

Suicídio entre Quilombolas e Indígenas da Etnia Karajá

Alexandre Augusto de Castro Peleja, Leonardo Ferreira Caixeta

Universidade Federal de Goiás

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, CEP: 74605050, Brasil

alexandre_peleja@hotmail.com; leonardocaixeta1@gmail.com

Palavras-chave: Indígena, Suicídio, Karajá, Quilombolas

1 INTRODUÇÃO

Os povos indígenas são aqueles que se originaram e continuam a viver em um local ou ambiente em particular. Eles vivem em muitos lugares ao redor do mundo, mas poucos vivem em aldeias distantes da civilização e mantêm uma cultura de coleta e pesca como seus ancestrais há 10.000 anos atrás. Os Karajá da Amazônia Brasileira são um exemplo destes povos.

A população de etnia Karajá, que se encontra espalhada em diversas aldeias que abrangem os estados de Goiás, Mato Grosso e Tocantins (Figura 1), recebe cuidados do DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) Araguaia, sob responsabilidade da Coordenação Regional da FUNASA de Goiás, com sede na cidade de Goiânia – Goiás.



Figura 1. Localização de aldeia indígena Karajá no oeste do Estado do Tocantins.

Em diversas populações indígenas o suicídio é prevalente, sendo relatado entre os Guarani-Apapokuva, os Urubu-Kaapor, os Paresi e os Yanomani. 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. 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. Medidas para se evitar esta

pandemia e estruturar o sistema de saúde para seu pleno diagnóstico e tratamento são fundamentais, sobretudo para populações em risco e minorias étnicas, como é o caso dos povos indígenas.

O suicídio mata, oficialmente, um milhão de pessoas anualmente (WHO, 2009) em todo mundo e, aproximadamente, 30.000 pessoas nos Estados Unidos (Ilan et al., 2010). Vários autores têm chamado a atenção para a questão do sub-registro de mortes violentas e, em especial, para as mortes por suicídio nas sociedades urbanas e indígenas (Barros, 1991; Cassorla, 1991; Minayo, 1994).

Pesquisas mostram que 90% dos indivíduos que cometem suicídio sofrem de algum tipo de transtorno mental não tratado antes de sua morte (Moscicki, 2001), sendo que as taxas de suicídio (nos pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar) estão entre as maiores encontradas dentre os transtornos psiquiátricos (Cassidy, 2011). É estimado que nos Estados Unidos, há um suicídio a cada 18 minutos e uma tentativa de suicídio a cada minuto. De acordo com os dados mais recentes, mais de 31.000 pessoas morreram como resultado de suicídio em 2003.

Em média, 125 Alasquianos (gentílicos do Alasca) morrem por suicídio anualmente. Em todo o estado, o suicídio é a primeira causa de morte para aqueles com menos de 50 anos, e os nativos do Alasca são quatro vezes mais propensos a morrer por suicídio do que os não-nativos (Niven, 2007). O suicídio entre os povos indígenas provavelmente é sub-relatado devido a erros de classificação (de significado e de raça) (Clarke, 1997).

A Comissão sobre Povos Indígenas (1995) (Jordan, 1996) estima que 25% das mortes acidentais dos indígenas canadenses é na realidade suicídio, opinião apoiada por uma análise do suicídio entre povos indígenas da Colúmbia Britânica (província do Canadá) ao longo de cinco anos (Chandler; Lalonde, 1998).

Na Austrália, estatísticas precisas são comprometidas pela falta de dados específicos da comunidade, identificação racial, problemas de acessar dados de áreas remotas, dificuldades associadas com métodos culturalmente específicos e a categorização do suicídio (Graham et al., 2000). Como exemplo extremo, o fato de ser indígena não era registrado nos certificados de nascimento e óbito de Queensland (estado australiano) até meados da década de 90 (Stevenson et al., 1998).

A ausência de registros sistemáticos dos casos de suicídio entre os Tikúna (indígenas da Amazônia Brasileira), anteriores à década de 90, impossibilita

o estabelecimento de quaisquer parâmetros de comparação que permitam a afirmação da ocorrência de “aumento” ou de taxas “anormais” de suicídio na área (Hunter; Harvey, 2002). Esse sub-registro causa o déficit existente na assistência à saúde indígena.

Crianças Alasquianas nativas (de 10 anos de idade) foram vistas em salas de emergência de clínicas dos povoados por causa de tentativa de suicídio, e crianças de sete anos de idade reportaram ter ideação suicida (observação e experiência pessoal). Financeiramente, a carga econômica do suicídio no Alasca é enorme.

Problemas de definição, sub-notificação, falta de registro, diferentes práticas legistas e a influência da raça em procedimentos de investigação fazem as comparações de taxas de suicídio entre populações indígenas problemáticas.

O termo Quilombola, utilizado neste estudo, designa os descendentes de escravos negros, os quais os antepassados, no período da escravidão, fugiram de engenhos de cana-de-açúcar e fazendas para viver em quilombos, que são comunidades autônomas formadas por estes escravos.

O suicídio entre negros estadunidenses está aumentando a uma taxa alarmante, principalmente nos últimos 50 anos, sendo necessário receber atenção de vários setores da sociedade (Chance et al., 1998). O contexto sociocultural é um fator significativo na análise sobre o suicídio nessa população, além das doenças psiquiátricas (Gary et al., 2003).

A terceira principal causa de morte entre adolescentes nos Estados Unidos é o suicídio, incluindo os adolescentes negros (Kochanek et al., 2004). De fato, vários estudos têm demonstrado que indivíduos negros, do sexo masculino, são mais propensos a cometer suicídio antes de 35 anos, quando comparados com indivíduos caucasianos do sexo masculino (Garlow et al., 2005; Joe et al., 2006; Willis et al., 2003).

Historicamente, as taxas de suicídio entre adolescentes e adultos jovens negros têm sido relativamente baixa, quando comparada com caucasianos (O'Donnell et al., 2004). No entanto, a diferença nas taxas de suicídio entre esses dois grupos diminuiu por causa de um recente aumento de suicídios entre os jovens negros estadunienses (Borowsky et al., 2001; Joe, 2008; Price et al., 2004).

As diferenças raciais nas taxas de suicídio entre brancos e negros do sexo masculino, com idade entre 15 a 24 anos, caiu de 1,83 em 1981 para 1,45 em

2.004(Joe, 2008). Além disso, de 1980 a 1995, houve um aumento de 126% nas taxas de suicídio entre os negros estadunienses entre as idades de 15 e 19 anos (Center, 1998). Durante este mesmo período, houve um aumento de 233% de suicídio entre os negros entre as idades de 10 e 14 anos. Certamente, o comportamento suicida tem emergido como um problema de saúde crucial para os negros estadunienses, particularmente entre jovens do sexo masculino (Goldsmith et al., 2002; U. S. Public Health, 2000).

Quanto aos brasileiros indígenas e quilombolas, nada se sabe sobre a presença de transtornos mentais. Este fato repercute no grave desconhecimento do sistema de saúde sobre as necessidades de atenção destas populações, que ainda não conta com assistência específica neste grupo de doenças que é considerado epidêmico na América Latina.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever as características demográficas e transtornos mentais relacionados com a ideação suicida em um grupo de indígenas e quilombolas com transtornos mentais, em comparação com pacientes indígenas e quilombolas com transtorno mental sem pensamentos suicidas.

3 METODOLOGIA

Constitui a população em estudo indígenas amazônicos da etnia Karajá, que vivem isolados em aldeias na Ilha do Bananal, e quilombolas Kalungas_ habitam uma área de 230 mil hectares no nordeste de Goiás. A população indígena é constituída por indivíduos de ambos os sexos e idade a partir de 10 anos, que tenham queixa de distúrbios mentais e que estejam aguardando atendimento no Centro de Saúde Indígena de Goiânia. A população Kalunga é constituída Participaram apenas indivíduos que consentirem livremente em colaborar com a pesquisa. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (processo nº 25000.092097/2006-01).

O desenho do estudo é prospectivo, transversal, com uma série de casos. Foram avaliados cem casos seqüenciais de pacientes indígenas que procuraram

serviços de atenção primária em saúde mental e 30 pacientes quilombolas portadores de transtornos mentais. Todos os pacientes foram submetidos a exame clínico, complementar e psicopatológico por médico psiquiatra com formação antropológica (Leonardo Ferreira Caixeta). Os diagnósticos psiquiátricos foram formulados de conformidade com o DSM-IV (1994). A caracterização como fazendo parte do grupo de ideação/tentativa de suicídio foi feita através de dados colhidos na anamnese e no exame psicopatológico, bem como através de duas perguntas, traduzidas para a língua Karajá, nesta amostra: (1) Você já tentou se matar? (2) Você já teve idéias de se auto-exterminar?

Os pacientes com ideação/tentativa de suicídio foram comparados em termos demográficos com o restante da amostra de 100 indivíduos portadores de distúrbios mentais que não apresentavam ideação/tentativa de suicídio.

4 RESULTADOS

Em relação às características demográficas da amostra de 100 pacientes indígenas Karajá, os homens predominaram, com 63,0%. O grupo etário que apresentou maior número de indivíduos foi dos adolescentes e adultos jovens, 10 a 24 anos, representando 38,0% da amostra. Houve uma equidade quantitativa entre os sexos nessa categoria, pois os homens retratam 38,1%, enquanto as mulheres contribuíram com 37,8%. O reduzido número de indivíduos com mais de 45 anos (15,0%) mostra a baixa expectativa de vida dos indígenas brasileiros.

Ligeira predominância dos pacientes casados ou vivendo como casados, com 54,4%, contudo observamos o predomínio de mulheres casadas ou vivendo como casadas (62,5%), contrastando com 90,0% de homens que nunca casaram (Tabela I).

Tabela I. Características Demográficas da Amostra de Karajás, % (95% IC)

	Combinado (n=100)	Homem	Mulher
Sexo			
Homem (n=63)	63,0 (52,8 - 72,4)		
Mulher (n=37)	37,0 (27,6 - 47,2)		
Idade (n=100)			
*10-24 (n=38)	38,0 (28,5 - 48,3)	38,1 (26,1 - 51,2)	37,8 (22,5 - 55,2)
25-34 (n=28)	28,0 (19,5 - 37,9)	27,0 (16,6 - 39,7)	29,7 (15,9 - 47,0)
35-44 (n=19)	19,0 (11,8 - 28,1)	17,5 (9,1 - 29,1)	21,6 (9,8 - 38,2)
≥ 45 (n=15)	15,0 (8,6 - 23,5)	17,5 (9,1 - 29,1)	10,8 (3,0 - 25,4)
Estado Civil (n=44)			
Nunca casou (n=20)	45,5 (30,4 - 61,2)	90,0 (68,3 - 98,8)	10,0 (1,2 - 31,7)
Casado ou vivendo como casado (n=24)	54,5 (38,8 - 69,6)	37,5 (18,8 - 59,4)	62,5 (40,6 - 81,2)

A idade média do grupo ideação/tentativa suicida encontrada foi de 30,83 anos ($\pm 12,85$), com predominância do sexo masculino (65,0%), lembrando que os homens representaram 63% da amostra total de 100 pacientes (Tabela I). A maioria dos pacientes, com ideação suicida, era casada (60,0%). Os transtornos psiquiátricos mais freqüentemente associados à ideação/tentativa de suicídio foram: Transtorno Afetivo (95,0%), seguida pelo Transtorno Bipolar (50,0%) e Transtorno Depressivo (45,0%). Quando separados em dois grupos distintos, a prevalência de ideação suicida revelou-se maior que a tentativa de suicídio, pois 20 pacientes apresentaram ideação suicida e 3 desse grupo tentaram efetivamente o suicídio. Para tratamento, a principal classe de medicamentos utilizada foi a dos Antidepressivos (66,7%). Interessante notar que foi prescrito Estabilizador de Humor apenas para 13,3% dos pacientes com ideação/tentativa de suicídio, o que aumenta o risco de efetivação da tentativa de suicídio (Tabela II).

Tabela II. Prevalência na Amostra de Karajás de Ideação Suicida, % (95% IC)

	Ideação Suicida
Sexo	
Combinado (n=20)	20,0 (12,7-29,2)
Homem (n=13)	65,0 (40,8-84,6)
Mulher (n=7)	35,0 (15,4-59,2)
Idade	
*10-24 (n=12)	60,0 (36,1 - 80,9)
25-34 (n=4)	20,0 (5,7 - 43,7)
35-44 (n=3)	15,0 (3,2 - 37,9)
≥ 45 (n=1)	5,0 (0,1 - 24,9)
Estado Civil (n=10)	
Nunca casou (n=4)	40,0 (12,2-73,8)
Casado ou vivendo como casado (n=6)	60,0 (26,2-87,8)
Transtornos	
Transtorno Afetivo (n=19)	95,0 (75,1 - 99,9)
Transtorno Bipolar (n=10)	50,0 (27,2 - 72,8)
Transtorno Depressivo (n=9)	45,0 (23,1 - 68,5)
Dependência Alcoólica (n=9)	45,0 (23,1 - 68,5)
Transtorno Psicótico (n=5)	5,0 (1,6 - 11,3)
Síndrome Orgânica (n=4)	20,0 (5,7 - 43,7)
Dependência de Álcool e Outras Drogas (n=4)	20,0 (5,7 - 43,7)
Transtorno de Ansiedade (n=2)	10,0 (1,2 - 31,7)
Tratamento para Transtornos Psiquiátricos	
Antidepressivos (n=10)	66,7 (38,4 - 88,2)
Antipsicótico (n=2)	13,3 (1,7 - 40,5)
Estabilizador de Humor (n=2)	13,3 (1,7 - 40,5)
Agonista Opióide (n=1)	6,7 (0,2 - 31,9)

A característica demográfica idade (10 a 24 anos) da amostra de pacientes com ideação/tentativa de suicídio apresenta correlação estatisticamente significativa, com valor de $p < 0,05$. As variáveis como sexo, estado civil e idade maior que 25 anos de idade não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a ideação/tentativa de suicídio (Tabela III). Na amostra de 30 pacientes quilombolas portadores de transtornos mentais, três apresentavam ideação suicida no contexto de Transtorno Afetivo Bipolar.

Tabela III. Correlações Demográficas da Amostra de Karajás com Ideação Suicida, RR (95% IC)

	Ideação suicida vs Não Ideação suicida
Sexo	
Homen	1,09 (0,47 - 2,48)
Mulher	0,92 (0,40 - 2,09)
Idade	
*10-24	p<0,05
25-34	0,64 (0,23 - 1,75)
35-44	0,75 (0,24 - 2,30)
≥ 45	0,29 (0,04 - 2,06)
Estado Civil	
Nunca casou	0,80 (0,26 - 2,44)
Casado ou vivendo como casado	1,25 (0,40 - 3,82)

A Ideação Suicida apresentou correlação estatisticamente significativa com o Transtorno Afetivo ($p < 0,001$), sendo que a correlação com o Transtorno Bipolar apresentou valor de $p < 0,01$, enquanto o Transtorno Depressivo não se correlacionou significativamente. Os outros Transtornos Psiquiátricos abaixo não se correlacionaram com a Ideação Suicida de forma significativa (Tabela IV).

Tabela IV. Associação de Comorbidades na Amostra de Karajás, RR (95% IC)

	Ideação Suicida
Transtorno Depressivo	2,00 (0,93 - 4,31)
Transtorno Bipolar	p<0,01
Dependência Alcoólica	1,00 (0,45 - 2,19)
Dependência de Álcool e Outras Drogas	1,67 (0,66 - 4,23)
Transtorno Afetivo	p<0,001
Síndrome Orgânica	0,75 (0,27 - 2,03)
Transtorno Psicótico	0,32 (0,04 - 2,22)
Transtorno de Ansiedade	1,12(0,30 - 4,08)

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, 65.0% (n=13) dos pacientes que relataram ideação/tentativa de suicídio eram homens, porém lembrando que no grupo geral de onde foi extraída essa amostra havia forte predominância do sexo masculino, representando 63.0% da amostra.

Os homens solteiros apresentam mais casos de transtornos psiquiátricos (90,0%), ao contrário das mulheres que apresentam mais doença mental na condição de casada (62,5%), como observamos na Tabela I. Maior parte constituída de baixíssima escolaridade pelo estado de isolamento desta comunidade.

O grupo de adolescentes e adultos jovens, 10 a 24 anos, representam 60.0% (n=12) dos indivíduos com ideação/tentativa de suicídio, o que sugere o maior risco de transtornos psiquiátricos associados a essa faixa etária.

O transtorno mental prevalente entre os indígenas com ideação suicida foi o Transtorno Afetivo, com 95.0% (n=19), sendo que dentre esses 19 pacientes, 57,9% (n=11) são do grupo jovem. Esse dado pode refletir tanto a maior sobrecarga de estresse sobre o grupo de adolescentes e adultos jovens, uma vez que representa uma fase de transição da condição de criança para adulto, lembrando que na estrutura Karajá não existe o conceito da adolescência. Essa maior sobrecarga de estresse não se dá apenas do ponto de vista psico-socio-cultural, mas também do biológico, por se tratar de fase de intensa modificação hormonal, na qual o cérebro ainda está em processo de amadurecimento, talvez por isso susceptível a doenças mentais mais graves.

Em concordância com dados da literatura mundial, observa-se na nossa amostra também uma maior associação de ideação/tentativa de suicídio com Transtorno do Humor ($p < 0,001$). Entre eles destaca-se a maior porcentagem desses

pacientes com Transtorno Bipolar (50,0%; n=10), com valor de $p < 0,01$; seguido do Transtorno Depressivo (45,0%; n=9) e Dependência Alcoólica (45,0%; n=9).

Nenhum dos indivíduos portadores de Transtorno Bipolar estava fazendo uso de Estabilizador do Humor ou de Antipsicótico, tornando essa população especialmente vulnerável ao suicídio.

Os antropólogos tendem a explicar o suicídio entre indígenas de uma forma simplista e superficial, justificando tais atos do ponto de vista sócio cultural, um retorno às teorias sociogênicas da doença mental do século XIX.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sintomas depressivos não tratados é um fator de risco primário para suicídio. Este estudo aponta para a necessidade de identificação precoce e acurada e a necessidade de encaminhamento de indivíduos que podem ter um transtorno mental pouco aparente e que conseqüentemente têm um risco aumentado de se auto-lesionar.

A amostra de quilombolas Kalungas não foi numericamente significativa para permitir uma análise mais fidedigna da população quilombola que habita do nordeste do estado de Goiás.

Sociólogos e antropólogos têm atribuído às ocorrências de suicídio indígena ao progressivo contato com o não-índio. Dentro desta tese, as mulheres Karajá (muito menos expostas à civilização que os homens), deveriam apresentar índices de suicídio significativamente menores, o que não aconteceu com esta amostra.

REFERÊNCIAS

Barros, MBA. "As Mortes por suicídio no Brasil". In: **Do suicídio: Estudos brasileiros** (Roosevelt M. S. Cassorla, org.), pp. 41-53, Campinas: Papirus, 1991.

Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. **Adolescent suicide attempts: risk and protectors. Pediatrics.** 2001;107(3):485–493.

Cassorla, RMS. **Do suicídio: Estudos brasileiros.** Campinas: Papirus, 1991.

Cassidy F. **Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. Suicide Life Threat Behav.** 2011 Feb;41(1):6-11.

Centers for Disease Control and Prevention. Suicide among African-American youths—United States, 1980–1995. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** 1998;47:193–196

Chance SE; Kaslow NJ; Summerville MB; Wood K. Suicidal behavior in African American individuals: current status and future directions. **Cult Divers Ment Health**;4(1):19-37, 1998.

Chandler MJ, Lalonde C. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. **Transcultural Psychiatry**, 1998; 35: 191–219.

Clarke VA, Frankish CJ, Green LW. Understanding suicide among indigenous adolescents: a review using the PRECEDE model. **Injury Prevention** 1997; 3: 126–34.

Erthal, R.; O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2):299-311, mar-abr, 2001.

Garlow SJ, Purselle D, Heninger M. Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle. **Am J Psychiatry**. 2005;162:319–323.

Gary FA, Yarandi HN, Scruggs FC. Suicide among African Americans: reflections and a call to action. **Issues Ment Health Nurs.** 2003 Apr-May;24(3):353-75.

Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington: Institute of Medicine, **National Academies Press**; 2002

Graham A, Reser J, Scuderi C, Zubrick S, Smith M, Turley B. Suicide: an Australian psychological discussion paper. **Aust. Psychologist** 2000;35: 1–28.

Hunter E, Harvey D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada, and the United States. **Emerg Med (Fremantle)**. 2002 Mar; 14 (1):14-23.

Ian RH, Shuhui W, Steven S, Diego L, James L, Alan MD,1 Rheeda LW, Nestor DK. Race/ethnicity and potential suicide misclassification: window on a minority suicide paradox? **BMC Psychiatry**. 2010; 10: 35.

Joe S. Suicide patterns among black males. In: Anderson E, editor. *Against the Wall: Poor, Young, Black, & Male*. Philadelphia: **University of Pennsylvania Press**; 2008. pp. 218–241.

Joe S, Baser R, Breeden G, Neighbors HW, Jackson J. Prevalence of and risk factors of lifetime suicide attempts among Blacks in the United States. **JAMA**. 2006;296(17):2112–2123.

Jordan B. *A Theory of Poverty and Social Exclusion*. Cambridge: **Polity Press**, 1996.

Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: Final Data for 2002. Hyattsville: **National Center for Health Statistics**; 2004.

Minayo, MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 10:07-18, 1994.

Moscicki, EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. **Clinical Neuroscience Research** 2001; 1: 310-23.

Niven JA. Screening for depression and thoughts of suicide: a tool for use in alaska's village clinics. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research*; 2007, Vol. 14 Issue 2, p16-28.

O'Donnell L, O'Donnell C, Wardlaw DM, Stueve A. Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *Am J Community Psychol*. 2004;33:37-49.

Price JH, Thompson AJ, Dake JA. Factors associated with state variations in homicide, suicide, and unintentional firearm deaths. *J Health Commun*. 2004;29(4):271-283.

Stevenson MR, Wallace LJD, Harrison J, Moller J, Smith RJ. At risk in two worlds. Injury mortality among indigenous people in the US and Australia, 1990-92. *Aust. N. Z.J.Public Health*1998; 22: 641-4.

U. S. Public Health Service. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide*, 1999. Washington: U. S. Public Health Service; 2000.

Willis LA, Coombs DW, Drentea P, Cockerham WC. Uncovering the mystery: factors of African American suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2003;33(4):412-429.

World Health Organization. *Suicide Prevention* (Supre)
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Accessed December 3, 2009.