REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TENDÊNCIA TEMPORAL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO ENTRE INDÍGENAS NO TOCANTINS, 2015–2025

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND TEMPORAL TRENDS IN SELF-INFLICTED VIOLENCE NOTIFICATIONS AND SUICIDE DEATHS AMONG INDIGENOUS PEOPLE IN TOCANTINS, BRAZIL, 2015–2025

Ciências da Saúde • 09/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793949974

Antônio Jackson da Silva Agra[1]

Fátima Eduarda Meneses Ferraz[2]

Marcos do Carmo Gonçalves Vieira[3]

Melissa Aguiar dos Reis[4]

Deyze Alencar Soares[5]

RESUMO

A violência autoprovocada constitui um problema de saúde pública cuja ocorrência entre povos indígenas demanda atenção às particularidades epidemiológicas, sociais e culturais dessa população. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico e a tendência temporal das notificações de violência autoprovocada e dos óbitos por suicídio entre indígenas residentes no Tocantins, no período de 2015 a 2025. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, ecológico, retrospectivo, de série temporal, realizado com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. O estudo realizou análises descritivas e regressões lineares exploratórias das contagens anuais. O estudo identificou 235 notificações de violência autoprovocada e 47 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente. As notificações apresentaram distribuição equilibrada entre os sexos, enquanto os homens corresponderam a 76,6% dos óbitos. A faixa etária de 15 a 29 anos concentrou 54,5% das notificações e 68,1% dos óbitos. Observou-se tendência crescente estatisticamente significativa nas contagens anuais de notificações, mas não nos óbitos. O enforcamento, o estrangulamento e a sufocação corresponderam a 89,4% dos óbitos. Os achados evidenciam diferenças entre os perfis da violência notificada e da mortalidade, reforçando a necessidade de aprimorar a vigilância epidemiológica e desenvolver estratégias de prevenção culturalmente adequadas às comunidades indígenas.

Palavras-chave: Violência autoprovocada; População indígena; Suicídio; Epidemiologia.

ABSTRACT

Self-inflicted violence is a public health concern whose occurrence among Indigenous peoples requires attention to the epidemiological, social, and cultural specificities of this population. This study aimed to describe the epidemiological profile and temporal trends in notifications of self-inflicted violence and suicide deaths among Indigenous people residing in the state of Tocantins, Brazil, from 2015 to 2025. This was an observational, ecological, retrospective time-series study based on secondary data from the Notifiable Diseases Information System (Sinan) and the Mortality Information System (SIM), made available by the Information Technology Department of the Brazilian Unified Health System. This study performed descriptive analyses and exploratory linear regressions of annual counts. This study identified 235 notifications of self-inflicted violence and 47 deaths due to intentional self-harm. Notifications were evenly distributed between sexes, whereas males accounted for 76.6% of deaths. The 15–29-year age group accounted for 54.5% of notifications and 68.1% of deaths. A statistically significant increasing trend was observed in the annual number of notifications, but not in deaths. Hanging, strangulation, and suffocation accounted for 89.4% of deaths. These findings highlight differences between the profiles of reported self-inflicted violence and mortality, reinforcing the need to strengthen epidemiological surveillance and develop prevention strategies that are culturally appropriate for Indigenous communities.

Keywords: Self-inflicted violence; Indigenous population; Suicide; Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A violência autoprovocada compreende comportamentos autoinfligidos com ou sem intenção letal, incluindo autolesões, tentativas de suicídio e suicídio consumado (Brasil, 2016a). Trata-se de um problema de saúde pública multifatorial, associado a condições individuais, sociais, econômicas e culturais, cuja distribuição varia entre populações e contextos (Escobar; Arruda; Lorena Sobrinho, 2024). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2026), mais de 720 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo esse desfecho a terceira principal causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos. Aproximadamente 73% dos óbitos ocorrem em países de baixa e média renda, evidenciando a influência das desigualdades sociais e das barreiras de acesso à assistência em saúde mental.

No Brasil, a vigilância epidemiológica da violência autoprovocada baseia-se, principalmente, na complementaridade entre o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Enquanto o primeiro reúne informações sobre os casos notificados, o segundo registra os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, permitindo caracterizar diferentes dimensões do fenômeno (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b). Em 2021, foram registradas 114.159 notificações de violência autoprovocada, das quais 70,3% correspondiam a mulheres, com maior concentração entre indivíduos de 20 a 49 anos (Brasil, 2024a). Entretanto, a subnotificação e as limitações no preenchimento dos registros podem comprometer a representação da magnitude real do problema.

Entre os povos indígenas, a problemática assume particular relevância devido à interação entre desigualdades estruturais, discriminação, perda territorial e transformações socioculturais,

fatores que podem repercutir sobre a saúde mental e fragilizar as redes comunitárias de proteção (Souza *et al.*, 2020; Baniwa; Calegare, 2024). No Brasil, a mortalidade por suicídio entre indígenas pode ser aproximadamente duas a três vezes superior à observada na população geral, com importante concentração entre adolescentes e adultos jovens (Araujo *et al.*, 2023; Brasil, 2024a). Também são descritas diferenças entre os sexos, com maior frequência de tentativas entre mulheres e maior proporção de óbitos entre homens, associada, entre outros fatores, ao emprego de métodos mais letais.

No Tocantins, o Censo Demográfico de 2022 identificou 20.023 pessoas indígenas, correspondentes a uma população diversa em termos étnicos, demográficos e territoriais, com predominância de indivíduos jovens, com até 29 anos, e de residentes em áreas rurais e Terras Indígenas (IBGE, 2023). O estado abriga povos como Xerente, Krahô, Karajá, Apinayé e Javaé, cuja assistência à saúde envolve a atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins (DSEI/TO), responsável pelo atendimento à população indígena aldeada (Brasil, 2023). A dispersão territorial das comunidades e as particularidades socioculturais representam aspectos importantes para a organização da assistência e para a vigilância epidemiológica.

Apesar da relevância do problema, persistem lacunas no conhecimento sobre a violência autoprovocada entre indígenas residentes no Tocantins. As análises estaduais disponíveis abordam predominantemente a população geral e nem sempre apresentam dados desagregados por raça/cor, pertencimento étnico ou território indígena, o que limita a caracterização específica desse grupo (Fernandes, 2024). Além disso, dificuldades de acesso aos serviços, limitações técnicas, rotatividade das equipes e barreiras de

comunicação intercultural podem comprometer a qualidade dos registros (Brasil, 2024b). Embora o Sinan e o SIM constituam fontes importantes para investigar o fenômeno, suas limitações precisam ser consideradas na interpretação dos dados. Assim, permanece necessária a realização de estudos que articulem notificações e mortalidade e descrevam a distribuição sociodemográfica, territorial e temporal dos eventos entre indígenas no estado.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico e a tendência temporal das notificações de violência autoprovocada e dos óbitos por suicídio entre indígenas residentes no Tocantins, no período de 2015 a 2025. A investigação busca ampliar o conhecimento sobre a distribuição desses eventos e fornecer informações que possam subsidiar o aprimoramento da vigilância epidemiológica e o planejamento de ações de prevenção e cuidado culturalmente adequadas às comunidades indígenas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as lesões autoprovocadas intencionalmente estão classificadas nos códigos X60 a X84. No Brasil, a violência autoprovocada integra a lista de agravos de notificação compulsória, conforme as orientações do Ministério da Saúde no Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Brasil, 2016a). A Lei nº 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, estabelecendo diretrizes para ações preventivas e para a articulação entre os setores da saúde, educação e assistência social (Brasil, 2019). A efetividade dessas medidas depende, entre outros aspectos, da capacidade de identificar os casos, produzir informações confiáveis e organizar respostas assistenciais

adequadas aos diferentes contextos populacionais. Nesse sentido, a notificação constitui importante instrumento de vigilância epidemiológica.

A ocorrência desses agravos varia conforme as características sociodemográficas e os contextos de vida. Entre povos indígenas, a análise requer considerar a diversidade étnica e territorial, assim como os processos históricos de colonização, discriminação, perda territorial e marginalização. Esses fatores podem afetar a identidade coletiva, o sentimento de pertencimento e as formas tradicionais de proteção comunitária, contribuindo para situações de sofrimento psíquico (Souza *et al.*, 2020; Baniwa; Calegare, 2024; Moura Junior *et al.,* 2025).

Corroborando a complexidade desse cenário, evidências recentes sistematizam os determinantes do suicídio indígena em eixos que extrapolam a esfera individual, englobando dimensões sociais e lacunas críticas na assistência. A vulnerabilidade psíquica é diretamente agravada por fatores como pobreza, uso abusivo de álcool e desintegração dos vínculos familiares, que operam como desdobramentos de uma violência estrutural capaz de comprometer o sentido de vida coletivo. No âmbito do cuidado, a inadequação cultural dos serviços de saúde mental constitui uma barreira limitante. A imposição de lógicas estritamente biomédicas afasta as populações dos serviços, reforçando a urgência de abordagens interculturais que integrem a espiritualidade e as cosmologias indígenas como pilares fundamentais das estratégias de prevenção e acolhimento (Balbinot *et al.*, 2026).

Estudos nacionais apontam que a mortalidade por suicídio entre indígenas pode superar significativamente a observada entre não

indígenas, com concentração importante entre adolescentes e adultos jovens. Também são descritas diferenças territoriais expressivas, dada a diversidade étnico-cultural dos grupos indígenas, e participação predominante do enforcamento, do estrangulamento e da sufocação entre os métodos registrados nos óbitos (Araujo *et al.*, 2023; Brasil, 2020). Esses padrões reforçam a necessidade de analisar conjuntamente idade, sexo, território e método, sem presumir que as características dos óbitos sejam necessariamente equivalentes às observadas nas notificações de violência autoprovocada não fatal.

No Tocantins, a população indígena está distribuída em diferentes territórios e contextos socioculturais, incluindo áreas da Ilha do Bananal e da região do Araguaia. As relações com o território, os modos de organização comunitária e as práticas tradicionais constituem dimensões relevantes para compreender as experiências de saúde e sofrimento dessas populações (Bernardo Lima, 2017). No estado, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), integra a estrutura de cuidados em saúde mental. Entretanto, a disponibilidade dos serviços, a distribuição territorial dos profissionais e as dificuldades de acesso em áreas rurais e indígenas representam aspectos relevantes para a organização da assistência (Brasil, 2024b; Tocantins, 2024).

Documentos estaduais destacam a ocorrência de suicídios e de violência autoprovocada em comunidades indígenas, além da importância de fortalecer a vigilância e as iniciativas de prevenção com participação comunitária (Tocantins, 2024; CIMI, 2024; CIMI, 2025). Essas informações devem ser interpretadas considerando a população de referência, a cobertura dos serviços e a qualidade dos registros disponíveis.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) constitui uma referência territorial importante para a análise da saúde indígena. Documentos institucionais mencionam ocorrências de suicídio e violência autoprovocada em comunidades indígenas do sudoeste do Tocantins e destacam a situação dos povos Iny/Karajá, descrevendo a necessidade de intensificar ações de vigilância e prevenção (CIMI, 2024; CIMI, 2025). Nesse cenário, os relatos institucionais sobre iniciativas na Ilha do Bananal descrevem ainda a participação de equipes multiprofissionais, lideranças comunitárias e representantes de práticas espirituais tradicionais na construção de respostas ao sofrimento psíquico.

Além das informações produzidas pelos serviços de saúde, relatórios do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) têm abordado a ocorrência de suicídios entre indígenas e as desigualdades enfrentadas por essas populações. Segundo o relatório citado pelo CIMI (2024), o número de suicídios indígenas no Brasil aumentou 56% em 2023 em comparação com 2022, um dado que reforça a importância da vigilância contínua e da produção de informações epidemiológicas que permitam identificar os grupos e territórios que demandam maior atenção.

A compreensão da violência autoprovocada entre indígenas também exige reconhecer que as interpretações do sofrimento e do comportamento suicida podem variar entre os povos. Determinadas experiências podem ser compreendidas por meio de sistemas próprios de significados, espiritualidade e organização coletiva, que nem sempre correspondem às interpretações predominantemente biomédicas. Em diversas comunidades, o ato não é interpretado como uma escolha individual, mas como resultado de feitiçaria, de interferência de forças sobrenaturais, ou como um destino coletivo

partilhado por membros da mesma comunidade (Santiago *et al.,* 2018; Baniwa; Calegare, 2024).

A atuação do Estado na saúde indígena evoluiu ao longo de marcos institucionais, culminando no atual Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, coordenado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (Baniwa; Calegare, 2024). Contudo, a invalidação sistemática dos saberes tradicionais atingiu esferas centrais da vida indígena, provocando uma erosão das identidades coletivas que sustentam o equilíbrio psíquico e espiritual destas comunidades (Moura Junior *et al.*, 2025). A desvalorização dos saberes tradicionais, a sobrevalorização da cultura ocidental e o enfraquecimento de práticas culturais podem contribuir para a fragilização dos vínculos comunitários, sobretudo entre jovens (Silva; Palha Junior; Feitosa, 2019). Por isso, estratégias de prevenção precisam respeitar a autonomia dos povos indígenas e considerar suas perspectivas culturais.

A vigilância epidemiológica constitui um componente fundamental para identificar os casos e orientar políticas públicas. O Sinan reúne informações sobre agravos de notificação compulsória, por meio do preenchimento da Ficha Individual de Notificação (FIN), enquanto o SIM, criado em 1975, sistematiza dados sobre mortalidade com base nas Declarações de Óbito (Brasil, 2007; Brasil, 2009). Apesar da ampla cobertura, esses sistemas apresentam limitações (Ribeiro, 2016). O SIM está suscetível a sub-registros e a incorreções na classificação da causa básica da morte, particularmente em casos de intoxicação exógena, nos quais a determinação da intencionalidade do evento (acidental ou intencional) é complexa (Ribeiro, 2016). Paralelamente, o Sinan enfrenta elevadas taxas de subnotificação, agravadas pelo despreparo técnico de muitos profissionais de saúde para abordar a

intencionalidade das lesões e investigar tentativas prévias, o que reforça a necessidade de capacitação contínua das equipes (Ribeiro, 2016). Em comunidades indígenas, barreiras logísticas, dificuldades de conectividade, rotatividade das equipes e limitações na comunicação intercultural podem comprometer a abrangência e a qualidade dos registros (Souza et al., 2020).

A organização da atenção à saúde indígena, incluindo a atuação do DSEI/TO, dos Agentes Indígenas de Saúde e das equipes multiprofissionais, constitui elemento relevante para a prevenção e o acompanhamento dos casos (Brasil, 2024b). A articulação entre serviços de saúde, lideranças e comunidades pode favorecer respostas mais adequadas às especificidades locais, especialmente quando integra os conhecimentos tradicionais às práticas assistenciais de forma respeitosa (Baniwa; Calegare, 2024). Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial e os demais serviços do Sistema Único de Saúde precisam considerar as barreiras territoriais e culturais que interferem no acesso e na continuidade do cuidado.

Embora documentos institucionais e estudos nacionais contribuam para caracterizar a violência autoprovocada entre povos indígenas, ainda é necessário ampliar as análises epidemiológicas específicas sobre a população indígena do Tocantins. A escassez de informações desagregadas dificulta a compreensão da distribuição territorial e da evolução temporal dos eventos, bem como a identificação dos grupos que demandam maior atenção. Dessa forma, a análise conjunta das notificações do Sinan e dos óbitos registrados no SIM entre 2015 e 2025 pode contribuir para caracterizar o perfil epidemiológico do agravo e subsidiar estratégias de vigilância, prevenção e cuidado ajustadas às particularidades das comunidades indígenas.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho, Local e População do Estudo

Foi realizado um estudo observacional, ecológico, retrospectivo e descritivo, com análise de série temporal. O estudo avaliou a violência autoprovocada e a mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente entre pessoas indígenas residentes no estado do Tocantins, Brasil, no período de 2015 a 2025. O estado, localizado na região Norte do Brasil, possui 139 municípios (IBGE, 2026) distribuídos em 8 Regiões de Saúde oficiais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016).

A pesquisa utilizou duas fontes de dados secundárias independentes de acesso público, disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para os eventos não fatais, foram extraídos os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), filtrando-se notificações de violência interpessoal/autoprovocada com "sim" para lesão autoprovocada, residência no Tocantins e raça/cor indígena. Para a mortalidade, utilizaram-se os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), selecionando óbitos de indígenas residentes no Tocantins com causa básica classificada entre os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Não foi realizada vinculação individual entre as bases do Sinan e do SIM.

3.2. Variáveis e Organização dos Dados

As variáveis analisadas incluíram ano de notificação no Sinan e ano do óbito no SIM, sexo, faixa etária, município de residência, Região de

Saúde, ocorrência de violência de repetição no Sinan e causa básica/meio utilizado no SIM. Registros com campos em branco ou ignorados foram mantidos na base e categorizados de forma correspondente quando sua ausência não inviabilizava a análise principal.

Os municípios de residência foram agrupados segundo as oito Regiões de Saúde do estado, conforme a regionalização oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, estabelecida pela Resolução CIB-TO nº 161/2012 (Tocantins, 2012).

Dados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que contabilizou 20.023 indígenas residentes no estado, foram utilizados exclusivamente para a construção do denominador populacional no cálculo dos coeficientes epidemiológicos pontuais de 2022, evitando a produção de estimativas populacionais não validadas para os anos intercensitários.

Para contextualização da organização da atenção à saúde indígena, foram utilizadas informações oficiais do Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins, provenientes do Relatório Situacional do DSEI Tocantins de 2023. Para a classificação territorial dos municípios, utilizou-se a regionalização oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

3.3. Análise de Dados

A análise descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e médias, medianas e desvios-padrão para as contagens anuais. Para avaliar a tendência temporal no período de 2015 a 2025, empregou-se regressão linear

exploratória das contagens anuais de notificações e óbitos, calculando-se o coeficiente angular, o coeficiente de determinação (R^2) e o valor de p.

Os coeficientes epidemiológicos foram calculados restritamente ao ano de 2022, baseados na razão entre as notificações (ou óbitos) e a população indígena censitária de 20.023 indivíduos, multiplicando-se o resultado por 100.000.

A comparação da distribuição proporcional dos eventos segundo o sexo entre as bases (notificações versus óbitos) foi conduzida por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, com a magnitude da diferença de composição resumida pelo V de Cramér. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes. A organização, a tabulação dos dados, a elaboração de tabelas e gráficos, bem como a execução integral das análises estatísticas descritas, foram realizadas no software Microsoft Excel.

3.4. Aspectos Éticos

Por utilizar exclusivamente dados secundários agregados e de domínio público, que não permitem a identificação direta dos indivíduos, o estudo enquadra-se nas normativas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, sendo dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (Brasil, 2016b).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2015 e 2025, foram identificadas 235 notificações de violência autoprovocada entre pessoas indígenas residentes no Tocantins no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e 47 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Sistema de

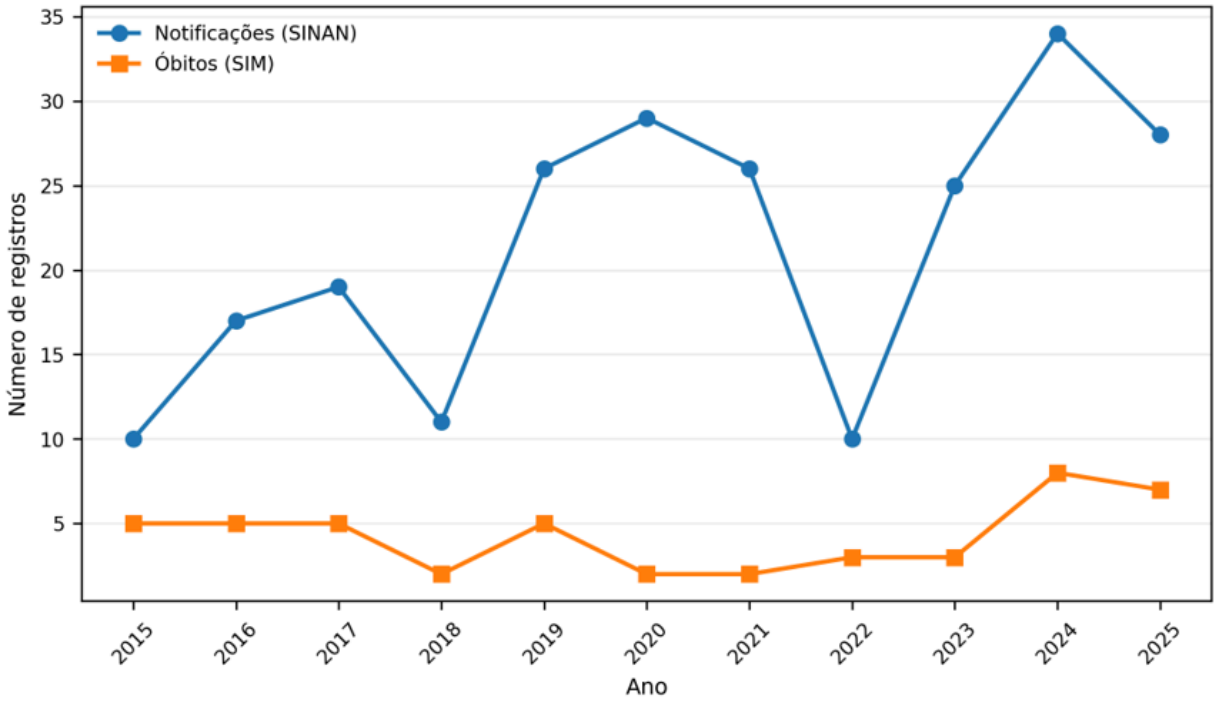
Informações sobre Mortalidade (SIM). Os resultados são apresentados segundo tendência temporal, perfil sociodemográfico, distribuição territorial e características dos óbitos, seguidos da análise comparativa entre as duas bases. Posteriormente, os principais achados são discutidos à luz da literatura, considerando suas implicações para a vigilância e a saúde pública.

4.1. Perfil E Tendência Temporal das Notificações de Violência Autoprovocada

A distribuição anual das notificações apresentou oscilações ao longo do período, com 10 registros em 2015, 17 em 2016, 19 em 2017, 11 em 2018, 26 em 2019, 29 em 2020, 26 em 2021, 10 em 2022, 25 em 2023, 34 em 2024 e 28 em 2025. O maior número ocorreu em 2024, seguido por 2020 e 2025. Os dados de 2025 permanecem sujeitos à revisão.

A média anual foi de 21,4 notificações, com mediana de 25 e desvio-padrão amostral de 8,42. Na regressão linear exploratória das contagens anuais, observou-se coeficiente angular de +1,58 notificação por ano, R^2=0,388 e p=0,040. A análise temporal refere-se às contagens registradas, uma vez que não foram utilizados denominadores populacionais indígenas anuais oficiais e comparáveis para todo o período.

Figura 1. Série histórica das notificações de violência autoprovocada e dos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente em indígenas, Tocantins, 2015-2025.



Fonte: Sinan/DATASUS e SIM/DATASUS. Elaboração própria.

Nota: séries apresentadas em contagens absolutas de bases independentes; dados de 2025 sujeitos à revisão.

Quanto ao sexo, as notificações apresentaram distribuição praticamente equilibrada: 118 ocorreram entre mulheres (50,2%) e 117 entre homens (49,8%). Em relação à idade, a faixa de 20 a 29 anos reuniu 73 notificações (31,1%), seguida de 15 a 19 anos, com 55 (23,4%). Em conjunto, as idades entre 15 e 29 anos corresponderam a 128 notificações (54,5%). Adolescentes de 10 a 19 anos somaram 80 registros (34,0%). Foram ainda encontrados dez registros em menores de dez anos.

Quanto à repetição dos episódios, 77 notificações (32,8%) indicaram ocorrência anterior de violência, 135 (57,4%) foram registradas como não repetidas, 22 (9,4%) como ignoradas e uma (0,4%) permaneceu em branco. Como a base é agregada, não é possível reconstruir trajetórias individuais nem assegurar que notificações distintas correspondam a pessoas distintas.

4.2. Distribuição Territorial das Notificações

A distribuição territorial das notificações foi heterogênea. A Região de Saúde Ilha do Bananal concentrou 99 registros (42,1%), seguida por Médio Norte Araguaia, com 41 (17,4%), Capim Dourado, com 36 (15,3%), Cantão, com 24 (10,2%), Bico do Papagaio, com 21 (8,9%), Cerrado Tocantins Araguaia, com 12 (5,1%), e Sudeste, com dois (0,9%). Não foram identificadas notificações na Região Amor Perfeito segundo os critérios adotados.

No nível municipal, Formoso do Araguaia apresentou 75 registros, seguido por Goiatins (36), Tocantínia (24), Lagoa da Confusão (22), Sandolândia (21) e Tocantinópolis (19). As contagens são apresentadas em números absolutos e não correspondem a estimativas de risco populacional municipal ou regional.

Para 2022, ano com denominador censitário indígena estadual correspondente, foram registradas dez notificações entre 20.023 indígenas residentes no Tocantins, resultando em coeficiente pontual de 49,94 notificações por 100 mil indígenas. Não foi construída série anual de coeficientes para 2015–2025.

4.3. Perfil E Tendência Temporal dos Óbitos por Suicídio

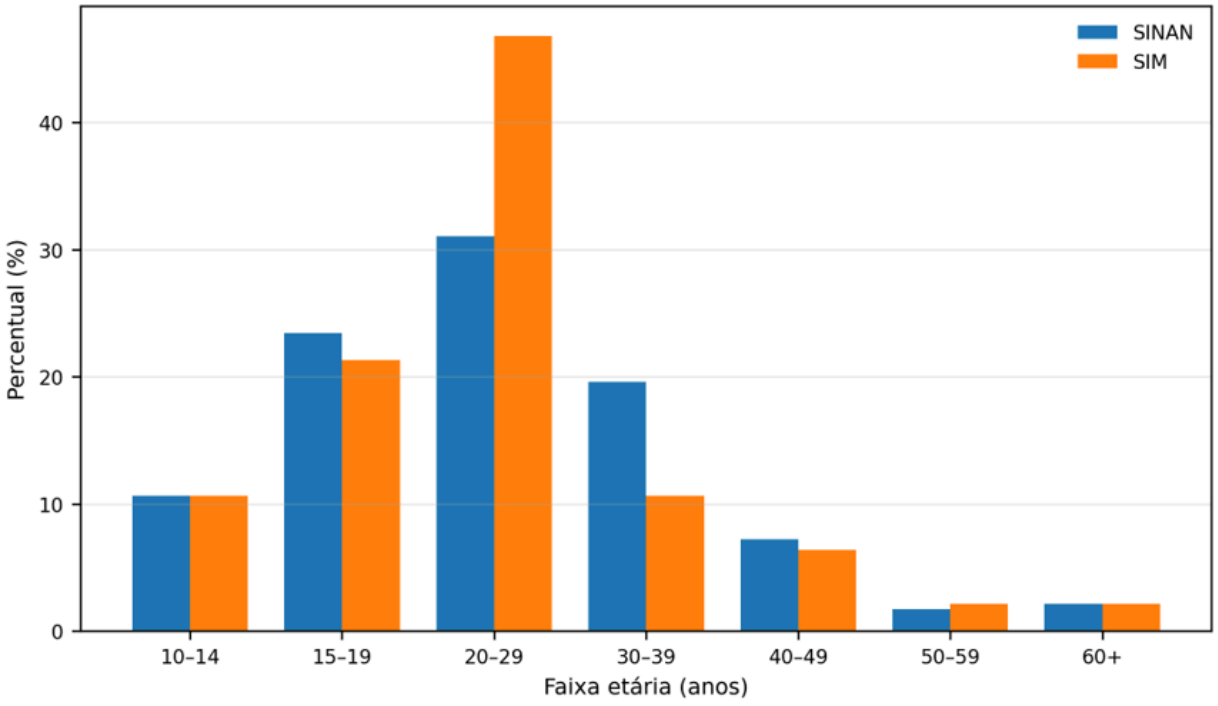
No SIM, foram identificados 47 óbitos de indígenas residentes no Tocantins por lesões autoprovocadas intencionalmente, classificadas nos códigos X60–X84 da CID-10. Foram registrados cinco óbitos em 2015, cinco em 2016, cinco em 2017, dois em 2018, cinco em 2019, dois em 2020, dois em 2021, três em 2022, três em 2023, oito em 2024 e sete em 2025. Os maiores valores ocorreram em 2024 e 2025, devendo-se considerar o caráter preliminar dos dados de 2025.

A média anual foi de 4,3 óbitos, com mediana de cinco e desvio-padrão amostral de 2,05. A regressão linear exploratória apresentou

coeficiente angular de +0,14 óbito por ano, R^2=0,048 e p=0,515, não evidenciando tendência linear estatisticamente significativa.

Dos 47 óbitos, 36 ocorreram entre homens (76,6%) e 11 entre mulheres (23,4%). Quanto à idade, 22 óbitos (46,8%) ocorreram entre pessoas de 20 a 29 anos e 32 (68,1%) concentraram-se entre 15 e 29 anos.

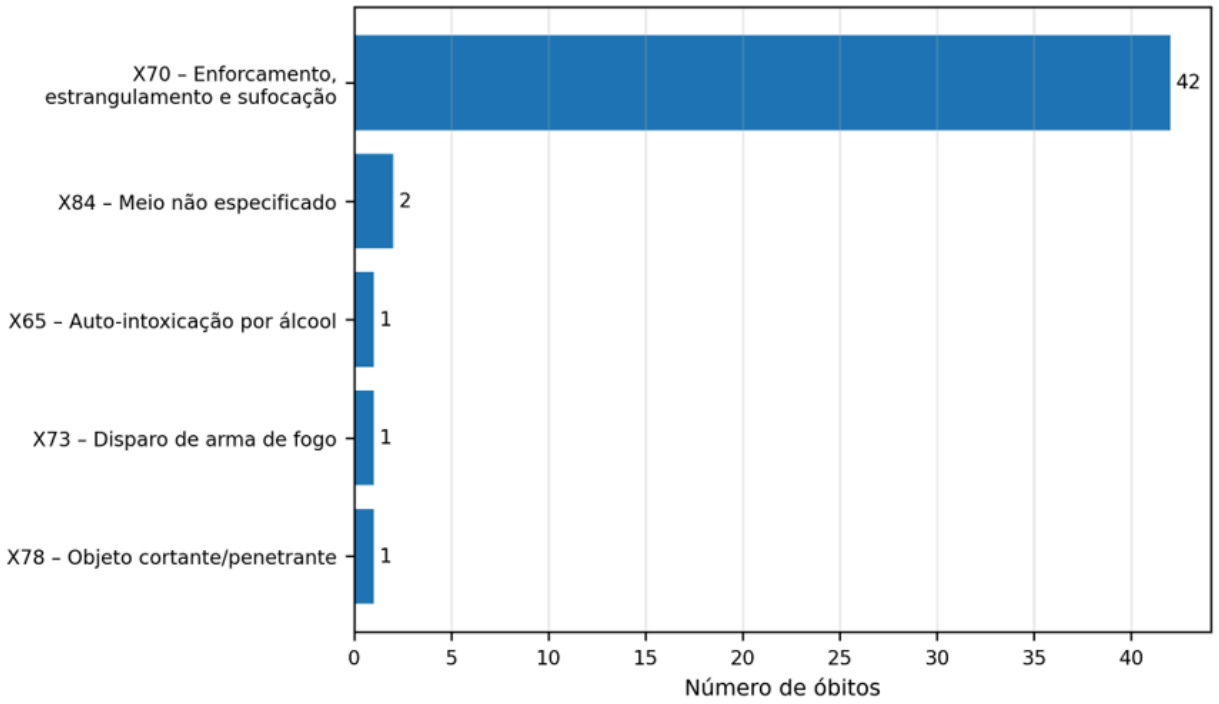
Figura 2. Distribuição percentual das notificações e dos óbitos segundo faixa etária, Tocantins, 2015-2025.



Fonte: Sinan/DATASUS e SIM/DATASUS. Elaboração própria.
Nota: para comparação visual, são apresentadas as faixas a partir de 10 anos; o Sinan registrou dez notificações adicionais em menores de 10 anos.

Quanto ao método, 42 dos 47 óbitos (89,4%) foram classificados no código X70 da CID-10, correspondente a enforcamento, estrangulamento e sufocação. Os cinco registros restantes distribuíram-se entre meio não especificado (n=2), autointoxicação por álcool (n=1), disparo de arma de fogo (n=1) e objeto cortante ou penetrante (n=1).

Figura 3. Óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente segundo categoria CID-10/método, Tocantins, 2015-2025.



Fonte: SIM/DATASUS. Elaboração própria.

Em 2022 ocorreram três óbitos entre os 20.023 indígenas residentes no Tocantins, correspondendo a coeficiente pontual de mortalidade de 14,98 por 100 mil indígenas. Esse cálculo foi restrito ao ano com denominador censitário utilizado no estudo.

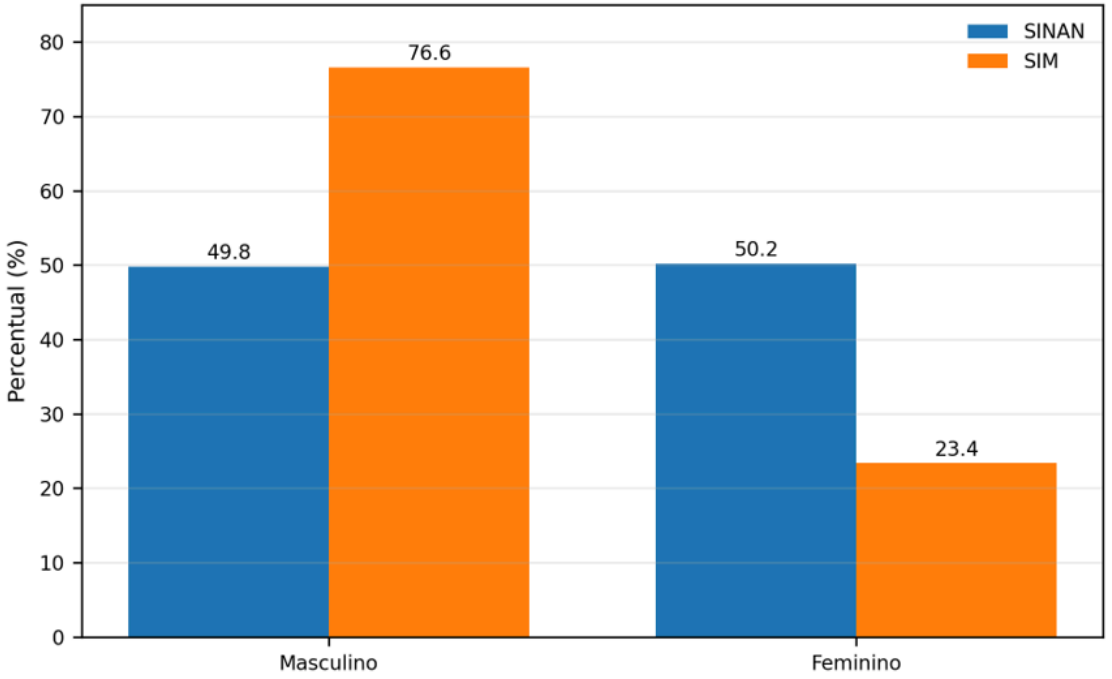
4.4. Análise Comparativa Entre as Notificações e os Óbitos

Sinan e SIM representam bases independentes e não houve vinculação individual entre seus registros. Assim, os 235 eventos notificados e os 47 óbitos não constituem numerador e denominador de uma mesma população acompanhada, e a razão entre esses valores não representa taxa de letalidade nem probabilidade de evolução para óbito.

A principal diferença entre as bases ocorreu na composição por sexo. Enquanto as notificações foram praticamente paritárias, os homens

concentraram 76,6% dos óbitos. Na comparação exploratória das distribuições agregadas, observou-se diferença estatisticamente significativa (χ^2=11,34; gl=1; p=0,0008; V de Cramér=0,20).

Figura 4. Distribuição percentual das notificações e dos óbitos segundo sexo, Tocantins, 2015-2025.



Fonte: Sinan/DATASUS e SIM/DATASUS. Elaboração própria.

Nota: comparação exploratória entre bases agregadas independentes.

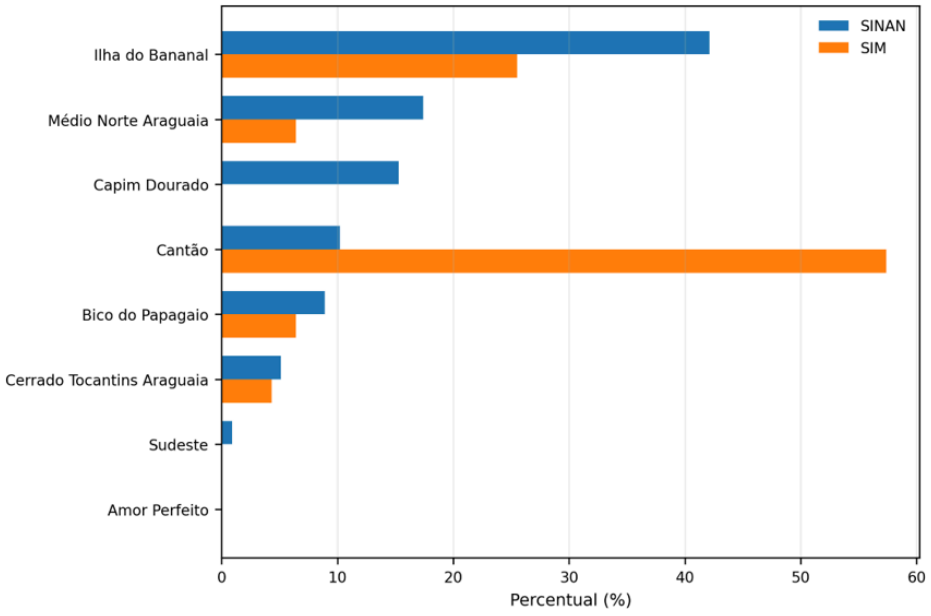
Quanto à idade, pessoas de 15 a 29 anos corresponderam a 54,5% das notificações e a 68,1% dos óbitos.

4.5. Distribuição Territorial dos Óbitos e Comparação Entre as Bases

A mortalidade apresentou concentração territorial. Lagoa da Confusão reuniu 27 dos 47 óbitos e Formoso do Araguaia, oito. Segundo as Regiões de Saúde, Cantão concentrou 27 óbitos (57,4%), Ilha do Bananal 12 (25,5%), Médio Norte Araguaia e Bico do Papagaio três cada (6,4%) e Cerrado Tocantins Araguaia dois (4,3%). Capim

Dourado, Sudeste e Amor Perfeito não apresentaram óbitos no conjunto analisado.

Figura 5. Distribuição percentual das notificações e dos óbitos segundo Região de Saúde, Tocantins, 2015-2025.



Fonte: Sinan/DATASUS, SIM/DATASUS e regionalização oficial da SES-TO. Elaboração própria.
Nota: percentuais calculados separadamente em cada base; não representam taxas de risco regional.

A distribuição territorial diferiu entre as duas bases: Ilha do Bananal concentrou a maior proporção das notificações, enquanto Cantão concentrou a maior proporção dos óbitos. Como não foram calculadas taxas específicas por Região de Saúde, esses valores representam distribuições absolutas e proporcionais dos registros analisados.

4.6. Discussão dos Resultados

4.6.1. Tendência Temporal

A análise temporal evidenciou crescimento estatisticamente significativo das contagens anuais de notificações de violência autoprovocada entre indígenas no Tocantins, enquanto os óbitos por suicídio não apresentaram tendência linear significativa no período estudado. Essa diferença reforça que Sinan e SIM representam dimensões distintas do fenômeno e que a evolução das notificações não deve ser interpretada como equivalente à evolução da mortalidade. Além disso, na ausência de denominadores populacionais indígenas anuais comparáveis, o crescimento observado não permite inferir aumento da incidência da violência autoprovocada.

A literatura recomenda cautela na interpretação de séries construídas a partir de sistemas de vigilância, pois alterações na capacidade de identificação dos casos, no acesso aos serviços e na qualidade do registro podem modificar o número de notificações ao longo do tempo (Brasil, 2020). Assim, o aumento identificado pode refletir tanto modificações na ocorrência dos eventos quanto maior sensibilidade da vigilância. Para a saúde pública, esse resultado reforça a necessidade de manter o acompanhamento temporal dos dois sistemas de forma complementar, aprimorando a qualidade dos registros e evitando que o número de notificações seja utilizado isoladamente como medida da magnitude do problema.

4.6.2. Perfil por Sexo e Idade

A concentração dos eventos entre adolescentes e adultos jovens constituiu um dos achados mais consistentes do estudo. A faixa de 15 a 29 anos reuniu 54,5% das notificações e 68,1% dos óbitos, padrão semelhante ao observado em estudos nacionais. Entre indígenas brasileiros, o Ministério da Saúde identificou maior concentração da

mortalidade nas faixas de 15 a 19 e 20 a 29 anos, que reuniram 62% dos óbitos entre 2015 e 2018 (Brasil, 2020). De modo semelhante, Araujo *et al.* (2023) demonstraram que pessoas indígenas de 10 a 24 anos apresentaram as maiores taxas de suicídio ao longo do período de 2000 a 2020.

A maior participação de jovens deve ser interpretada para além de fatores individuais. Estudos sobre saúde mental indígena destacam a influência de processos históricos, territoriais, sociais e culturais, incluindo transformações socioculturais, fragilização de vínculos comunitários, discriminação e conflitos relacionados ao território (Souza *et al.*, 2020; Baniwa; Calegare, 2024). Nesse sentido, os achados do Tocantins reforçam a necessidade de estratégias preventivas voltadas especialmente aos jovens, construídas de forma intercultural e articuladas às comunidades.

Também foram observadas diferenças importantes segundo o sexo. Enquanto as notificações apresentaram distribuição praticamente equilibrada entre mulheres e homens, estes corresponderam a 76,6% dos óbitos. O predomínio masculino na mortalidade é compatível com o cenário nacional indígena, no qual 73,7% dos óbitos por suicídio entre 2015 e 2018 ocorreram entre homens (Brasil, 2020). Em contrapartida, a ausência de predomínio feminino expressivo nas notificações do Tocantins difere do panorama da população brasileira em geral, no qual as mulheres representam a maior proporção dos registros de violência autoprovocada (Brasil, 2024a).

Essa diferença de composição não permite estimar maior probabilidade individual de morte entre homens, uma vez que Sinan e SIM são bases independentes e não houve vinculação dos

registros. Entretanto, evidencia que os perfis dos eventos notificados e dos desfechos fatais não são equivalentes. Soma-se a isso o predomínio do enforcamento, estrangulamento e sufocação entre os óbitos, responsável por 89,4% das mortes, proporção coincidente com a encontrada nacionalmente entre indígenas (Brasil, 2020) e compatível com os achados de Araujo *et al.* (2023). Esses resultados apontam para a necessidade de estratégias diferenciadas segundo faixa etária, sexo e características da mortalidade observada.

4.6.3. Distribuição Territorial

A distribuição territorial demonstrou importante heterogeneidade entre as Regiões de Saúde. A Ilha do Bananal concentrou a maior participação das notificações, enquanto os óbitos se concentraram principalmente no Cantão, especialmente em Lagoa da Confusão. A ausência de correspondência entre os territórios de maior concentração nas duas bases evidencia que o número de notificações não pode ser utilizado como indicador direto da distribuição da mortalidade.

A heterogeneidade territorial também é descrita em estudos nacionais sobre suicídio indígena, nos quais os eventos se concentram de forma desigual entre estados e regiões (Araujo *et al.*, 2023). No Tocantins, fatores como distribuição da população indígena, características dos territórios, acesso aos serviços e capacidade local de vigilância podem contribuir para os diferentes padrões observados, embora os dados deste estudo não permitam estabelecer relações causais. Além disso, como não foram calculadas taxas específicas por município ou Região de Saúde, as contagens não devem ser interpretadas como medidas de risco populacional.

Esses resultados reforçam a importância de abordagens territorializadas na organização das ações de prevenção e cuidado. A utilização conjunta das informações do Sinan e do SIM pode auxiliar na identificação de áreas que demandam maior atenção da vigilância e dos serviços, respeitando as diferenças demográficas, territoriais e socioculturais existentes entre os povos indígenas do estado.

4.6.4. Implicações para a Vigilância em Saúde

A análise complementar do Sinan e do SIM mostrou que os dois sistemas contribuem de maneiras distintas para a compreensão da violência autoprovocada entre indígenas. O Sinan permite caracterizar os eventos identificados e notificados pelos serviços de saúde, enquanto o SIM descreve os desfechos fatais registrados. A diferença observada entre os perfis de sexo, a concentração dos eventos entre jovens e a distribuição territorial não coincidente demonstram que a análise isolada de apenas uma dessas fontes produz uma visão parcial do problema.

Nesse contexto, o fortalecimento da vigilância depende não apenas da ampliação das notificações, mas também da qualificação do preenchimento, da redução da subnotificação e da interpretação integrada das informações disponíveis. No Tocantins, as dificuldades de acesso, a dispersão territorial das comunidades e as particularidades da organização da atenção indígena constituem desafios relevantes para a continuidade do cuidado e para a produção de informações epidemiológicas (Brasil, 2024b).

Do ponto de vista da saúde pública, os achados apoiam a articulação entre a atenção primária, a Rede de Atenção

Psicossocial, os serviços de saúde indígena e as lideranças comunitárias. As estratégias de prevenção devem priorizar adolescentes e adultos jovens, considerar as diferenças observadas entre os perfis das notificações e dos óbitos e ser adaptadas aos contextos territoriais específicos. A participação das próprias comunidades indígenas é fundamental para que essas ações sejam culturalmente adequadas e incorporem diferentes formas de compreender o sofrimento psíquico, evitando abordagens exclusivamente biomédicas (Baniwa; Calegare, 2024).

4.7. Limitações da Análise

Os achados devem ser interpretados considerando as limitações das bases secundárias. O Sinan pode apresentar subnotificação, incompletude, diferenças locais de preenchimento, variações na sensibilidade da vigilância e duplicidades residuais; além disso, as notificações representam eventos e não necessariamente pessoas únicas. O SIM está sujeito a sub-registro e eventual classificação inadequada da causa básica do óbito, e os dados de 2025 ainda são preliminares.

Outra limitação fundamental é a ausência de vinculação individual entre Sinan e SIM, que impede determinar se indivíduos registrados no sistema de mortalidade haviam sido previamente notificados. Também não foram estimadas taxas anuais para 2015-2025 em razão da ausência de denominadores populacionais indígenas anuais oficiais validados e comparáveis. A opção metodológica foi preservar os valores observados nas fontes oficiais, restringindo os coeficientes populacionais ao ano censitário de 2022.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo alcança o objetivo de descrever o perfil epidemiológico e a tendência temporal das notificações de violência autoprovocada e dos óbitos por suicídio entre indígenas residentes no Tocantins, no período de 2015 a 2025. A análise evidencia que o fenômeno apresenta particularidades relacionadas à idade, ao sexo e à distribuição territorial, além de comportamentos temporais distintos entre os eventos notificados e os desfechos fatais. O crescimento das notificações, sem tendência linear estatisticamente significativa da mortalidade, demonstra que as duas dimensões não apresentam evolução temporal equivalente. Essa distinção constitui uma contribuição relevante da pesquisa, pois evidencia a necessidade de interpretar os registros de violência autoprovocada e de mortalidade de forma complementar, considerando as características próprias de cada sistema de informação.

A concentração das notificações e dos óbitos entre adolescentes e adultos jovens identifica uma parcela da população indígena que demanda atenção prioritária nas estratégias de vigilância e prevenção. As diferenças observadas entre os sexos, caracterizadas pela distribuição equilibrada das notificações e pelo predomínio masculino na mortalidade, demonstram que os perfis epidemiológicos dos eventos registrados e dos desfechos fatais não são coincidentes. A predominância do enforcamento, estrangulamento e sufocação entre os métodos registrados nos óbitos acrescenta uma característica importante à compreensão da mortalidade por suicídio nessa população. Paralelamente, a heterogeneidade territorial e a concentração de notificações e óbitos em diferentes Regiões de Saúde evidenciam a necessidade de estratégias regionalizadas, que considerem a diversidade demográfica, territorial e sociocultural dos povos indígenas do estado.

A pesquisa contribui para a caracterização epidemiológica da violência autoprovocada na população indígena tocantinense e oferece subsídios para o aprimoramento das ações de vigilância e atenção à saúde mental. Os achados reforçam a importância da articulação entre a atenção primária, a Rede de Atenção Psicossocial, os serviços de saúde indígena e as lideranças comunitárias, com ênfase na identificação de situações de sofrimento psíquico, na continuidade do cuidado e na construção de estratégias preventivas culturalmente adequadas. Entretanto, a utilização de dados secundários impõe limitações relacionadas à subnotificação, à incompletude dos registros, às possíveis inconsistências na classificação dos eventos e ao caráter preliminar das informações de 2025. A ausência de vinculação individual entre os sistemas e de denominadores populacionais anuais comparáveis também impede estabelecer riscos individuais e determinar a evolução das taxas populacionais de notificação e mortalidade ao longo de toda a série histórica. Nesse sentido, investigações futuras com indicadores populacionais regionalizados, aprimoramento da integração entre as bases de informação e incorporação das perspectivas das próprias comunidades indígenas apresentam potencial para aprofundar a compreensão do fenômeno e orientar políticas públicas mais equitativas, territorializadas e sensíveis às especificidades culturais dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo, J. A. P. *et al*. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. **The Lancet Regional Health – Americas,** 2023. DOI: 10.1016/j.lana.2023.100591. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X23001655. Acesso em: 12 ago. 2025.

Balbinot, J. V. L. *et al.* Fatores associados ao suicídio entre populações indígenas: uma revisão integrativa da literatura. **Revista PPC - Políticas Públicas e Cidades,** Curitiba, v. 15, n. 1, 2026. DOI: https://doi.org/10.23900/2359-1552v15n1-69-2026.

Baniwa, G.; Calegare, M. Fatores explicativos do suicídio pela visão indígena: uma revisão de literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas),** v. 41, 2024. DOI: 10.1590/1982-0275202441e230084pt. Disponível em: https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/13449. Acesso em: 12 set. 2025.

Bernardo Lima, L. G. **OS AKWẼ–XERENTE NO TOCANTINS território indígena e as questões socioambientais.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-11042017-082645/publico/2017_LayannaGiordanaBernardoLima_VCorr.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016b.

Brasil. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio [...]. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em: 12 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. **Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (Sinan).** Brasília, DF: MS. Acesso em: 10 ago. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. **Mortalidade – desde 1996 pela CID-10.** Brasília, DF: MS. Acesso em: 10 ago. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021.** Boletim Epidemiológico, v. 55, n. 04, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf. Acesso em: 12 set. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Tocantins 2024–2027.** 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/planos-distritais-2024-2027/plano-distrital-tocantins/view. Acesso em: 14 ago. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Relatório Situacional do Distrito Sanitário Especial Indígena Tocantins.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Acesso em: 30 ago. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim. Acesso em: 30 ago. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **VIVA/Sinan – Vigilância Contínua.** Brasília, DF, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-Sinan. Acesso em: 14 ago. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018.** Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 51, n. 37, set. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no37/view. Acesso em: 13 ago. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016a. 94 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas.** Brasília, DF: MS, 2007.

Conselho Indigenista Missionário (CIMI). **Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil - Dados de 2023.** Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2024/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2023-cim i.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

Conselho Indigenista Missionário (CIMI). **Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil - Dados de 2024.** Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://cimi.org.br/wp-

content/uploads/2025/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2024-cimi.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

Conselho Nacional De Secretários De Saúde (Brasil). **Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.** Brasília, DF: CONASS, 17 abr. 2016. Atualizado em: set. 2023. Disponível em: https://www.conass.org.br/tocantins/. Acesso em: 28 out. 2026.

Escobar, A. de M. P. R.; Arruda, M. de F. A.; Lorena Sobrinho, J. E. de. Cuidado aos adolescentes com comportamentos suicidas e autolesivos: o olhar dos profissionais de uma rede de serviços intersetoriais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 34, e34032, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434032pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/JBknknDSynxNSxStCnCwh4C/?lang=pt. Acesso em: 12 ago. 2025.

Fernandes, D. A. A. **O SUICÍDIO NO ESTADO DO TOCANTINS:** uma abordagem epidemiológica, socioambiental e psicossocial. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente, Universidade Federal do Tocantins, Palmas-TO, 2024. Disponível em: https://umbu.uft.edu.br/bitstream/11612/7604/1/Daniela%20Aparecida%20Araujo%20Fernandes%20-%20Tese.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

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). **Tocantins: panorama.** Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/panorama. Acesso em: 28 out. 2026.

Moura Junior, J. F. *et al*. Indicadores de Saúde Mental e Cobertura da Rede de Atenção Psicossocial para Populações Indígenas no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 30, p. e14552023, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320242911.14552023.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Suicide.** Genebra: OMS, 28 ago. 2026. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Acesso em: 28 out. 2026.

Ribeiro, N. M. **Análise dos Sistemas de Informação em Saúde SIM e Sinan em Relação ao Suicídio na Cidade de Uberaba/MG.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

Santiago, O. *et al*. El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública,** v. 36, n. 1, p. 55-65, 2018. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v36n1a07.

Silva, D. L.; Palha Junior, A. P.; Feitosa, M. Z. S. Juventude indígena e suicídio: diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades. **Revista Psicologia Política,** v. 19, n. 46, p. 556-569, 2019.

Souza, R. S. B. *et al*. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 44, e58, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.58. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e58/pt/. Acesso em: 21 set. 2025.

Tocantins. **Governo do Tocantins intensifica ações de prevenção ao suicídio em 21 municípios durante o Setembro Amarelo.** Palmas-TO, 2024. Disponível em:

https://www.to.gov.br/secom/noticias/governo-do-tocantins-intensifica-acoes-de-prevencao-ao-suicidio-em-21-municipios-durante-o-setembro-amarelo/76yj66lyzq9t. Acesso em: 20 out. 2025.

Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB nº 161/2012, de 29 de agosto de 2012.** Dispõe sobre a conformação das novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios. Palmas, TO: SES-TO, 2012. Disponível em https://central3.to.gov.br/arquivo/244723/. Acesso em: 04 out. 2026.

---

[1] Discente do Curso Superior de Medicina do Instituto Afya Faculdade de Ciências Médicas *Campus* Palmas - CEP 77017-004. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso Superior de Medicina do Instituto Afya Faculdade de Ciências Médicas *Campus* Palmas - CEP 77017-004. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Discente do Curso Superior de Medicina do Instituto Afya Faculdade de Ciências Médicas *Campus* Palmas - CEP 77017-004. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Discente do Curso Superior de Medicina do Instituto Afya Faculdade de Ciências Médicas *Campus* Palmas - CEP 77017-004. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Docente do Curso Superior de Medicina do Instituto Afya Faculdade de Ciências Médicas *Campus* Palmas - CEP 77017-004. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail