

SUICÍDIO ÉTNICO: UM FENÔMENO EVITÁVEL ENTRE CRIANÇAS INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

ETHNIC SUICIDE: AN AVOIDABLE PHENOMENON AMONG INDIGENOUS CHILDREN OF THE BRAZILIAN AMAZON

LEONARDO CAIXETA^{1,2,3}, PAULO VERLAINE BORGES E AZEVÊDO^{1,4}, CIRO MENDES VARGAS^{1,5}, YANLEY LUCIO NOGUEIRA^{1,6}, IRON DANGONI FILHO^{6,7}, VICTOR DE MELO CAIXETA^{1,4}

1. Médico Psiquiatra, Goiânia, Goiás, Brasil.
2. Professor Titular de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, FM/UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
3. Diretor do CERNE – Centro de Excelência em Neuropsiquiatria do Hospital das Clínicas da FM/UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
4. Professor Adjunto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – FM/UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
5. Professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – FM/UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
6. Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – FM/UFG, Goiânia, Goiás, Brasil.
7. Médico Neurologista, Goiânia, Goiás, Brasil.

RESUMO

A população indígena é especialmente vulnerável a transtornos psiquiátricos e ao suicídio, como registrado em todo o planeta, em várias etnias e povos ancestrais. Apresentamos um relato de caso para ilustrar o fenômeno psicopatológico de uma depressão psicótica com comportamento suicida em uma criança indígena da etnia Karajá, registrando a possibilidade de intervenção médica com sucesso para se evitar o suicídio, apesar dos entraves proporcionados pelo governo brasileiro que dificulta o tratamento dessa população vulnerável e de risco, tornando claro a negligência de cuidados psiquiátricos às crianças indígenas brasileiras. Crianças indígenas parecem especialmente vulneráveis a transtornos psiquiátricos e suicídio, mesmo estando culturalmente mais isolados que os adultos e com menor tempo de exposição à cultura não indígena. Essa grave situação e problema de saúde pública indígena são ainda interpretados de forma romantizada, inadequada, e com forte viés sociológico, em detrimento das modernas abordagens sobre a saúde mental pautadas em Neurociências. Não permitir o acesso de crianças ao tratamento, independentemente ou por causa de sua etnia, sobretudo quando existe ameaça à vida, pode se revelar um crime perante as normas que regulam o tratamento humanitário que nossa civilização alcançou.

Palavra chave: Indígena, Amazônia, Saúde mental, Transtornos psiquiátricos, Suicídio, Etnia Karajá.

ABSTRACT

The indigenous population is particularly vulnerable to psychiatric disorders and suicide, as recorded worldwide among various ethnic groups and ancestral peoples. We present a case report to illustrate the psychopathological phenomenon of psychotic depression with suicidal behavior in a Karajá indigenous child, documenting the possibility

of successful medical intervention to prevent suicide, despite the obstacles posed by the Brazilian government that hinders the treatment of this vulnerable and at-risk population, clearly revealing the neglect of psychiatric care for Brazilian indigenous children. Indigenous children seem especially vulnerable to psychiatric disorders and suicide, even though they are culturally more isolated than adults and have had less exposure to non-indigenous culture. This serious situation and public health problem among indigenous people are still interpreted in a romanticized, inappropriate manner, with a strong sociological bias, to the detriment of modern approaches to mental health based on Neurosciences. Denying children access to treatment, regardless of or because of their ethnicity, especially when their lives are at risk, may constitute a crime according to the standards regulating humanitarian treatment that our civilization has achieved.

Keywords: Indigenous, Amazon, Mental health, Psychiatric Disorders, Suicide, Karajá ethnicity.

INTRODUÇÃO

As comunidades indígenas nativas do território brasileiro somam aproximadamente 817 mil pessoas, distribuídas em 305 etnias.¹ O povo Karajá representa uma das comunidades ancestrais mais tradicionais e preservadas, com rica cultura de coletores, pescadores e caçadores, vivendo de forma muito parecida com nossos ancestrais de 10 mil anos, num período pré-agricultura. O povo Karajá tradicionalmente subsiste da pesca, caça e da coleta de frutos e raízes do Cerrado. A arte e a cerâmica são importantes expressões culturais para essa etnia. Eles são conhecidos por sua habilidade na fabricação de cerâmica decorativa, que é usada em rituais e cerimônias. As peças são ornadas com grafismos (desenhos geométricos) coloridos e constituem representações de animais e figuras humanas.^{2,3}

Essa etnia pertence ao tronco linguístico Macro-Jê, que utiliza a língua nativa Iny rybè, além do português. Elas apresentam uma divisão social na qual os homens desempenham papéis como caça, pesca, defesa do território, liderança política e construção das aldeias. As mulheres são responsáveis pelos cuidados e criação dos filhos, realização de tarefas domésticas, trabalhos artísticos como pintura para cerimônias rituais e confecção de bonecas de cerâmica, além do preparo de alimentos para festivais.²

Os Karajá habitam principalmente a bacia do rio Araguaia, ocupando terras nos Estados de Mato Grosso, Tocantins e Goiás, numa transição do cerrado para a Amazônia Legal² (figura 1). A etnia possui uma população de 4.326 pessoas.³ Cada aldeia estabelece um território específico demarcando internamente espaços culturais para suas práticas rituais, a pesca e a caça.¹

A população indígena é especialmente vulnerável a transtornos psiquiátricos e ao suicídio, como registrado em todo o planeta, em vários povos originários e etnias ancestrais. O estudo e a abordagem sobre os transtornos psiquiátricos e o suicídio entre indígenas brasileiros foram negligenciados por séculos e persistem assim até o presente, com pouquíssima literatura científica sobre esse tema e ausência de políticas de saúde pública claras e efetivas. A partir dos anos 1990, a partir da epidemia de uso de álcool, drogas e com o anúncio de índices de suicídio alarmantes entre indígenas, surgiram interesses acadêmicos e da mídia sobre esse e outros fenômenos relacionados à saúde mental indígena.^{4,5,6}

Apresentamos um relato de caso para ilustrar o fenômeno psicopatológico de uma depressão psicótica com comportamento suicida em uma criança indígena Karajá, registrando a possibilidade de intervenção médica com sucesso para se evitar o suicídio, apesar dos entraves proporcionados pelo governo brasileiro que dificulta o tratamento dessa população vulnerável e de risco, tornando claro a negligência de cuidados psiquiátricos às crianças indígenas brasileiras.

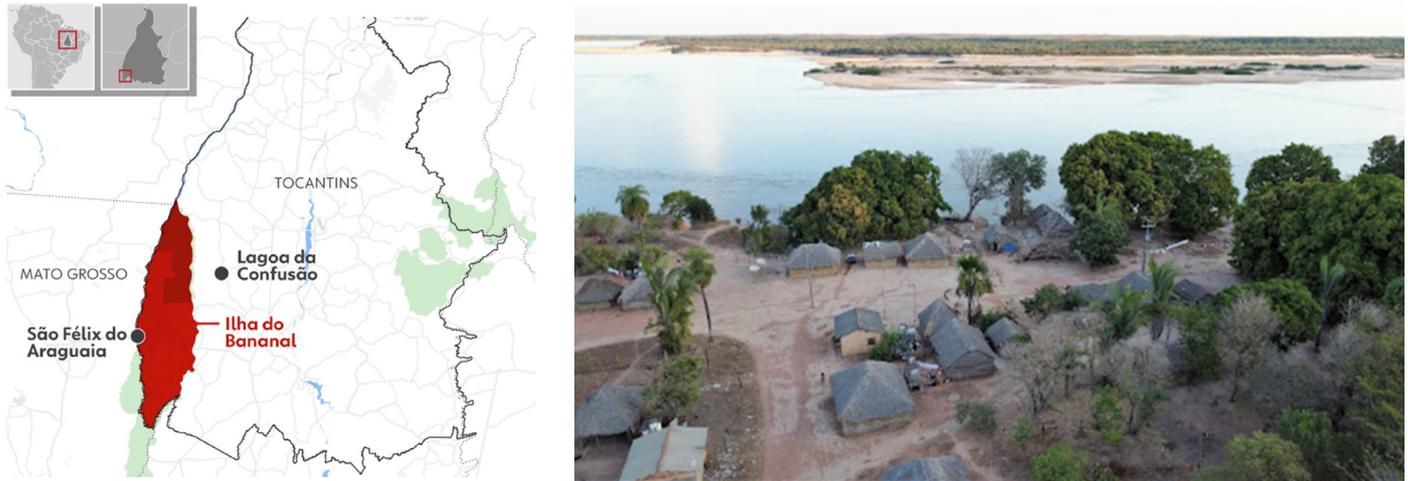


Figura 1 – Localização geográfica da Ilha do Bananal (acima) e aldeia Karajá (lado direito).

CASO CLÍNICO

Ibòò marãdu (nome fictício), 10 anos, sexo masculino, criança indígena da etnia Karajá, vive em uma aldeia relativamente isolada na maior ilha fluvial do mundo: a Ilha do Bananal, às margens do Rio Araguaia (figura 1). Ibòò marãdu tem pouquíssimo contato com não indígenas, junto de sua comunidade com quase 3500 indivíduos. Ibòò marãdu iniciou uma história de dois meses com uma síndrome tipicamente depressiva (humor depressivo, choro fácil, irritabilidade, ansiedade, angústia, inapetência e consequente perda ponderal, insônia, anedonia, distanciamento social), com evidente prejuízo funcional e social (abandonou a escola e parou de brincar com outras crianças), além de indicadores de gravidade: episódios de automutilação (tapas em seu rosto), gritos e fugas para a mata adjacente à aldeia, aparentemente com sintomas psicóticos (delírios paranoides) de que seria capturado pelos fantasmas da floresta.

A mãe relata que a criança tinha humor previamente normal, interagia bem com outras crianças e na escola indígena. Ela nasceu a termo, de um parto domiciliar normal e sem intercorrências e foi amamentada até os 18 meses de idade. Apresenta desenvolvimento neuropsicomotor normal e tem vacinação completa. Não existe história de traumas pessoais, traumas cranioencefálicos, infecções do SNC, convulsões epiléticas ou qualquer outro problema médico sistêmico. A mãe costumava abusar do álcool quando jovem e relata já ter apresentado episódios de depressão maior. O pai abusa do álcool e do cigarro, usa substâncias ilícitas (gasolina misturada com creme dental) e tem humor instável, irascível e por vezes agride a mãe. Vários de seus parentes também têm problemas relacionados ao álcool e ao cigarro, bem como relato de transtornos do humor.

Os antropólogos da FUNAI responsáveis pela comunidade negaram tratamento médico por semanas, jus-

tificando que se tratava de um “problema cultural” e, como tal, deveria ser resolvido dentro da própria comunidade. Em linguagem ocidental, poderíamos traduzir por: “abandonado à própria sorte”. Ocorre, porém, que o quadro psiquiátrico se agravou ainda mais e tentou se afogar no rio, mas, felizmente, foi impedido por um outro garoto que assistia a cena. A mãe, contrariando a FUNAI, pediu ajuda à sobrinha que nos conhecia previamente e nos levou a criança para tratamento. Acolhemos a família e, a partir do exame psicopatológico-fenomenológico transcultural, diagnosticamos uma depressão psicótica e, dados os antecedentes familiares sugestivos de bipolaridade, iniciamos antipsicótico atípico (quetiapina 25 mg/dia, titulada até 50 mg/dia após 14 dias) e suporte psicoterápico à criança e à mãe. Após seis dias de tratamento e acompanhamento, a criança já estava sem comportamento suicida e, após três semanas, estava eutímica, sem nenhum sintoma residual da depressão psicótica e sem efeitos colaterais indesejáveis. A família foi orientada sobre a importância da continuidade do tratamento, incluindo uma aliança terapêutica com o pajé responsável pela tribo, com vistas ao tratamento conjunto e respeitando as tradições ancestrais da comunidade local. Porém, após três meses, o tratamento foi interrompido pelas dificuldades de deslocamento impostas pelos responsáveis pela área de saúde da comunidade e perdemos o contato com a família, mesmo após insistentes solicitações feitas às autoridades locais para não se interromper o tratamento.

DISCUSSÃO

Reunindo os dados de anamnese juntamente com o exame psicopatológico e tendo em vista os antecedentes psiquiátricos em ambos os genitores da criança indígena aqui reportada, o diagnóstico mais provável é de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos em contexto de um transtorno afetivo bipolar tipo 1. Essa doença é reconhecida como uma grande imitadora, podendo mimetizar vários diagnósticos em Psiquiatria Infantil, o que torna seu diagnóstico complexo e difícil, um desafio para não especialistas. É uma das doenças a que se associam altos índices de suicídio, exigindo rápido diagnóstico e intervenção. A história familiar de transtornos de humor é rica, por ser uma doença com forte base genética e estar vinculada a padrão de herdabilidade muito alto.⁷

Teorias sociogênicas para tentar explicar a etiologia dos transtornos mentais estiveram em voga no século XIX e, infelizmente, ainda são usadas na atualidade, de forma pseudocientífica, para justificar doenças psiquiátricas em vários cenários, sobretudo no contexto de comunidades ancestrais expostas à cultura ocidental.⁹ Nesse sentido, alguns antropólogos - como os citados em nosso caso clínico - muito frequentemente interpretam a doença mental entre indígenas como um processo associado aos malefícios trazidos pelo contato com não indígenas e o crescente processo de aculturação.⁹ Nosso grupo vem desmistificando essas falsas interpretações com dados empíricos a partir de estudos com crianças e adolescentes indígenas, provando que as doenças psiquiátricas, que são doenças do cérebro, acometem essas comunidades ancestrais como em qualquer outro grupo humano em qualquer cultura, independentemente do seu nível de isolamento.^{10,11,12}

Os índices de suicídio entre os indígenas brasileiros são maiores nas áreas onde as comunidades são mais isoladas, ou seja, nas regiões Centro-Oeste (35,6/100 mil hab.) e Norte (24,1/100 mil hab.), com menores taxas nas comunidades distribuídas nas regiões onde se observam maiores índices de aculturação, como no Nordeste, Sudeste e Sul (3,8; 4,1; 9,7/100 mil hab., respectivamente).¹³ Por outro lado, os suicídios ocorrem predominantemente no gênero mais exposto ao processo de aculturação, entre homens. Outras características demográficas do suicídio indígena são: ocorrem sobretudo na faixa etária entre 15-29 anos, em solteiros, de baixa escolaridade e prioritariamente por enforcamento.¹³ É impressionante que entre as crianças indígenas a quantidade de suicídios observada é de 11/100 mil hab., ou seja, 18,5 vezes maior do que a observada entre crianças não indígenas (0,6/100 mil hab.).¹⁴, um dado alarmante que chama a atenção para a falta de abordagem oficial do Estado sobre um problema de saúde pública indígena brasileiro que coloca em risco essa etnia e suas comunidades ancestrais.

O preconceito contra o diagnóstico de depressão, mesmo em culturas muito diferentes da nossa, e o preparo em lidar com essas ocorrências transculturais, pode levar a desfechos terríveis. Felizmente, o encontro saudável entre culturas assimétricas, quando norteado por respeito às suas origens e valores ancestrais próprios, pode se traduzir em benefícios para a comunidade, ao proporcionar o acesso aos avanços da Medicina, sem que isso represente a subjugação ou sequestro da essência cosmológica daquele povo.¹⁵

CONCLUSÃO

Crianças indígenas parecem especialmente vulneráveis a transtornos psiquiátricos e suicídio, mesmo estando culturalmente mais isolados que os adultos e com menor tempo de exposição à cultura não indígena. Essa grave situação e problema de saúde pública indígena são ainda interpretados de forma romantizada, inadequada, e com forte viés sociológico, em detrimento das modernas abordagens sobre a saúde mental pautadas em Neurociências.

Não permitir o acesso de crianças ao tratamento, independentemente ou por causa de sua etnia, sobretudo quando existe ameaça à vida, pode se revelar um crime perante as normas que regulam o tratamento humanitário que nossa civilização alcançou.

REFERÊNCIAS

1. FUNAI, Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Terras indígenas. 2020 nov 13.
2. Albuquerque FE, Karajá ADG. Aspectos Históricos e Culturais do povo Karajá-Xambioá. Pontes Editores. 2016.
3. IBGE. Censo demográfico 2010. Características gerais dos Indígenas. Características gerais dos indígenas resultados do universo. Censo demográfico. 2010.
4. Baniwa G, Calegare M. Fatores explicativos do suicídio pela visão indígena: uma revisão de literatura indígena. Estudos de Psicologia (Campinas). 2024;41.
5. Karajá JHF. Suicídio entre os Iny (Povo Karajá): Percepções da Comunidade de Hawaló. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. 2019 jun 30.
6. Souza RSB, Oliveira JC, Alvares-Teodoro J, & Teodoro MLM. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública 2020; 44:1-7.
7. Caixeta L, Chaves M de PR, Baldaçara L. Fenótipos e fenocópias bipolares e sua variação no ciclo vital. Debates em Psiquiatria. 2023 Dec 29;13:1-22.
8. Caixeta L, Costa JN, Vilela AC, Nóbrega Md. The development of the dementia concept in 19th century. Arq Neuropsiquiatr. 2014 Jul;72(7):564-7.
9. Aduara CHC, Araújo GHM, Oliveira PTR. Nas fronteiras dos impactos expansionistas do capital sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil: questões para a compreensão do suicídio. Saúde em Redes, 5(2), 325-338.
10. Azevêdo PVBE, Caixeta LF. Do attention deficit/hyperactivity disorder symptoms exist among Brazilian indigenous children? Dement Neuropsychol. 2009 Jan-Mar;3(1):38-40.
11. Azevêdo PV, Caixeta L, Andrade LH, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. Arq Neuropsiquiatr. 2010 Aug;68(4):541-4.
12. Azevêdo PVB, Caixeta LF, Taveira DLR, Giglio MRP, do Rosário MC, Rohde LA. Suggestive diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in indigenous children and adolescents from the Brazilian Amazon. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Mar;29(3):373-384.
13. Ministério da Saúde (Brasil). (2020). Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. Boletim Epidemiológico. 51(37).
14. Souza MLP. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2019; 35: e00019219.

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA

LEONARDO CAIXETA

5ª Avenida, s/n - Setor Leste Universitário - Goiânia - GO - Brasil

E-mail: leonardocaixeta@ufg.br

EDITORIA E REVISÃO

Editores chefes

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>

Nílzio Antônio da Silva - <http://lattes.cnpq.br/1780564621664455> - <https://orcid.org/0000-0002-6133-0498>

Autores

LEONARDO CAIXETA - <http://lattes.cnpq.br/9536747113677509> - <https://orcid.org/0000-0002-5736-9058>

PAULO VERLAINE BORGES E AZEVÊDO - <http://lattes.cnpq.br/5349882718851256> - <https://orcid.org/0000-0001-5822-7708>

CIRO MENDES VARGAS - <http://lattes.cnpq.br/2356866259871576> - <https://orcid.org/0000-0002-1904-5888>

YANLEY LUCIO NOGUEIRA - <http://lattes.cnpq.br/6612365064988109> - <https://orcid.org/0000-0003-1682-2714>

IRON DANGONI FILHO - <http://lattes.cnpq.br/5613534767423039> - <https://orcid.org/0000-0003-2822-4033>

VICTOR DE MELO CAIXETA - <http://lattes.cnpq.br/9968280872364556> - <https://orcid.org/0000-0003-2433-3128>

Revisão Bibliotecária - Izabella Goulart

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Tradução: Soledad Montalbetti

Recebido: 09/04/25. Aceito: 22/04/25. Publicado em: 13/05/25.