

Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil

Mortality by suicide: a focus on municipalities with a high proportion of self-reported indigenous people in the state of Amazonas, Brazil

Jesem Douglas Yamall Orellana¹

Paulo Cesar Basta^{II}

Maximiliano Loiola Ponte de Souza¹

Este artigo foi desenvolvido no âmbito do "Programa de Núcleos de Excelência – FAPEAM/CNPq, projeto "Saúde e condições de vida de povos Indígenas na Amazônia" e contou com suporte financeiro do Instituto Brasil Plural.

¹Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz – Manaus (AM), Brasil.

^{II}Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência: Maximiliano Loiola Ponte de Souza. Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Terezina, 476, sala 201-F, Adrianópolis, CEP: 69057-070, Manaus, AM, Brasil.
E-mail: maxkaelu@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Resumo

Objetivo: analisar as taxas de mortalidade e descrever as características demográficas e epidemiológicas dos suicídios registrados no Estado do Amazonas. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo com ênfase nos municípios que apresentaram, simultaneamente, elevadas taxas de mortalidade e elevadas proporções de população autodeclarada indígena, com base nos dados de 2005 – 2009 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** Na população geral do Amazonas foi reportada taxa de mortalidade por suicídio de 4,2/100.000 habitantes, semelhante a de Manaus (4,6/100.000 habitantes). Em contraposição em Tabatinga (25,2/100.000 habitantes), em São Gabriel da Cachoeira (27,6/100.000 habitantes) e em Santa Isabel do Rio Negro (36,4/100.000 habitantes), municípios nos quais a proporção de população autodeclarada indígena é alta, além de taxas notadamente superiores, observou-se que a maioria dos suicídios ocorreu em homens; em jovens de 15 – 24 anos; no domicílio; por enforcamento; no "fim de semana" e em indígenas. **Discussão:** Nossos achados revelam que o suicídio desponta como um sério problema de saúde pública em alguns municípios do Amazonas, indicando ainda que o evento ocorre em um contexto particular e que a dimensão e a magnitude do problema possa ser ainda mais grave em populações ou territórios formados exclusivamente por indígenas.

Palavras-chave: Epidemiologia. Suicídio. Saúde indígena. Etnicidade. Desigualdades em saúde. Amazônia brasileira.

Abstract

Objective: To analyze mortality rates and to describe the demographic and epidemiological characteristics of suicides recorded in the state of Amazonas. **Methods:** A descriptive and retrospective study has been carried out with emphasis on municipalities, which have shown, simultaneously, a high mortality rates and a high proportion of self-reported indigenous population, based on 2005 – 2009 data as provided by the Informatics Department of the Unified National Health System. **Results:** Among the general population of the state of Amazonas, the mortality rate, by suicide, of 4.2/100.000 inhabitants has been reported, similar to that of Manaus (4.6/100.000 inhabitants). In contrast, at Tabatinga (25.2/100.000 inhabitants), at São Gabriel da Cachoeira (27.6/100.000 inhabitants) and at Santa Isabel do Rio Negro (36.4/100.000 inhabitants), municipalities, where the proportion of self-reported indigenous population is high, besides the taxes being notably higher, it was observed that most of the suicides has occurred among men; among young men aged between 15 – 24 years; at home; by hanging; during “weekend” and among the indigenous population. **Discussion:** Our findings have unveiled that suicide comes forth as a serious public health issue in some municipalities in the state of Amazonas, further indicating that the event occurs within very specific contexts, and that the dimension and the magnitude of the problem can be even more serious among populations or in territories exclusively inhabited by indigenous people.

Keywords: Epidemiology. Suicide. Indigenous health. Ethnicity. Health inequalities. Brazilian Amazon.

Introdução

No Brasil, durante as três últimas décadas, a mortalidade decorrente de causas externas (violências, lesões, acidentes etc.) aumentou e ocasionou impactos significativos nas estatísticas vitais. Recentemente, o suicídio destacou-se em algumas regiões como uma das principais causas de morte dentre este grupo de causas¹.

Recente estudo demonstrou que, no Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 4,8/100.000 habitantes registrada em 2008 é considerada baixa². No entanto, tanto as taxas como as características da mortalidade por suicídio no país apresentam notáveis desigualdades regionais e variações na sua distribuição entre grupos de idade, sexo e origem étnica³. Mesmo diante da relevância epidemiológica da mortalidade por suicídio em algumas regiões do país, bem como as diferenças em seu comportamento, nota-se que os estudos disponíveis sobre o tema são escassos e, em geral, direcionados para as realidades das regiões sul e sudeste^{4,5}.

Na região norte do Brasil, no triênio 2004 – 2006, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,3/100.000 habitantes. Embora este valor possa ser igualmente considerado baixo, representa um valor 60% maior do que o observado no período de 1980 – 1982⁶. Já no estado do Amazonas há evidências que apontam para o incremento da mortalidade por suicídio, sobretudo entre os menores de 60 anos, no período de 1980 a 2005⁷.

Os raros estudos disponíveis sobre a temática do suicídio no Amazonas foram realizados em contextos específicos e/ou circunscritos a pequenos espaços geográficos e sinalizam para a importância do suicídio em populações indígenas⁸⁻¹⁰. Situação semelhante foi relatada por uma série de autores que indicaram o suicídio como importante problema de saúde pública em populações etnicamente diferenciadas de diversas partes do mundo¹¹⁻¹⁴.

Com a intenção de ampliar o conhecimento acerca do suicídio em populações etnicamente diferenciadas no Brasil, o objetivo deste estudo foi analisar as taxas

de mortalidade e descrever características demográficas e epidemiológicas dos suicídios registrados no estado do Amazonas durante o período 2005 – 2009.

Métodos

O Estado do Amazonas ocupa uma área de 1.559.161,682 km², representando algo em torno de 30% da Amazônia Legal Brasileira. Atualmente, quase 20% da população autodeclarada indígena no Brasil reside no Amazonas, e nele estão localizadas pouco mais de 30% da totalidade das terras indígenas demarcadas e homologadas no país. De acordo com último censo nacional, a população do Amazonas soma 3.483.985 habitantes, dentre os quais, 4,8% são autodeclarados indígenas, proporção aproximadamente 10 vezes maior que a registrada no Brasil como um todo¹⁵. Mais da metade da população do Amazonas reside na capital Manaus e o restante dessa população encontra-se dispersa nos demais 61 municípios, todos considerados de pequeno porte¹⁵.

Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo sobre a mortalidade por suicídio no Estado do Amazonas para o período de 2005 a 2009, com base nos dados registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que tem como fonte primária de informação as Declarações de Óbito (DO)¹⁶.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, utilizou-se no numerador os óbitos que tiveram sua causa básica codificada no intervalo de categorias de dois dígitos X60 a X84 (lesões autoprovocadas voluntariamente) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹⁷. Conforme recomenda a OMS², utilizou-se no denominador as estimativas populacionais dos maiores de cinco anos de idade provenientes do censo demográfico nacional de 2000 e suas respectivas projeções censitárias para os anos de 2005 – 2009¹⁵, sem qualquer estratificação por categoria de raça/cor.

Do total de 62 municípios do Amazonas, selecionaram-se aqueles com alta proporção de população autodeclarada indígena (superior a 25%). No período em estudo, a capital Manaus concentrou aproximadamente 50% da população do estado, sendo que desse total apenas 0,2% se autodeclarou indígena no censo nacional de 2010¹⁵. Apesar da baixa representatividade de autodeclarados indígenas, Manaus foi incluída na análise com a finalidade de estabelecer comparações com os municípios selecionados.

As taxas de mortalidade por suicídio foram agrupadas em cinco categorias, a saber: nulas (zero); baixas (0,1 a 4,9 mortes/100.000 habitantes); médias (5,0 a 14,9 mortes/100.000); altas (15,0 a 29,9 mortes/100.000) e muito altas (30,0 ou mais mortes/100.000), a partir da proposição de Diekstra e Gulbinat¹⁸.

A caracterização demográfica das pessoas que cometeram suicídio foi realizada mediante a utilização das variáveis sexo, estado civil, idade e raça/cor. Lembramos que o campo raça/cor na DO é preenchido por heteroclassificação, uma vez que não é possível o cadáver se autoclassificar.

Já a caracterização epidemiológica foi realizada de acordo com as variáveis local de ocorrência (casa, hospital etc.), método para cometer o suicídio e dia da semana da morte. Os dias da semana foram divididos em fim de semana (sexta-feira, sábado e domingo) e não fim de semana (segunda a quinta-feira). As características demográficas e epidemiológicas foram analisadas comparativamente entre os municípios selecionados, a capital e o estado.

A análise descritiva dos dados compreendeu a geração de frequências relativas, absolutas e medianas. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para a comparação de proporções e o de Mann-Whitney U para a comparação das medianas. O nível de significância estatística considerado foi $p < 0,05$. A entrada de dados e suas respectivas análises foram realizadas com o auxílio do *software* SPSS versão 20.0. Com o uso do aplicativo ArcGis versão 9.3 foi construído um mapa temático sobre as

taxas de mortalidade por suicídio, tendo os municípios do Estado do Amazonas como unidade de análise espacial.

Por se tratar de estudo com dados públicos disponíveis em *site* oficial do Ministério da Saúde, não houve a necessidade de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Durante o período analisado foram registrados 615 óbitos por suicídio nos 62 municípios do Amazonas. Desse total, 75% ocorreram nos municípios de Manaus (349), Tabatinga (50), São Gabriel da Cachoeira (45) e Santa Isabel do Rio Negro (18).

A taxa de mortalidade por suicídio no Amazonas foi estimada em 4,2/100.000 habitantes. Em 34 municípios (54,8%), as taxas de mortalidade por suicídio foram consideradas baixas, incluindo a capital Manaus (4,6/100.000), e em 10 (16,1%) foram consideradas médias. Dois municípios (3,2%), São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga apresentaram taxas de mortalidade por suicídio altas, com valores de 27,6/100.000 habitantes e 25,2/100.000 habitantes, respectivamente. Em apenas um município (1,6%), Santa Isabel do Rio Negro, a taxa de mortalidade por suicídio foi considerada muito alta, 36,4/100.000 (Figura 1). Em contrapartida, em 15 municípios (24,2%) as taxas foram nulas, ou seja, não foram registrados óbitos por suicídio.

Do total de 62 municípios amazonenses, 9 (14,5%) apresentaram proporção superior a 25% de autodeclarados indígenas em sua população. Desse subgrupo, somente, São Gabriel da Cachoeira (76,6%), Santa Isabel do Rio Negro (59,2%) e Tabatinga (28,4%) foram incluídos no grupo dos municípios selecionados para análise, por apresentarem concomitantemente taxas de mortalidade por suicídio altas e/ou muito altas e alta proporção de população autodeclarada indígena.

Embora se tenha observado taxas de mortalidade por suicídio altas ou muito altas

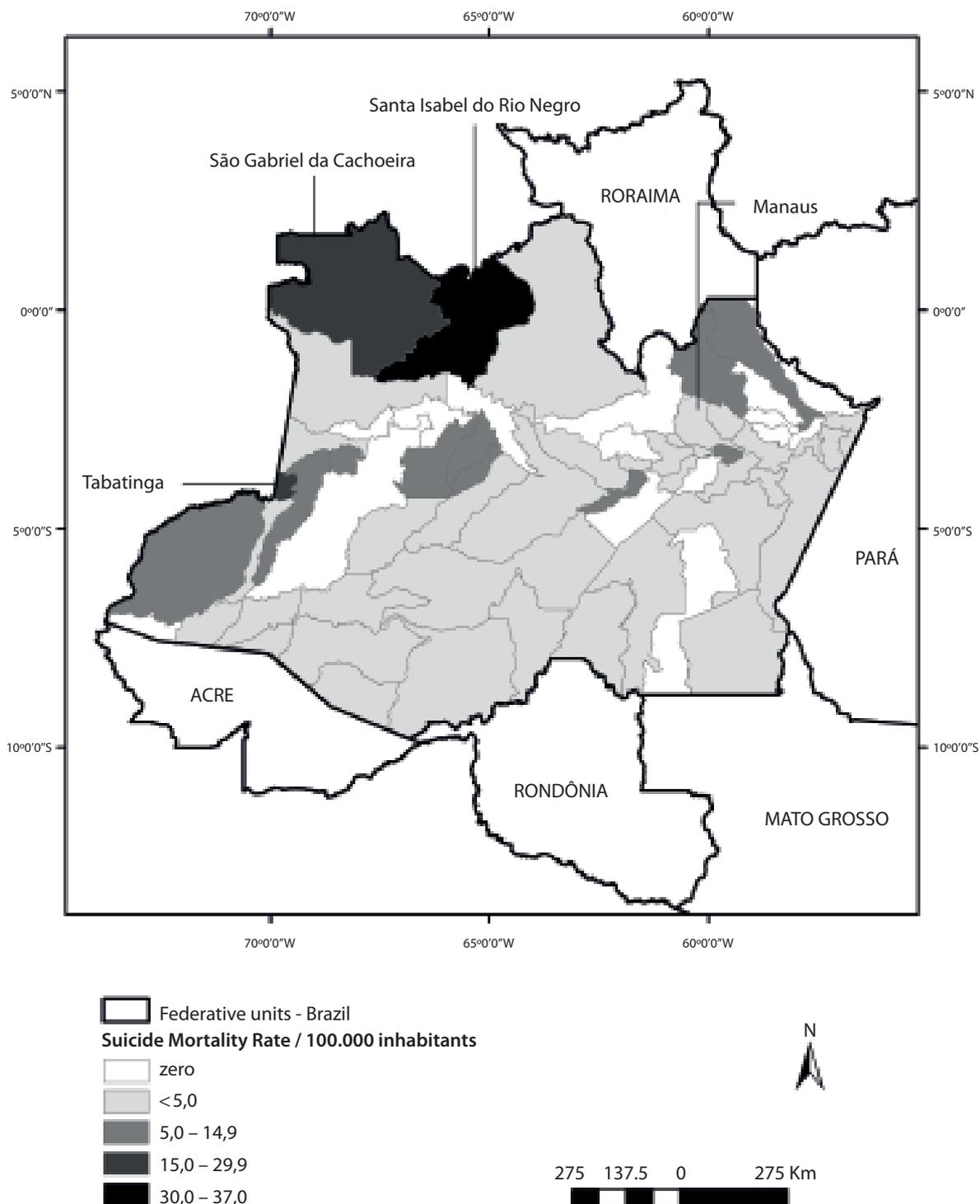
em diferentes grupos etários nos municípios selecionados, com marcada exceção para aqueles situados nos extremos etários, os valores mais elevados foram registrados entre os jovens de 15 a 24 anos. Nos jovens dos municípios selecionados, as taxas de mortalidade por suicídio foram consideradas muito altas, aproximadamente, 10 vezes superiores às observadas em Manaus e no estado como um todo (Tabela 1).

Além disso, entre os jovens, o suicídio despontou como a principal causa de morte em Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga, sendo responsável por mais de 25% dos óbitos nesses municípios. No Amazonas como um todo e em Manaus, o suicídio não figurou dentre as três principais causas de óbito entre os jovens (Figura 2).

Aproximadamente 80% de todos os suicídios registrados nos municípios selecionados e 20% no estado ocorreram entre pessoas identificadas como indígenas nas declarações de óbito (Tabela 2). No entanto, em Manaus não houve registro de suicídio em indígenas.

Em todos os contextos analisados houve predomínio de casos no sexo masculino (> 80%) e de solteiros (> 75%). A mediana de idade das pessoas que cometeram suicídio nos municípios selecionados (21 anos) foi significativamente menor que a observada em Manaus (27 anos) ($p = 0,0001$). Mais de $\frac{3}{4}$ dos suicídios ocorreram no domicílio, independentemente do contexto analisado.

Observou-se uma menor proporção de suicídio em hospitais nos municípios selecionados (5,3%), em comparação a Manaus (11,5%), porém sem significância estatística ($p = 0,09$). Um percentual significativamente superior de suicídios ($p = 0,01$) foi observado durante os dias de fim de semana nos municípios selecionados (63,7%), quando comparados a Manaus (47,8%). O principal meio utilizado para cometer o suicídio foi o enforcamento, tanto nos municípios selecionados (91,1%) como em Manaus (86,5%), sem diferença estatística ($p = 0,09$).



Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).
 Source: Adapted from the System of Information about Mortality from Informatics Department of the Unified National Health System (DATASUS).

Figura 1 - Distribuição espacial das taxas de mortalidade por suicídio nos municípios do estado do Amazonas, Brasil, 2005 – 2009.

Figure 1 - Spatial distribution of suicide mortality rates in the municipalities of the State of Amazonas, Brazil, 2005 – 2009.

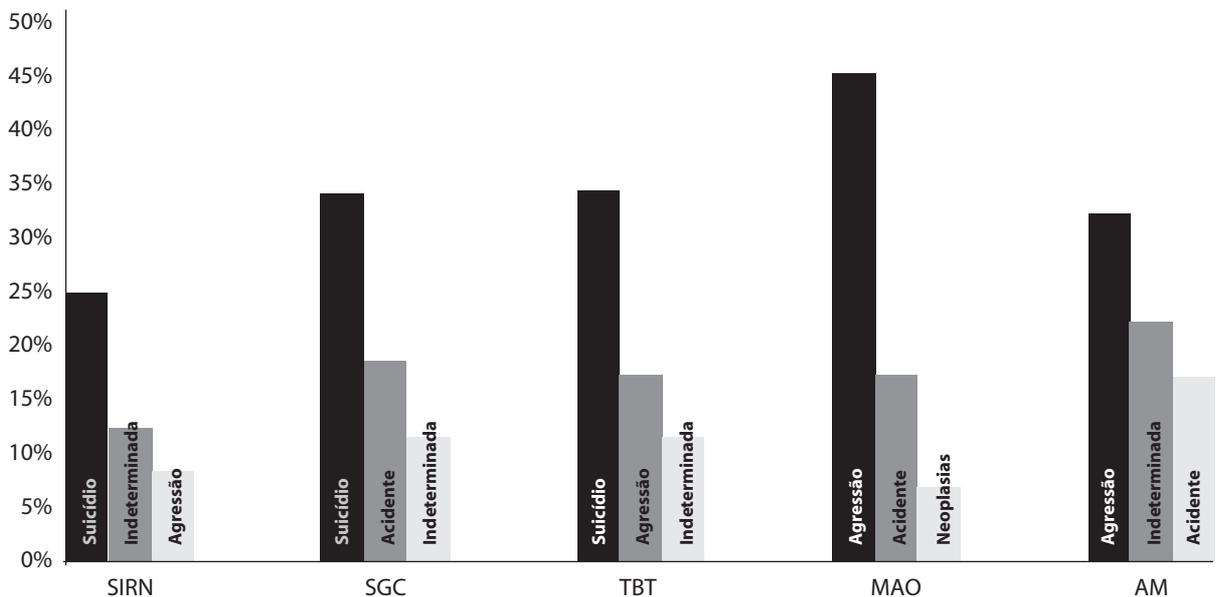
Tabela 1 - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária, nos municípios de Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Manaus, assim como no Estado do Amazonas, Brasil, 2005 – 2009.

Table 1 - Mortality rates suicide, by age group in the municipalities of Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga and Manaus, as well as the State of Amazonas, Brazil, 2005 – 2009.

	Santa Isabel do Rio Negro	São Gabriel da Cachoeira	Tabatinga	Manaus	Amazonas
5 – 14 anos	0,00	6,5	11,6	0,9	1,0
15 – 24 anos	84,1	67,6	59,9	6,8	7,2
25 – 34 anos	61,1	26,6	28,4	6,7	6,0
35 – 44 anos	37,9	33,9	0,00	4,0	4,1
45 – 54 anos	55,4	7,5	7,2	4,1	3,7
55 – 64anos	0,00	0,00	11,8	3,9	3,0
65 anos ou +	0,00	0,00	12,4	4,3	2,6
Total	36,4	27,6	25,2	4,6	4,2

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Source: Adapted from the System of Information about Mortality from Informatics Department of the Unified National Health System (DATASUS).



SIRON: Santa Isabel do Rio Negro; SGC: São Gabriel da Cachoeira; TBT: Tabatinga; MAO: Manaus; AM: Amazonas.

Fonte: Adaptado do Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Source: Adapted from the System of Information about Mortality from Informatics Department of the Unified National Health System (DATASUS).

Figura 2 - Mortalidade proporcional em jovens (15 a 24 anos) de Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Manaus e Amazonas, Brasil, 2005 – 2009.

Figure 2 - Proportional mortality in youngs (15 to 24 years old) of Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Manaus and state of Amazonas, Brazil, 2005 – 2009.

Tabela 2 - Características demográficas e epidemiológicas dos óbitos por suicídio registrados nos municípios selecionados (Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga), em Manaus e no Estado do Amazonas, no período de 2005 – 2009.

Table 2 - Demographic and epidemiological characteristics of deaths by suicide recorded in "selected municipalities" (Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga) in Manaus and the State of Amazonas, in the period 2005 – 2009.

	Municípios Selecionados (n = 113) %	Manaus (n = 349) %	Amazonas (n = 615) %
Raça/cor			
Indígena	78,8	0,0	17,2
Parda	20,4	86,5	71,7
Outras	0,8	8,9	8,5
Ignorada	0	4,6	2,6
Sexo			
Masculino	83,2	82,5	82,9
Mediana da idade	21	27	25
Estado civil			
Solteiro	79,5	77,4	78,9
Casado	12,5	13,5	12,8
Outros	3,6	5,4	4,6
Ignorado	4,5	3,7	3,7
Local de ocorrência			
Domicílio	86,7	75,4	77,4
Hospital	5,3	11,5	9,6
Outros	7,1	12,9	12,7
Ignorado	0,9	0,3	0,3
Fim de semana	63,7	47,8	51,4
Método de suicídio			
Enforcamento	91,2	86,5	84,9
Envenenamento	5,3	3,2	4,7
Arma de fogo	2,7	6,6	7,6
Outros	0,9	3,7	2,8

Fonte: Adaptado do Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Source: Adapted from the System of Information about Mortality from Informatics Department of the Unified National Health System (DATASUS).

Discussão

Ainda que a taxa de mortalidade por suicídio tenha sido baixa no Estado do Amazonas, a análise desagregada dos dados revelou importantes desigualdades no padrão de mortalidade entre e dentro dos municípios, com destaque para as elevadas taxas nos municípios selecionados e a surpreendente frequência de óbitos entre indivíduos identificados como indígenas, no campo raça/cor, das declarações de óbito.

Mesmo que os municípios selecionados sejam considerados de pequeno porte e o somatório de seus contingentes populacionais represente apenas 3,1% do total do Amazonas, neles foram registrados 18,4% dos suicídios ocorridos no estado, evidenciando não só a importância do problema nas regiões do Alto Rio Solimões (onde se localiza Tabatinga) e Alto Rio Negro (onde se localiza Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira), mas também ratificando achados de estudos anteriores sobre

o tema nessas regiões^{9,10}. O significativo percentual de autodeclarados indígenas nos contingentes populacionais desses municípios pode explicar, pelo menos em parte, o fato de mais de ¾ dos suicídios serem atribuídos a indivíduos identificados como indígenas, de acordo com o campo raça/cor das declarações de óbito.

Entretanto, destaca-se que se considerarmos esses municípios como um grupo, o percentual de autodeclarados indígenas é de aproximadamente 50%, sugerindo que, além da composição étnica, possivelmente outros fatores contribuíram para a sobremortalidade entre pessoas identificadas como indígenas nessas localidades. Já em relação a Manaus, destaca-se que a não identificação de registros de suicídio em indígenas, pode ter sido reflexo de problemas relacionados a erros de classificação no campo raça/cor da declaração de óbito. Neste sentido, é factível considerarmos que durante a identificação de um cadáver indígena vítima de suicídio, o profissional de saúde tenha, a partir de sua lógica classificatória étnico-racial, privilegiado o preenchimento da categoria parda no campo raça/cor da DO.

Por outro lado, é preciso lembrar que o percentual de autodeclarados indígenas em Manaus é bem inferior do que o observado nos municípios selecionados. Ademais, existem indícios de importantes diferenças entre as taxas e as características dos óbitos por suicídio ocorridos em Manaus e nos municípios selecionados. Estes dois últimos aspectos sugerem que as distinções encontradas em relação às características do suicídio entre Manaus e os municípios selecionados não sejam apenas decorrentes de erros de classificação no campo raça/cor da DO, mas que sejam também influenciadas de alguma forma por vulnerabilidades específicas associadas aos aspectos étnico-raciais e/ou desvantagens socioeconômicas.

Nos municípios selecionados, as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio foram registradas entre o grupo de jovens de 15 a 24 anos, as quais foram, aproximadamente, 10 vezes maiores que as taxas

reportadas para Manaus e para o Amazonas. Concordante com esta constatação é o achado de que a mediana de idade dos indivíduos que cometeram suicídio nos municípios selecionados foi significativamente menor do que a observada em Manaus. De modo análogo, em populações indígenas, tanto no Brasil¹⁹, como na América do Norte¹¹⁻¹³, ou na Oceania¹⁴, o ato de cometer o suicídio é caracterizado como um evento marcadamente juvenil, diferente do que é frequentemente relatado em populações não indígenas, nas quais se registra um aumento progressivo das taxas de mortalidade por suicídio conforme a idade.

Em linhas gerais, na população geral, os grupos etários mais velhos são aqueles que concentram as maiores taxas de mortalidade por suicídio^{6,7,20}. Desta forma, nos municípios selecionados, o suicídio despontou como a principal causa de morte entre os jovens, diferentemente do observado em Manaus, no Amazonas e em outras regiões do Brasil e do mundo⁶⁻²¹.

Nos municípios selecionados, o percentual de suicídios nos dias de fim de semana foi significativamente maior do que o observado em Manaus. Souza et al.²², descreveram mudanças nas formas tradicionais de consumo de álcool no contexto indígena do Alto Rio Negro, de modo que os finais de semana passaram a ser vistos como momentos propícios e corriqueiros para o uso de bebidas alcoólicas.

Souza e Orellana¹⁰ em estudo sobre a mortalidade por suicídio em São Gabriel da Cachoeira, apoiados nos achados etnográficos de Souza et al.²², sugerem uma possível relação entre a elevada frequência de suicídio nos dias de fim de semana e o consumo de bebidas alcoólicas. Embora a concomitância entre uso de bebidas alcoólicas e suicídio não seja uma especificidade indígena²³, a ingestão de álcool vem sendo apontada na literatura como associada ao suicídio entre grupos etnicamente diferenciados²⁴.

Outra especificidade das características dos suicídios ocorridos nos municípios selecionados em comparação a Manaus foi a mais elevada ocorrência desses eventos

no contexto domiciliar, em detrimento ao contexto hospitalar.

De um modo geral, nas situações em que o suicídio é efetuado por métodos de maior letalidade o óbito tende a ocorrer fora do contexto hospitalar, visto que o indivíduo morre no local do evento em virtude da gravidade das lesões, antes mesmo de ser conduzido para os serviços de saúde²⁵. No contexto investigado, a maior ocorrência de óbitos por suicídio em ambiente domiciliar nos municípios selecionados em comparação a Manaus parece estar mais associada a outros fatores, já que não houve diferenças relacionadas à letalidade do método utilizado para cometer o suicídio, uma vez que o enforcamento despontou como o método mais comum, em ambos os contextos.

A menor capacidade instalada dos serviços especializados de saúde nos municípios selecionados, aliada às grandes distâncias a serem percorridas, sobretudo nos casos em que os suicídios ocorreram na área rural destas localidades poderia explicar, pelo menos em parte, a diferença observada.

A semelhança entre o perfil das pessoas que cometeram suicídio nos municípios selecionados em relação aos ocorridos em Manaus, no que tange a maior proporção de homens e solteiros, não se constitui em algo inusitado. Salvo algumas exceções, como a de alguns contextos asiáticos, nos quais mulheres casadas são as que mais cometem suicídio²⁶, a preponderância de solteiros e do sexo masculino entre as pessoas que cometeram suicídio é comum na quase totalidade dos cenários investigados²⁵.

Neste estudo, foi possível verificar que o estabelecimento de uma relação direta entre alta proporção de população autodeclarada indígena e elevadas taxas de mortalidade por suicídio não parece completamente adequada, uma vez que, em seis outros municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena a mortalidade por suicídio não foi expressiva.

Por outro lado, também ficou evidente que as características da mortalidade por suicídio nos municípios selecionados em muito se assemelham ao que é

frequentemente relatado em outros contextos indígenas, nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália e na Nova Zelândia. Nestas localidades, as investigações indicam que os suicídios eram frequentemente associados a fatores biológicos²⁷, a questões relacionadas ao acesso, qualidade dos serviços ofertados à população, e a aspectos particulares da organização sociocultural dos grupos estudados²⁷⁻³⁰.

Também é importante lembrar que os dados sobre estatísticas vitais, incluindo a mortalidade, são produzidos na rotina dos serviços oficiais de saúde. Desta forma, as informações disponíveis sobre a ocorrência e a causa das mortes estão relacionadas à maior ou à menor capacidade instalada desses serviços. Assim, áreas com serviços mais deficientes e com menor capacidade de monitoramento das condições de saúde da população tendem a produzir informações de menor qualidade. Ou seja, possíveis assimetrias na qualidade dos serviços oferecidos à população podem influenciar a coleta, a análise e a divulgação dos dados sobre mortalidade. Esse fato, segundo Laurenti et al.³¹, pode distorcer de alguma maneira os dados utilizados para o cálculo das estimativas das taxas de mortalidade geral, e em particular por suicídio.

No que diz respeito aos aspectos socioculturais, não se pode ignorar o fato de que o fenômeno do suicídio entre povos indígenas é complexo e multimediado. Aho e Liu³² demarcam a possível influência deletéria do conjunto de violências sofridas durante o extenso processo de colonização na maior ou menor ocorrência de suicídio entre populações nativas. Hunter et al.²⁹ e Silviken³³ chamam a atenção para a importância do modo como os indígenas, ao longo do tempo, lidam também com as assimétricas relações estabelecidas com a sociedade não indígena para compreensão do suicídio. Outros aspectos considerados relevantes para compreensão deste tema remetem aos modos como, contemporaneamente, se estabelecem as relações entre as diferentes gerações, e a maneira como se dá o acesso ao uso de bebidas alcoólicas,

bem como os mecanismos locais de regulação desse consumo²⁴.

É possível que, de alguma forma, os aspectos acima discutidos e outros ainda não identificados se articulem, configurando contextos mais ou menos favoráveis para o suicídio e para a notificação desse evento. Por si só, esses contextos diversificados poderiam explicar as variações nas taxas de mortalidade registradas nos diferentes municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena, indicando dessa maneira a necessidade de minuciosas investigações subseqüentes, articulando estratégias epidemiológicas a abordagens etnográficas apropriadas à realidade amazônica.

Além disso, este estudo teve de lidar com um desafio adicional, pois o censo demográfico do IBGE, utilizado para selecionar os municípios de Santa Isabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga, vale-se da estratégia de autodeclaração para classificar a população quanto à raça/cor, enquanto o Sistema de Informação de Mortalidade, que se vale de dados oriundos das declarações de óbito, apresenta dados relativos à raça/cor que derivam da estratégia de heteroclassificação. Portanto, qualquer extrapolação a respeito da temática do suicídio proveniente dessa investigação deve ser interpretada com cautela.

Cabe salientar que, apesar das limitações inerentes aos dados produzidos no âmbito dos serviços de saúde, sobretudo em relação à qualidade dos dados e à cobertura dos sistemas de informação, estudos baseados em dados secundários costumam ser de baixo custo, de rápida operacionalização e têm o potencial de gerar informações capazes de delinear perfis epidemiológicos de agravos específicos, além de apresentar grande utilidade para (re)orientar políticas e ações específicas na área da saúde³¹.

Portanto, ao menos para a abordagem inicial de alguns aspectos do suicídio, entendemos que investigações dessa natureza despontam como valiosas fontes de informação, especialmente quando esse tipo de conhecimento é restrito e a sua compreensão

implica em notáveis desafios operacionais e teórico-metodológicos³⁴, como por exemplo, o fenômeno do suicídio no contexto indígena amazônico.

Um desses desafios consiste em buscar meios para acessar os significados simbólicos que o suicídio adquire no contexto específico investigado, elemento importante para uma compreensão mais abrangente do fenômeno. Neste sentido, Hamlin e Brym³⁵ analisando um conjunto de dados etnográficos dos Guarani-Kaiowá, apontam as fragilidades das formulações teóricas de Durkheim, classicamente utilizadas como chave explicativa para o suicídio enquanto fenômeno social, em contextos não indígenas. Já Keifenheim³⁶ analisando os Kashinawa da Amazônia brasileira apresenta de forma pormenorizada a intrínseca correlação que há entre as concepções cosmológicas do grupo e o modo como compreendem o processo de morrer de um modo geral, e o de morrer por suicídio de modo particular.

Um último aspecto a ser destacado é que o desenho deste estudo não permite a realização de qualquer inferência a respeito do contexto ou das motivações que levaram as pessoas, particularmente os indivíduos classificados como indígenas, a cometerem suicídio. No campo da epidemiologia do suicídio, estudos que buscam investigar estes aspectos valem-se de instrumentos chamados de autópsia psicológica. Pesquisas utilizando instrumentos desta natureza em países europeus e da América do Norte vêm apontando, por exemplo, a alta prevalência de transtornos mentais entre vítimas de suicídio, dando suporte para políticas públicas de expansão da assistência em saúde mental como estratégia de prevenção do suicídio³⁷.

Por outro lado, estudos realizados, em contextos não ocidentais, como as áreas rurais da China, nas quais predominam suicídios juvenis cometidos de forma impulsiva em resposta a conflitos interpessoais, identificaram uma baixa prevalência de transtornos mentais entre aqueles que tiraram suas próprias vidas^{38,39}.

Estes achados vêm questionando os limites da ampliação da cobertura da assistência em saúde mental como estratégia universal para enfrentamento do suicídio, sobretudo em contextos nos quais a morte por suicídio pode adquirir significados particulares, influenciados por sistemas simbólicos específicos e distintos daqueles que se encontram operantes nos cenários urbano-ocidentais contemporâneos.

Assim, entende-se que futuras ações voltadas para o enfrentamento do suicídio nos municípios selecionados, devem levar em consideração os aspectos aqui discutidos. Principalmente se for considerado o caráter juvenil dos suicídios lá encontrados, e as evidências obtidas em outros contextos que apontam para a importância dos conflitos interpessoais na composição do complexo cenário do suicídio indígena⁸.

Conclusões

No período em análise, embora a taxa de mortalidade por suicídio observada no Estado do Amazonas tenha sido considerada inferior às reportadas em outras localidades, a constatação de índices altos e/ou muito altos nos municípios de Santa Isabel

do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga, bem como a identificação de um perfil caracterizado predominantemente por indígenas merece atenção, tanto das autoridades em saúde como da comunidade científica.

Tais achados apontam não só para existência de um sério problema de saúde pública, em um contexto sócio sanitário peculiar e em populações especialmente vulneráveis, mas também, para a possibilidade de que esse cenário socioepidemiológico possa ser ainda mais grave em populações ou territórios formados exclusivamente por indígenas etnicamente diferenciados, tal como constatado por Coloma¹⁹⁻⁴⁰ entre os Guarani Kaiowá e Nandeva residentes no Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste do Brasil.

Por fim, defende-se a necessidade de pesquisas, de preferência com o envolvimento dos serviços de saúde locais, com participação dos indígenas, utilizando metodologia inspirada nos instrumentos do tipo “autópsia psicológica” visando apreender, mesmo que de forma exploratória, os contextos e motivações dos suicídios, no sentido de buscar, de forma pactuada, estratégias de enfrentamento culturalmente sensíveis ao cenário sociocultural e sanitário local.

Referências

1. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello-Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; 377: 1962-75.
2. World Health Organization. Country reports and charts Web page. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html (Acessado em 01 novembro de 2011).
3. Bertolote JM, Botega N, de Leo D. Inequities in suicide prevention in Brazil. *Lancet* 2011; 378: 1137.
4. Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(3): 151-7.
5. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 804-10.
6. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(Suppl 2): 86-93.
7. Brzozowski FS, Soares GB, Benedet J, Boing AF, Peres MA. Tendência temporal do suicídio no Brasil no período 1980-2005. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(7): 1293-302.
8. Poz JD. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. *Rev Antropol* 2000; 43(1): 89-144.
9. Erthal RMC. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(2): 299-311.
10. Souza MLP, Orellana JDY. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(1): 34-7.
11. Malchy B, Enns MW, Young TK, Cox BJ. Suicide among Manitoba's aboriginal people, 1988 to 1994. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 1133-8.
12. Olson LM, Wahab S. American Indians and Suicide: A Neglected Area of Research. *Trauma Violence Abuse* 2006; 7(1): 19-33.

13. Mullany B, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Cwik M, Craig M, et al. Toward Understanding Suicide Among Youths: Results From the White Mountain Apache Tribally Mandated Suicide Surveillance System, 2001-2006. *Am J Public Health* 2010; 99(10): 1840-8.
14. Silburn S, Glaskin B, Henry D, Drew N. Preventing Suicide Among Indigenous Australians. In: Purdie N, Dudgeon P, Walker R, editors. *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice*. Canberra: Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Health, Department of Ageing; 2010. p. 91-104.
15. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População: censos demográficos*. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao (Acessado em 15 junho de 2011).
16. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Informações de Saúde*. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> (Acessado em 16 julho de 2011).
17. Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª revisão, 2ª ed.* São Paulo: EDUSP; 1995.
18. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q* 1993; 46(1): 52-68.
19. Coloma C, Hoffman JS, Gawryszewski VP, Crosby AE. Suicide Trends and Characteristics Among Persons in the Guarani Kaiowá and Nandeva Communities - Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007; 56(1): 7-9.
20. Liu IC, Liao SF, Lee WC, Kao CY, Jenkins R, Cheng ATA. A cross-ethnic comparison on incidence of suicide. *Psychol Med* 2011; 41(6): 1213-21.
21. DeLeo D, Bertolote J, Lester D. Self-directed violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 185-212.
22. Souza MLP, Deslandes SF, Garnelo L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3): 709-16.
23. Landberg J. Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug alcohol Rev* 2008; 27: 361-73.
24. Calabria B, Doran CM, Vos T, Shakeshaft AP, Hall W. Epidemiology of alcohol-related burden of disease among Indigenous Australians. *Aust N Z J Public Health* 2010; 34(Suppl 1): 47-51.
25. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-81.
26. Wei KC, Chua FC. Suicide in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20(5): 434-40.
27. Marusic A, Farmer A. Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *Br J Psychiatr* 2001; 179: 194-6.
28. Kosky RJ, Dundas P. Death by hanging: implications for prevention of an important method of youth suicide. *Aust New Zealand J Psychiatr* 2000; 34(5): 836-41.
29. Hunter E, Harvey D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada, and the United States. *Emerg Med* 2002; 14(1): 14-23.
30. Tobias M, Blakely T, Matheson D, Rasanathan K, Atkinson J. Changing trends in indigenous inequalities in mortality: lessons from New Zealand. *Int J Epidemiol* 2009; 38(6): 1711-22.
31. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev Panam de Salud Publica* 2008; 23(5): 349-56.
32. Aho KLT, Liu JH. Indigenous Suicide and Colonization: The Legacy of Violence and the Necessity of Self-Determination. *Int Journal of Conflict and Violence* 2010; 4(1): 124-33.
33. Silviken A. Prevalence of suicidal behavior among indigenous Sami in northern Norway. *Int J Circumpolar Health* 2009; 68: 204-11.
34. Hjelmeland H. Cultural Context Is Crucial in Suicide Research and Prevention. *Crisis* 2011; 32(2): 61-4.
35. Hamlin CL, Brym RJ. The return of the native: a cultural and social-psychological critique of Durkheim's suicide based on the Guarani-Kaiowá of southwestern Brazil. *Sociological Theory* 2006; 24(1): 42-57.
36. Keifenheim B. Suicide 'à la Khashinawa'. Le désir de l'au-delà ou la séduction olfactive et auditive par les esprits des morts. *Journal de la Société des Américanistes* 2002; 88: 91-110.
37. Phillips MR. Rethinking the Role of Mental Illness in Suicide. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 731-3.
38. Yang GH, Phillips MR, Zhou MG, Wang LJ, Zhang YP, Xu D. Understanding the unique characteristics of suicide in China: national psychological autopsy study. *Biomed Environ Sci* 2005; 18(6): 379-89.
39. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 773-81.
40. Coloma CJ, Hoffman J, Crosby A. Suicide Among the Guarani Kaiowá and Nandeva in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arch Suicide Res* 2006; 10(2): 191-207.

Recebido em: 10/01/12

Versão final apresentada em: 17/12/12

Aprovado em: 16/01/13