Leart, 2019.

NEIRA, H. Suicidio Soberano y Suicidio Patológico. **Ideas e Valores**, v. 66, n. 164, p. 151-179, 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000622017000200151&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 22 mar. 2021

NOCK, M. K. *et al.* Suicide and suicide behavior. **Epidemiol Rev.**, v. 30, p. 133-154, jul. 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/epirev/article/30/1/133/621357>. Acesso em: 6 jan. 2021.

NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, P., B; PEDERSEN, C. B. Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder. **Archives of General psychiatry**, v. 68, n. 10, p. 1058-1058, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21969462/>. Acesso em: 11 maio 2024.

NUNES, E. S. Do feitiço de enforcamento e outras questões. *In*: APARICIO, M.; CAMPO, A. (org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Editorial Universitaria Abya-Yala, 2017a. p. 259-284.

NUNES, E. S. **Nota sobre os casos de enforcamento entre os Karajá do Médio Araguaia**. Relatório elaborado a pedido da Secretaria Especial da Saúde Indígena. 2017b.

NUNES, E. S. **Relatório antropológico preliminar sobre os casos de tentativa e óbito por suicídio entre os Karajá do Médio Araguaia (MT/TO)**. Brasília, 2013.

NUNES, F. *et al.* O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. **Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental**, n. 15, p. 17-22, jun. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315480120_O_fenomeno_do_suicidio_entre_os_familiares_sobreviventes_Revisao_integrativa. Acesso em: 27 ago. 2024.

NUNES, M. R. **O antigo norte goiano no trajeto da BR**: o papel da Rodovia Belém-Brasília para o (des)envolvimento agrícola no Tocantins. 2015. 143 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2015.

O'CONNOR, R. C.; NOCK, M. K. The psychology of suicidal behaviour. **The Lancet Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 3-85, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26360404/>. Acesso em: 11 maio 2024.

OLIVEIRA, C. S. de; NETO, F. L. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiq. Clín**, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OLIVEIRA, D. A. G. de. **O suicídio na comunidade LGBT no Brasil**. 2018. 13 f. TCC (Graduação em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

OLIVEIRA, D. **Frequência de suicídios registrados pelo Instituto Médico Legal de Palmas-Tocantins**: perfil das vítimas Tocantins. 2004. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2004.

OLIVEIRA, N. M. de. **Desenvolvimento regional e territorial do Tocantins**. Palmas: Universidade Federal do Tocantins/EDUFT, 2019.

OLIVEIRA, N. M. de; PIFFER, M.; STRASSBURG, U. O indicador de desenvolvimento regional no território do Tocantins. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, v. 20, n. 1, p. 3-20, jan./mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. **Prevenção de suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PALMER, B. A.; PANKRATZ, V. S.; BOSTWICK, J. M. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, n. 3, p. 247-253, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15753237/>. Acesso em: 11 maio 2024.

PELEJA, A. A. de C.; CAIXETA, L. F. Suicídio entre quilombolas e indígenas da etnia Karajá. Universidade Federal do Goiás. *In*: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFG-PIBIC, 19., 2019, Goiás. **Anais eletrônicos [...]**. Goiás: UFG, 2010. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/pibic.html>. Acesso em: 11 maio 2024.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

PEREIRA, R. S.; PASSADOR, C. S. Saúde ambiental: a evolução das doenças endêmicas e do saneamento básico nas diferentes regiões brasileiras. *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 9., 2022, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Administração, 5 a 7 out. 2022. Disponível em: <https://sbap.org.br/ebap-2022/589.pdf>. Acesso em: 11 maio 2024.

PRIETO, D. Y. de C. **Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato**. 2007. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **O que é o IDH**. Brasília: Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idh>. Acesso em: 10 fev. 2024.

RASCHKE, N. *et al.* Socioeconomic factors associated with suicidal behaviors in South Korea: systematic review on the current state of evidence. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 2022. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-12498-1>. Acesso em: 11 maio 2024.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REINALDO, T. B. **Território, fronteira, campesinato**: expansão da fronteira agrícola e resistência camponesa no norte do Tocantins, Brasil. 2023. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023.

RICHARDS, T. B. *et al.* Geographic information systems and public health: mapping of future. **Public Health Rep**, v. 114, n. 4, p. 359-373, Jul./Aug. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10501137/>. Acesso em: 27 ago. 2024

RIGO, S. C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia Clínica. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

ROLDÃO, A.; FERREIRA, V. Climatologia do estado do Tocantins - Brasil. **Caderno de Geografia**, v. 29, p. 1161-1181, 2019.

ROSTILA, M.; SAARELA, J.; KAWACHI, I. “O esqueleto psicológico no armário”: a mortalidade após o suicídio de um irmão. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 49, p. 919-927, 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS JUNIOR, R. B. dos; SOARES, T. de O. A atuação do poder público frente ao comportamento suicida entre os indígenas da Ilha do Bananal. **Cadernos de Pesquisa em Ciência Política**, Teresina, v. 5, n. 1, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.ufpi/index.php/cadernosdepesquisa>. Acesso em: 11 maio 2024.

SANTOS, R.; PEREIRA, A. As influências dos eixos de desenvolvimento na dinâmica populacional no estado de Tocantins – BR. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 21, p. 24576-24605, 2023.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção.** 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, S. A. *et al.* Suicídios e tentativas de suicídio por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 376-87, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2013.v16n2/376-387>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SANTOS, S. A. *et al.* Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p.1 057-1066, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/J667KLcfVvJ5y6mQjKdZxfH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SENA-FERREIRA, N. *et al.* Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000100115&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2021

SENA-FERREIRA, N. **Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de suicídios em Palmas (TO) no período de 2000 a 2009.** 2013. 193 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, v. 22, n. 133, p. 1-145, 2014.

SCHMITT, R. *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 115-123, 2008.

SCHNEIDER, B. Substance use disorders and risk for completed suicide. **Arch Suicide Res.**, v. 13, n. 4, p. 303-316, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA DE MINAS GERAIS. **Fundo de participação dos municípios.** 2024. Disponível em: https://www.fazenda.mg.gov.br/governo/assuntos_municipais/repassa_receita/informacoes/fpm.html. Acesso em: 10 fev. 2024.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO (SEPLAN). Diretoria de Pesquisa e informações econômicas. **Perfil socioeconômico dos municípios: Taipas do Tocantins.** Palmas: SEPLAN/TO, out. 2015.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO (SEPLAN). Superintendência de Planejamento Governamental (SPG). Diretoria de Gestão de informações Territoriais e Socioeconômicas (DIGIT). Gerência de Informações

- Socioeconômicas (GEFINS). Estado do Tocantins. **Indicadores socioeconômicos do Tocantins, 2023**. Palmas: SEPLAN/GEFINS, dez. 2023.
- SHNEIDMAN, E. S. **Comprehending suicide**: land-marks in 20th century suicidology. Washington: American Psychological Association, 2001.
- SHNEIDMAN, E. S. **Definition of suicide**. New Jersey: Aronson, 1994.
- SHNEIDMAN, E. S. Suicide as Psychache. **J Nerv Ment Dis**, v. 181, n. 3, p. 145-147, Mar. 1993.
- SHNEIDMAN, E. S. **The Suicidal Mind**. Oxford University Press, 1996
- SILVA, D. R. Luto disfuncional: contribuições e intervenções da terapia familiar sistêmica. In: MACEDO, R. M. S. (org.). **Terapia familiar no Brasil na última década**. São Paulo: Roca, 2008. p. 562-571.
- SILVA, M. C. P.; STEFANELLI, M. C.; HOGA, L. A. K. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de búsqueda de ayuda para la depresión. **Ciencia y Enfermería**, v. X, n. 2, p. 31-41, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/251072110_EN_BUSCA_DE_SOLUCION_PARA_EL_SUFRIMIENTO_VIVENCIAS_DE_FAMILIARES_EN_EL_PROCESO_DE_ENFRENTAMIENTO_DE_LA_DEPRESION. Acesso em: 27 ago. 2024.
- SILVA, M. F. da. **Agricultura familiar na Serra do Centro Campos Lindos (TO): trajetória histórica e transformações decorrentes da expansão do agronegócio**. 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado Ciências do Ambiente) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2017.
- SKABA, D. A. *et al.* Geoprocessamento dos dados de saúde: o tratamento dos endereços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1753-1756, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/566>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- SOARES FILHO, E. da S. *et al.* O suicídio no estado do Tocantins. **Revista Eletrônica Acervo Saúde, REAS/EJCH**, v. 11, n. 12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e712>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- SOUSA, R. V. da S. **Validação de metodologias de diferenciação clínica entre luto saudável e luto complicado**. 2011. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra 2011.
- SOUZA, M. L. de. **Ambiente e territórios**: uma introdução à ecologia política. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019a.
- SOUZA, M. L. de. Articulando ambiente, território e lugar: a luta por justiça ambiental e suas lições para a epistemologia e a teoria geográficas. **AMBIENTES**, v. 2, n. 1, p. 16-64, 2020. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ambientes/article/view/25277/0>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- SOUZA, M. L. de. O que é a Geografia Ambiental? **AMBIENTES**, v. 1, n. 1, p. 14-37, 2019b.

SOUZA, N. R. de; RASIA, J. M. Modelo de reação familiar ao suicídio. **Fam.Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 117-127, maio/ago. 2006.

SOUZA, N. de J. de. *Desenvolvimento Econômico*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SOUZA, V. dos S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

STEVOVI, L. I. *et al.* Gender differences in relation to suicides committed in the capital of Montenegro (Podgorica) in the period 2000-2006. **Psychiatr Danub**, v. 23, n. 1, p. 45-52, mar. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21448096/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic**: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press, 2013.

SUNG-WAN, K. *et al.* Desenvolvimento de uma lista de verificação para prever o suicídio com base em fatores de risco e proteção: a lista de verificação de Gwangju para avaliação do suicídio. **Investigação Psiquiátrica**, v. 19, n. 6, p. 470-479, 2022.

SWALES, J. M.; FEAK, C. B. **Academic writing for graduate students**. 3. ed. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2012.

TAVARES, M. da S. A. Suicídio: o luto dos sobreviventes. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

TEIXEIRA, S. M. de O. O método de autópsia psicossocial como recurso de investigação acerca do suicídio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, e34434, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/rrgXbz4V9RgqJvcF54n9TJG/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

TERRAS INDÍGENAS NO BRASIL. **Situação atual das terras indígenas**. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/>. Acesso em: 11 maio 2024.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Gestão e Acompanhamento Estratégico. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2019.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. **Plano EVA-TO**: plano de enfrentamento à violência autoprovocada do Estado do Tocantins com ênfase na atenção integral à saúde. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2023.

TOMASINI, A. J. *et al.* Padrão espacial do suicídio no Distrito Federal. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, 8., 2017, Dourados. **Anais** [...]. Dourados, 2017.

TUAN, Y. F. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. Londrina: Eduel, 1980.

TURECKI, G.; BRENT, D. Suicide and Suicidal Behaviour. **Lancet**, v. 387, p. 1227-1239, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT). **Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente (Ciamb)**. Disponível em:

<https://www.uft.edu.br/campus/palmas/cursos/pos-graduacao/mestrados-e-doutorados/ppgciamb>. Acesso em: 26 ago. 2024.

VAN ORDEN, K. A. *et al.* The Interpersonal Theory of Suicide. **Journal Psychological Review**, n. 26, p. 575-600, 2010.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. *et al.* Níveis de ideação suicida em jovens adultos.

Estudos de Psicologia, v. 33, n. 2, abr./jun. 2016. Disponível:

<https://www.redalyc.org/pdf/3953/395354131016.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2021.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 158-164, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00158.pdf>. Acesso em: 2 out. 2021.

VIJAYAKUMAR, L. Suicide in women. **Indian J Psychiatry**, v. 57, Suppl. 2, S233-8, Jul. 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2011**: os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**: os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

WASSERMAN, D. (ed.). **Suicídio**: uma morte desnecessária. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2016.

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WILSON, A.; MARSHALL, A. The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. **Death Studies**, v. 34, n. 7, p. 625-640, Aug. 2010.

WISNER, B. Avaliação de capacidade e vulnerabilidade. *In*: BANKOFF, G.; FRERKS, G.; HILHORST, D. (ed.). **Mapeando vulnerabilidade**: desastres, desenvolvimento e pessoas. Nova York: Routledge, 2013.

WOORTMANN, K. "Com parente não se negueia": o campesinato como ordem moral. **Anuário Antropológico 87**. Brasília: Editora Universitária de Brasília/Tempo Brasileiro, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health**. Suicide data. 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Acesso em: 11 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>. Acesso em: 11 maio 2024.

**ANEXO I – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PROPOSTO POR CAVALCANTE
ET AL. (2012) E ADAPTADO POR SENA-FERREIRA (2013)**

Ficha de identificação		
Nome:		
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Naturalidade:	Cor da Pele:
Religião:	Grau de instrução:	Ocupação:
Endereço:		
Família de procriação		
Nome do cônjuge:	Idade:	
Filhos (idade):		
Outras uniões, casamentos e filho:		
Família de origem		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe		
Irmãos:		
Pessoas que responderam à entrevista		
Grau de parentesco:	Grau de afinidade:	
Modo de perpetração		
Motivo:		
Local:		
Data:	Hora:	
Observações relevantes:		

**ANEXO II – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS PROPOSTO POR
CAVALCANTE *ET AL.* (2012) E ADAPTADO POR SENA-FERREIRA (2013)**

AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS
Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico
<p>I) Contato Inicial</p> <p>a) Leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento b) Preenchimento dos Dados de Identificação</p> <p>Contato inicial: Esclarecer sobre a pesquisa e o consentimento, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade. Público-alvo: População em geral</p>
<p>II) Caracterização Social</p> <ol style="list-style-type: none"> Qual a profissão e grau de instrução da pessoa que morreu por suicídio? Tinha emprego fixo? Informal ou era autônomo? Falava em dificuldades no ambiente de trabalho? Com colegas ou superiores? (dificuldades, limites e possibilidades) Fazia alguma outra atividade? Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado fixo e outros) Quem mais contribuía para a renda famílias? Como era a casa onde ele(a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos; rede de esgoto, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes) Poderia descrever o local de moradia?
<p>III) Retrato e Modo de Vida</p> <ol style="list-style-type: none"> Como você descreve pessoa aqui estudada? (características marcantes) Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência) Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser? Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação? Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais? Houve história de perdas (pais, filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)? Como essa pessoa lidava com as situações de perdas? Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos? Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos? Sofreu situações de violência durante a sua vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial). Onde e com quem encontrava apoio? Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho ou outras pessoas? Como foi este apoio? (havia uma rede de apoio ou de proteção?) Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi esse apoio? Participava de Clubes e associações voluntárias e ou comunitárias, Partidos Políticos, Sindicato ou organização profissional? Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros? Há história anterior de doença grave? Qual? Fez ou fazia tratamento? Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

Quadro 2. continuação

Segunda parte - atmosfera e imagem do suicídio**IV) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio**

1. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)
2. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?
3. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?)
4. Como a família vivenciou o momento da notícia? E do sepultamento?
5. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
6. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados)
7. Houve tentativas anteriores? Quantas? Como? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Verificar os seguintes indicadores: a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado a sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

V) Estado mental que antecedeu o suicídio

1. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?
2. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos, ou ideias que pareciam “irreais”?
3. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?
4. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?
5. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?
6. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?
7. A pessoa tinha plano de saúde?
8. Se era atendida pelo SUS, como avaliava esse atendimento?

VI) Imagem da Família

1. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias?
2. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?
3. A família já recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais as dificuldades?
4. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?

Verificar os seguintes indicadores: (apenas pela observação do fluxo discursivo) Tipo de comunicação estabelecida pela família – aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem; Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade; Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso; Forma de formular e estabelecer regras – a explicação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar.

O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto ao se falar dele. Será necessário conduzir um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade

ANEXO III – ROTEIRO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS SOCIOANTROPOLÓGICOS PROPOSTO POR CAVALCANTE ET AL. (2012)

Roteiro de Organização dos Dados Socioantropológicos

- . Quais são as principais características do município? (urbano ou rural)
- . Como o município se constitui e tem sido caracterizado? (trata-se de um município mais aberto socialmente ou fechado?)
- . Qual a formação social e origem da população?
- . Como o município se organiza economicamente, socialmente, culturalmente?
- . Como é a vida da população em termos de saúde, educação e segurança?
- . Quais os recursos sociais existentes? (clubes, agremiações religiosas, atividades artesanais, atividades turísticas?)
- . Como se caracteriza a população idosa nessa região? Que serviços estão disponíveis pra ela? (Serviços de Saúde, Centros de Convivência, Centro de Valorização a Vida?).
- . Faça uma síntese da situação de vida os idosos na localidade.

ANEXO IV - PARECER Nº 5.415.050 E CAAE Nº 57115122.7.0000.5519

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS: UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Daniela Aparecida Araujo Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57115122.7.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.415.050

Apresentação do Projeto:

Parecer avaliado de acordo com Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466 de 12/12/12 e suas complementares.

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa”, “Avaliação dos Riscos e Benefícios”, Comentários e considerações sobre a pesquisa foram copiadas dos arquivos:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1911330.pdf 04/05/2022 19:21

Carta_resposta_01.pdf 04/05/2022 19:21

CartaanuenciaSES.pdf 04/05/2022 19:15

ParecerSES.pdf 04/05/2022 19:14

Projeto_CEP_final.pdf 01/05/2022 18:50

TCUD_doutorado.docx 01/05/2022 18:50

cronograma.docx 01/05/2022 18:49

TCLE_doutorado.docx 01/05/2022 18:48

GABINETE_066257.pdf 16/03/2022 13:49

- Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em

Ciências do Ambiente, da Universidade Federal do Tocantins (UFT), campus de Palmas - Linha de pesquisa: Natureza, cultura e sociedade.

- Trata-se de um estudo quali-quantitativo, com proposta teórica metodológica que utilizará de três dimensões que abordam o macro e o micro social, sendo elas: a abordagem epidemiológica de mortalidade, a abordagem socioambiental do contexto; abordagem psicossocial.

- Objeto de estudo: constituída por todos os suicídios de residentes

no Estado do Tocantins, inseridos na base de dados do Sistema de Informação

sobre Mortalidade (SIM), no período de 2010 a 2019, totalizando 1025 registros, sob toda a população do Estado. Será utilizado também fontes secundárias provenientes do IBGE.

- Será realizado também estudo com familiares e/ou amigos

próximos sobreviventes, de pessoas que cometeram suicídio, residentes no

Estado do Tocantins, ocorridas entre o período de 2010 a 2019 (método da autópsia psicossocial). Para as entrevistas psicossociais a amostra pretendida é de 8 familiares e/ou amigos próximos a serem entrevistados, que compreende a história de 4 vítimas de suicídio.

- Os Critérios de Inclusão: idade superior a 18 anos dos participantes

no momento da pesquisa; disponibilidade do (a) entrevistado (a); ter possuído vínculo significativo com a vítima; morte da vítima registrada como óbito por suicídio; a vítima ter residido na região de saúde do Cantão no ano de

2016; a vítima ter residido na região de saúde do Sudeste no ano de 2013; ter concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..

- Os Critérios de Exclusão: entrevistados que possuam déficits

cognitivos significativos, que poderiam impossibilitar responder adequadamente a entrevista; idade inferior a 18 anos; indisponibilidade do(a) entrevistado; não ter possuído vínculo significativo com a vítima; morte da vítima registrada por outra causa, que não o suicídio; a vítima ter residido em outra localidade que não abarque o critério de inclusão; entrevistado não concordar e assinar o TCLE.

- O procedimento para a coleta de dados – A coleta dos dados, iniciará após obtenção de autorização do comitê de ética em pesquisa da UFT. Será realizada solicitação para a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, das Declarações de Óbito (DO) por suicídio ocorridas no Estado, no período de 2010 a 2019. Com as Declarações de Óbito, será elaborada uma listagem com nome, endereço e familiar responsável. Para contato com os familiares, será encaminhado anteriormente uma correspondência, explicando o objetivo do trabalho e solicitando a autorização por escrito, para um contato telefônico dos sobreviventes. Essa correspondência será encaminhada por meio do Agente comunitário de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde de Referência constante ao endereço da Declaração de óbito.

Com posse dos contatos, será realizada a busca ativa dos sobreviventes, que se trata de contatos

telefônicos prévios para apresentar a pesquisadora, os objetivos da pesquisa, solicitar a permissão para a entrevista, verificar disponibilidade e agendar chamadas de vídeo ou visitas domiciliares, caso haja o aceite de participar da pesquisa. Durante a chamada de vídeo ou visitas domiciliares, será apresentado a pesquisadora responsável, o objetivo da pesquisa e as condições éticas, dentre eles, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A utilização do recurso da chamada de vídeo, se faz necessária diante do cenário de pandemia vivenciado em todo território brasileiro. Em situação de suspensão do distanciamento social até o momento da coleta dos dados, a estratégia passará a ser por meio de visita domiciliar.

As entrevistas serão gravadas e transcritas, compiladas e organizadas em categorias, que constituirão tópicos para análise.

- O plano para análise de dados: Epidemiológico Os dados obtidos serão registrados em uma planilha do Microsoft Excel e, logo em seguida tabulados. A análise do perfil sociodemográfico e epidemiológico, recorrendo à estatística descritiva permite resumir e explorar os dados, por meio da leitura das frequências absolutas (n) e relativas (%) nas diferenças das variáveis, assim como a apresentação das taxas de mortalidade de suicídio, conforme variáveis quantitativas. Ambiental Para análise tempo-espácio, os dados serão agrupados por regiões de saúde, com objetivo de identificar e analisar a distribuição do suicídio no Estado do Tocantins ao longo de dez anos. O Geoprocessamento, no campo da saúde, vem se tornando uma ferramenta importante na análise e avaliação dos riscos à saúde coletiva, relacionando o meio ambiente (distribuição temporal e espacial) ou o perfil socioeconômico da população (atributos pessoais) identificando o padrão geral de ocorrência e os grupos de risco (Skaba et al, 2004), possibilitando novas bases para a discussão epidemiológicas através de análises da variação espacial dos eventos (Richards, 1999). Psicossocial As entrevistas serão gravadas e transcritas, compiladas e organizadas em categorias, que constituirão tópicos para análise. Para análise dos dados será utilizado o método da análise de conteúdo de Bardin (2011). Trata-se de um método para compreender as ideias gerais relatadas sobre determinado assunto, sendo caracterizado pela classificação de categorias chaves, que expressam de forma resumida os discursos do público-alvo de uma pesquisa (Bardin, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Compreender o fenômeno do suicídio no Estado do Tocantins mediante as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial, no período de 2010 a 2019.

Objetivos secundários

- Caracterizar o perfil epidemiológico e taxas dos óbitos por suicídio, de residentes no Estado do Tocantins, no período de 2010 a 2019, utilizando os Bancos de Dados Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

/DATASUS;

- Descrever as variáveis: faixa etária, raça/cor, sexo, estado conjugal, escolaridade por ano estudado, local de ocorrência, método utilizado para o suicídio, ocupação profissional, a fim de uma caracterização sociodemográfica e epidemiológica da mortalidade, utilizando os bancos de dados Sistema de

Informações de Mortalidade (SIM) /DATASUS;

- Traçar perfil e analisar o padrão espacial da distribuição da mortalidade por suicídio no Tocantins, no período de 2010 a 2019 nas diferentes regiões de saúde do Estado, usando mapas com indicadores socioambientais;
- Correlacionar o modelo de desenvolvimento do Estado do Tocantins às taxas de óbitos por suicídio, no período de 2010 a 2019, utilizando os bancos de dados do SIDRA/IBGE;
- Identificar os aspectos psicossociais envolvidos nos atos suicidas, investigando, por meio de autópsias psicossociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: “A pesquisadora se compromete a utilizar os procedimentos adequados para não haver riscos para o(a) sr.(a). Dentre os riscos e as possíveis precauções/prevenção destacamos: Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder a entrevista (a pesquisadora realizará esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do TCLE; a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento; será garantida a privacidade e o conforto para responder a entrevista; sua participação será voluntária). Quebra de sigilo/anonimato (as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo da pesquisadora durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato). Estresse ou dano (será oferecida assistência psicológica e social se necessária que será direcionada a equipe qualificada.”
- Benefícios:
- No projeto: “Os benefícios são de ordem pública nos avanços e conquistas sociais da saúde da comunidade. As entrevistas não possuem finalidade terapêutica, contudo pode ter um efeito terapêutico, para uma experiência emocional corretiva e no manejo do luto.”

Em relação aos RISCOS descritos na Resolução CNS 466/12 no III.1, alínea b, bem como a Norma Operacional CONEP 001/2013 item 12 os pesquisadores ponderam os riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa. Os pesquisadores avaliaram a gradação dos riscos e descreveram as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa, as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de danos aos indivíduos e os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto de extrema relevância considerando, como as próprias pesquisadoras apresentam “Compreender o fenômeno do suicídio, localmente (Estado do Tocantins) e temporalmente (período de 2010 a 2019), nos aspectos epidemiológicos, socioambientais e psicossociais, pode se tornar uma importante estratégia de promoção, prevenção e intervenção à saúde, assim como, ser precursora para novos estudos.”
- O protocolo, em geral, apresenta de modo organizado. Como se trata de um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente, da Universidade Federal do Tocantins (UFT), campus de Palmas, entende-se que o protocolo atende a Resolução 466/12 estando adequado para ser desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto - todos os campos foram preenchidos, datados e assinados, com identificação dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo.
- Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação, apresentado em moeda nacional e explícita no projeto quem custeará a pesquisa.
- Cronograma - descreve a duração total e as diferentes etapas da pesquisa.
- TCLE: Elaborado em forma de convite, inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Refere ser

elaborado em duas vias, garantiu espaços em todas as páginas para colher assinaturas do convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, bem como do pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com identificação do endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local. Cumpriu as exigências éticas expressas na CNS nº 466/12.

- TCUBD: Elaborado pela pesquisação responsável, inclui informações quanto aos compromissos assumidos para utilização dos dados, a manutenção da confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade de seus conteúdos, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares; responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas; responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa e; o compromisso com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa.
- Declaração de Compromisso do Pesquisadores Responsáveis – contemplada na folha de rosto em pesquisador responsável.
- Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – atenderam a Portaria SES/TO N° 391, de 07 de junho de 2017, onde anexaram a Carta de Anuência (Anexo I e III) carimbados e assinados pelos representantes.
- Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa.
- Projeto de pesquisa - anexado de forma correta.
- Os currículos dos pesquisadores atendem as exigências para esta pesquisa.

Recomendações:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destacamos apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1911330.pdf	04/05/2022 19:21:51		Aceito
Outros	Carta_resposta_01.pdf	04/05/2022 19:21:27	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito
Outros	CartaanuenciaSES.pdf	04/05/2022 19:15:12	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito
Outros	ParecerSES.pdf	04/05/2022 19:14:41	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_final.pdf	01/05/2022 18:50:56	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito

Outros	TCUD_doutorado.docx	01/05/2022 18:50:01	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/05/2022 18:49:10	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_doutorado.docx	01/05/2022 18:48:48	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	GABINETE_066257.pdf	16/03/2022 13:49:58	Daniela Aparecida Araujo Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 18 de Maio de 2022

Assinado por:
PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a))

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA ADAPTADO – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome Completo:
2. Data de nascimento: ___/___/___.
3. Idade:
4. Sexo: Feminino () Masculino ()
5. Naturalidade:
6. Estado Civil/Conjugal: Casado(a) () Solteiro(a) () União Estável () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente ()
7. Religião: Católica Apostólica Romana () Evangélicas () Espiritas () Umbanda e Candomblé () Judaísmo () Hinduísmo () Budismo () Islamismo () Sem religião ()
8. Escolaridade: Sem instrução () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação ()
9. Raça/etnia: Branca () Preta () Amarela () Indígena () Parda () Sem declaração ()
10. Ocupação:
11. Nome da mãe:
12. Nome do pai:
13. Grau de parentesco ou afinidade com a pessoa que suicidou:

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA ADAPTADO – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS

Perfil pessoal e socioeconômico
<p>Caracterização Social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a profissão e grau de instrução da pessoa que morreu por suicídio? 2. Tinha emprego fixo? Informal ou era autônomo? 3. Falava em dificuldades no ambiente de trabalho? Com colegas ou superiores? (dificuldades, limites e possibilidades) 4. Fazia alguma outra atividade? 5. Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado fixo e outros) Quem mais contribuía para a renda familiar? 6. Como era a casa onde ele(a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos; rede de esgoto, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes) 7. Poderia descrever o local de moradia? 8. Gostava de viver no local/município ou se desejava morar em outro lugar/município? (Quais aspectos o desagradava e o agradava no local/município).
<p>Retrato e Modo de Vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Como você descreve pessoa aqui estudada? (características marcantes) 10. Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência) 11. Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser? 12. Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação? 13. Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais? 14. Houve história de perdas (pais, filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)? 15. Como essa pessoa lidava com as situações de perdas? 16. Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos? 17. Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos? 18. Sofreu situações de violência durante a sua vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial). 19. Onde e com quem encontrava apoio? 20. Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho ou outras pessoas? Como foi este apoio? (havia uma rede de apoio ou de proteção?) 21. Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi esse apoio? 22. Participava de Clubes e associações voluntárias e ou comunitárias, Partidos Políticos, Sindicato ou organização profissional? 23. Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros? 24. Há história anterior de doença grave? Qual? Fez ou fazia tratamento? 25. Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?
Atmosfera e imagem do suicídio
<p>Avaliação da atmosfera do ato de suicídio</p> <ol style="list-style-type: none"> 26. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?) 27. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora? 28. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?) 29. Como a família vivenciou o momento da notícia? E do sepultamento? 30. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade? 31. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados) 32. Houve tentativas anteriores? Quantas? Como? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

<p>Verificar os seguintes indicadores: a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado a sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.</p>
<p>Estado mental que antecedeu o suicídio</p> <p>33. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?</p> <p>34. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos, ou ideias que pareciam “irreais”?</p> <p>35. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?</p> <p>36. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?</p> <p>37. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?</p> <p>38. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?</p> <p>39. A pessoa tinha plano de saúde?</p> <p>40. Se era atendida pelo SUS, como avaliava esse atendimento?</p>
<p>Imagem da Família</p> <p>41. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias?</p> <p>42. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?</p> <p>43. A família já recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais as dificuldades?</p> <p>44. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?</p> <p>Verificar os seguintes indicadores: (apenas pela observação do fluxo discursivo) Tipo de comunicação estabelecida pela família – aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem; Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade; Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso; Forma de formular e estabelecer regras – a explicação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar.</p>
<p>O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto ao se falar dele. Será necessário conduzir um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade</p>

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS SOCIOANTROPOLÓGICOS ADAPTADO

Quadro 3.	Roteiro de Organização dos Dados Socioantropológicos
------------------	---

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">. Quais são as principais características do município? (urbano ou rural). Como o município se constitui e tem sido caracterizado? (trata-se de um município mais aberto socialmente ou fechado?). Qual a formação social e origem da população?. Como o município se organiza economicamente, socialmente, culturalmente?. Como é a vida da população em termos de saúde, educação e segurança?. Quais os recursos sociais existentes? (clubes, agremiações religiosas, atividades artesanais, atividades turísticas?). Como se caracteriza a população nessa região? Que serviços estão disponíveis para ela? (Serviços de Saúde, Centros de Convivência, Centro de Valorização à Vida?).. Faça uma síntese da situação de vida da população na localidade. |
|--|

APÊNDICE IV – PROPOSTA DE CARTA ENDEREÇADA AOS PARTICIPANTES

Palmas, ----/-----/-----

Sr(a) _____

End. _____

Prezado (a) Senhor(a),

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa com o objetivo de compreender o fenômeno do suicídio no Estado do Tocantins mediante as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial, no período de 2010 a 2019. Este trabalho se constituirá em uma tese, para obtenção do grau de Doutor em Ciências do Ambiente, da Universidade Federal do Tocantins.

Informamos que a sua participação se constituirá em uma entrevista, com duração média de aproximadamente 60 minutos. Esta entrevista terá caráter sigiloso, os entrevistados ou os dados informados não serão identificados em hipótese alguma.

O Projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e pela Área Técnica e Núcleo de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde (SES-TO). Desta maneira, se concordar em participar da entrevista, solicitamos autorizar, por escrito (no espaço abaixo), fornecendo seu endereço e número de telefone para que possamos combinar o horário e o local, que considerar mais conveniente, para a realização da entrevista.

Agradecendo antecipadamente pela sua atenção e colaboração,

Atenciosamente,

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

Psicóloga/Pesquisadora

Concordo em participar da pesquisa acima descrita e autorizo o contato inicial

Nome: _____

End. _____

Telef. _____

Assinatura _____ Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE V – TERMO DE COMPROMISSO DE USO DOS DADOS (TCUD)

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Título do projeto: O suicídio no Estado do Tocantins: uma abordagem epidemiológica, ambiental e psicossocial.	
Nome do coordenador(a): Daniela Aparecida Araujo Fernandes	
RG: 928.562 SSP TO	CPF: 032.270.991-10
Endereço: 1503 sul alameda 27 lote 39 Qd 20	n°: 39
Bairro: Plano Diretor Sul	Cidade: Palmas
CEP: 77025-449	Estado: Tocantins

O coordenador do projeto, retro qualificado, se declara ciente e de acordo:

- a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservância do presente e conseqüente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irrevogável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.
- b) de que os dados e arquivos a ele fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
- c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ele disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for salvo expressa autorização em contrário pelos participantes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.
- e) de que a instituição Secretaria de Estado da Saúde - SESTO será mencionada quando houver divulgação na forma de mídia impressa ou digital dos resultados do projeto de pesquisa.
- f) sem prejuízo dos termos do presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.

Palmas, _____ de _____ de 2022.

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

APÊNDICE VI – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “O suicídio no Estado do Tocantins: uma abordagem epidemiológica, ambiental e psicossocial”, e nós gostaríamos de entrevistá-lo(a). Essa pesquisa está sendo conduzida pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Ma. Daniela Aparecida Araujo Fernandes. Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor(a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los(as). Para tanto, apresento-lhe as informações relevantes sobre a pesquisa, sendo elas:

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:

As informações coletadas servirão para uma melhor compreensão sobre o fenômeno do suicídio no Estado do Tocantins mediante as perspectivas epidemiológica, socioambiental e psicossocial, no período de 2010 a 2019. A compreensão do fenômeno pode se tornar uma importante estratégia de promoção, prevenção e intervenção à saúde, assim como, ser precursora para novos estudos.

PROCEDIMENTOS:

O uso das autópsias psicossociais objetiva compreender e analisar as vivências relatadas pelos familiares sob os elementos fundamentais, tais como: contextos do fenômeno; interações e relações entre os aspectos psíquicos, culturais e sociais; transformação do paradigma reducionista de causa-efeito; abertura para a complexidade dos significados dos fenômenos. Será aplicado 2 roteiros de entrevistas, o primeiro com objetivo de identificação do perfil do participante e o segundo com objetivo de identificar o perfil do familiar que suicidou, através do perfil social e socioeconômico (caracterização social; retrato e modo de vida), atmosfera e imagem do suicídio (avaliação da atmosfera do ato de suicídio; estado mental que antecedeu o suicídio; imagem da família). A previsão de duração da entrevista será em média de 60 minutos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Os pesquisadores asseguram suporte social e psicológico para aqueles que, de alguma forma se sentirem constrangidos ou prejudicados durante a pesquisa, através de encaminhamento para o Sistema Único de Saúde (SUS), onde propiciará atendimento e/ou assistência multiprofissional.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

A participação nesta pesquisa não acarretará nenhum ônus ao participante, assim como, não será realizado nenhum pagamento pela participação, sendo totalmente voluntária a participação neste estudo. A pesquisadora se compromete a utilizar os procedimentos adequados para não haver riscos para o(a) sr.(a). Dentre os riscos e as possíveis precauções/prevenção destacamos: Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder a entrevista (a pesquisadora realizará esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do TCLE; a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento; será garantida a privacidade e o conforto para responder a entrevista; sua participação será voluntária). Quebra de sigilo/anonimato (as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo da pesquisadora durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato). Estresse ou dano (será oferecida assistência psicológica e social se necessária que será direcionada a equipe qualificada. Os benefícios são de ordem pública nos avanços e conquistas sociais da saúde da comunidade. As entrevistas não possuem finalidade terapêutica, contudo pode ter um efeito terapêutico, para uma experiência emocional corretiva e no manejo do luto.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o(a) sr(a) pode interromper a aplicação da entrevista mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta da entrevista. Em caso de recusa ou interrupção da aplicação da entrevista, o(a) sr(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade. A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins de pesquisa. Todas as suas informações pessoais serão transformadas em um código de identificação único. As informações coletadas na aplicação da entrevista serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal. Os seus dados pessoais, como nome e endereço, serão usados, apenas, para o agendamento de visitas e envio dos resultados da pesquisa, se o(a) sr(a) consentir.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o sr(a) pode entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFT [109 norte, Avenida NS-15, s/n, Prédio do almoxarifado, câmpus Palmas - TO, (63) 3232-8023], órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa.

O sr(a) aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não, recusou

A assinatura desse termo de consentimento indica que o(a) sr(a) compreendeu o que é esperado da pesquisa e que o(a) sr(a) aceita participar desta pesquisa em cada uma das etapas que o(a) sr(a) deu o seu consentimento.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e a outra com o(a) sr(a).

Palmas - TO, ____/ ____/ ____.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Pesquisadora Responsável

Daniela Aparecida Araujo Fernandes

Contato: (63) 98428-9310

End: 1503 sul alameda 27 lote 39 Qd 20

E-mail: araujo.daniela@mail.uft.edu.br