

Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil

Inequalities in suicide mortality between indigenous and non-indigenous people in the State of Amazonas, Brazil

Maximiliano Loiola Ponte de Souza¹, Jesem Douglas Yamall Orellana¹

RESUMO

Objetivo: Analisar as taxas e algumas características da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no Amazonas. **Método:** Estudo de coorte retrospectiva, em que os dados de óbito foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade e os populacionais no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram utilizados todos os registros de suicídio do período de 2006-2010 e a interpolação geométrica anual para a estimação das subpopulações. **Resultados:** Ocorreram 688 suicídios no Amazonas, dos quais 19,0% em indígenas. A taxa ajustada de mortalidade por suicídio (TAMS) nos indígenas, de 18,4/100 mil, foi 4,4 vezes superior a dos não indígenas. A TAMS em indígenas aumentou 1,6 vez em 2010 em relação a 2006. Nos municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira, as TAMS foram muito altas, 75,8 e 41,9/100 mil, respectivamente. **Conclusões:** Evidenciou-se o comportamento desigual das taxas de mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas, expondo não só sua importância local, como também sua invisibilidade como problema de saúde pública, principalmente entre jovens 15 e 24 anos.

Palavras-chave

Suicídio, epidemiologia, população indígena, desigualdades em saúde, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze rates and some characteristics of suicide mortality between indigenous and non-indigenous people in the State of Amazonas. **Method:** Retrospective cohort study, where in data of death were obtained from the Information System on Mortality and data of population from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. We used all records of suicide that occurred during the period 2006-2010 and the annual geometric interpolation for the estimation of subpopulations. **Results:** Six hundred eighty-eight suicide cases were reported in the State of Amazonas, of which 19.0% indigenous people. The standardized mortality rate for suicide (SMRS) in indigenous people, of the 18.4/100.000, was 4.4 times higher than that of non-indigenous people. The SMRS in indigenous people increased 1.6 times in 2010 compared to 2006 year. In the municipalities of Tabatinga and São Gabriel da Cachoeira the SMRS were much high, 75.8 and 41.9/100.000, respectively. **Conclusions:** Inequalities in the behavior of the suicide mortality rates between indigenous and non indigenous people were proved, exposing not only their local importance, but also a hidden public health problem issue, especially among youth age 15-24.

Keywords

Suicide, epidemiology, indigenous population, health inequalities, Brazil.

¹ Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Recebido em
11/10/2013
Aprovado em
24/11/2013

Endereço para correspondência: Maximiliano Loiola Ponte de Souza
Rua Terezina, 476, sala 201-F
69057-070 – Adrianópolis, Manaus, AM, Brasil
E-mail: maximiliano@amazonia.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, anualmente, em torno de um milhão de pessoas morram por suicídio no mundo. Porém, apesar de o suicídio ser a 16ª causa de morte no planeta¹, impactando tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, nestes últimos, normalmente, a prevenção do suicídio não é tida como prioritária².

No caso do Brasil, pesquisas apontam que as taxas nacionais de mortalidade por suicídio, na população geral, costumam ser relativamente baixas^{3,4} quando comparadas a outros países, especialmente em relação aos países desenvolvidos. Porém, algumas investigações têm evidenciado que o comportamento dessas taxas em determinados contextos e grupos sociais destoava desse cenário mais geral e inespecífico do país^{5,6}. Nas regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil, por exemplo, existem indícios acerca da importância do excesso de mortes por suicídio em indígenas em relação aos não indígenas⁷.

O Amazonas, estado que comporta a maior frequência de autodeclarados indígenas do país⁸, segundo dados oficiais, apresenta baixas taxas de mortalidade por suicídio em sua população geral⁹. Contudo, recente estudo apontou que, em alguns municípios com elevado percentual de autodeclarados indígenas, o suicídio surge como um importante problema de saúde pública¹⁰.

Tais aspectos, em conjunto, apontam para a importância de estudos que explorem as características e taxas de mortalidade tanto de modo desagregado, explorando unidades territoriais menores (Estados e municípios), como investigando as diferenças na ocorrência desse evento entre indígenas e não indígenas. Dessa forma, o objetivo deste artigo foi analisar as taxas e algumas características da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas e em seus municípios.

MÉTODOS

O Censo Demográfico de 2010⁸ reportou a existência de 896.917 indígenas no Brasil. Além disso, dados relativos ao pertencimento étnico dão conta da existência de 305 etnias diferentes em todo o país. A notável sociodiversidade dos povos indígenas do Brasil também é passível de verificação a partir da enumeração das línguas faladas por esses povos, uma vez que, entre os quase 800 mil indígenas existentes no país maiores de 4 anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) captou a existência de 274 línguas.

De acordo com o IBGE, o Amazonas possuía uma população de 3.483.985 habitantes em 2010 e abrigava 20,6% do total de autodeclarados indígenas do país. Além disso, sua

área territorial de 1.570.745,680 km² corresponde a aproximadamente 31% da Amazônia legal brasileira⁸.

Foi realizado um estudo de coorte retrospectiva, a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/Datasus). A classificação dos óbitos nas categorias indígena e não indígenas se baseou nos dados de heteroclassificação disponíveis no campo cor ou raça da Declaração de Óbito (DO). O universo de estudo comportou a totalidade dos registros de suicídio que ocorreram no Amazonas e em seus municípios durante o período de 2006-2010 e que tiveram sua causa básica codificada no intervalo de categorias X60-X84 ("lesões autoprovocadas voluntariamente") da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹¹.

As estimativas populacionais, para indígenas e não indígenas (brancos, pretos, amarelos, pardos) maiores de 4 anos, foram efetuadas a partir dos dados disponibilizados pelo IBGE, que se baseia em informações de autodeclaração. As populações dos anos intercensitários de 2006-2009 foram obtidas por interpolação geométrica anual.

As taxas brutas foram ajustadas pela idade, mediante o método direto de padronização de taxas, com intervalo de confiança exato¹², tomando a população padrão da OMS¹³ como referência. Foram calculadas taxas ajustadas de mortalidade por suicídio (TAMS), segundo idade, para indígenas e não indígenas, para o estado do Amazonas e seus municípios. O detalhamento das TAMS, referentes aos municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira, em nossas análises, deram-se pelo fato de esses municípios terem concentrado parte expressiva dos casos em indígenas do Amazonas e por existirem evidências na literatura que apontam para sua importância local^{10,14}. Já o município de Manaus também foi apresentado em separado por ser a capital do Amazonas e por ter concentrado aproximadamente 67,0% dos suicídios em não indígenas do Estado. As taxas foram categorizadas em: nulas; baixas (0,1-4,9); médias (5,0-14,9); altas (15,0-29,9); e muito altas ($\geq 30,0$), a partir dos critérios sugeridos por Diekstra e Gulbinat¹⁵.

A caracterização demográfica contemplou as variáveis: sexo; estado civil; escolaridade; e idade. Já a caracterização epidemiológica considerou as variáveis: local de ocorrência; 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), de acordo com a proposição de Souza e Orellana¹⁴.

O teste de Qui-quadrado de Pearson, com correção de continuidade, foi utilizado para a comparação de proporções e o de Mann-Whitney U para a comparação da variável idade entre indígenas e não indígenas. Utilizou-se a regressão linear simples para avaliar o comportamento anual das taxas entre indígenas e não indígenas. A suposição de nor-

malidade das variáveis de interesse e dos resíduos foi avaliada graficamente e mediante o teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância estatística considerado foi o de um P valor < 0,05. A estruturação do arquivo de dados foi efetuada no Excel®. Já as análises estatísticas e os mapas temáticos foram efetuados no *software* R versão 3.0.0.

Por se tratar de um estudo com dados públicos, disponíveis em *site* oficial do Ministério da Saúde, não houve necessidade de submissão do projeto a um comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

No período de 2006-2010, foram registrados 688 óbitos por suicídio no Amazonas, 19% (131) em indígenas e 81,0% (557) em não indígenas. Conforme consta na tabela 1, tanto em indígenas como em não indígenas o suicídio predominou em homens, em solteiros, em indivíduos com 4 a 11 anos de escolaridade, no domicílio e por meio de enforcamento. Nos indígenas, os suicídios predominaram nos dias de fim de semana e nos não indígenas nos dias de não fim de semana.

Diferenças estatísticas significativas (P valor = 0,0001) foram encontradas na variável idade entre indígenas e não indígenas que cometeram suicídio no Amazonas. Essa diferença pode

Tabela 1. Características demográficas e epidemiológicas de registros de suicídio, ocorridos em indígenas e não indígenas, Amazonas, Brasil, 2006-2010

	Indígena (n = 131)	Não indígena (n = 557)	X ² -Pearson P valor
Sexo			
Masculino	76,3%	82,9%	0,1023
Estado civil			
Solteiro	84,7%	81,1%	0,4294
Casado/União	14,5%	16,4%	0,6940
Outros	0,8%	2,4%	0,4412
Ignorado	5,6%	2,8%	
Escolaridade (anos)			
Nenhuma	9,2%	2,9%	0,0024
1-3	12,2%	18,7%	0,1042
4-11	65,6%	63,9%	0,7860
12 e +	3,1%	6,8%	0,1561
Ignorado	9,9%	7,7%	
Local de ocorrência			
Domicílio	88,5%	72,8%	0,0003
Hospital/outras saúde	3,8%	13,7%	0,0029
Via pública	7,7%	13,5%	0,0960
Ignorado	0,8%	0,4%	
Fim de semana			
Sim	56,5%	48,5%	0,1213
Método de suicídio			
Enforcamento	88,5%	83,1%	0,1623
Envenenamento	9,2%	5,0%	0,1071
Arma de fogo	0,8%	8,3%	0,0041
Outros	0,8%	3,6%	

Fonte: Adaptada do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/Datasus).

ser claramente retratada ao se comparar a mediana de idade entre os indígenas (20 anos) e os não indígenas (27 anos).

A TAMS foi de 18,4/100 mil para a população indígena do Amazonas. Já nos não indígenas essa taxa foi de 4,2/100 mil. Conforme se pode observar na figura 1, no Amazonas, as TAMS dos indígenas aumentaram consistente e significativamente (Adjusted R-squared: 0,9140; P valor = 0,0070) no período em estudo, diferente do observado nos não indígenas, em que as taxas se mantiveram em patamares relativamente estáveis e sem variações anuais significativas (Adjusted R-squared: 0,4406; P valor = 0,1344). As variáveis taxas e anos apresentaram distribuição normal e os resíduos dos modelos atenderam à premissa de homocedasticidade.

Ainda em nível estadual, nos homens indígenas a TAMS foi de 28,2/100 mil e nas mulheres foi de 8,6/100 mil. Já nos não indígenas, a TAMS em homens foi de 8,8/100 mil e em mulheres de 1,3/100 mil. Nos indígenas do Amazonas, a faixa etária de 15-24 anos foi a que apresentou as maiores taxas, de 37,7/100 mil. Já nos não indígenas foi a de 60 anos ou mais, com 14,9/100 mil.

Conforme se observa na figura 2, em 83,9% (52) dos municípios do Amazonas as TAMS foram nulas nos indígenas (Figura 2). Por outro lado, nos não indígenas apenas 22,6% (14) dos municípios apresentaram taxas nulas (Figura 3).

Na figura 4 é possível observar que nos municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira as TAMS foram muito altas, alcançando valores de 75,8 e 41,9/100 mil, respectivamente. Tanto em Tabatinga como em São Gabriel da Cachoeira as TAMS foram maiores nas faixas etárias de 15-24 anos, com valores de 133,4 e 96,3/100 mil, respectivamente. Já nos não indígenas não foram observadas TAMS muito altas, exceto em Santa Isabel do Rio Negro.

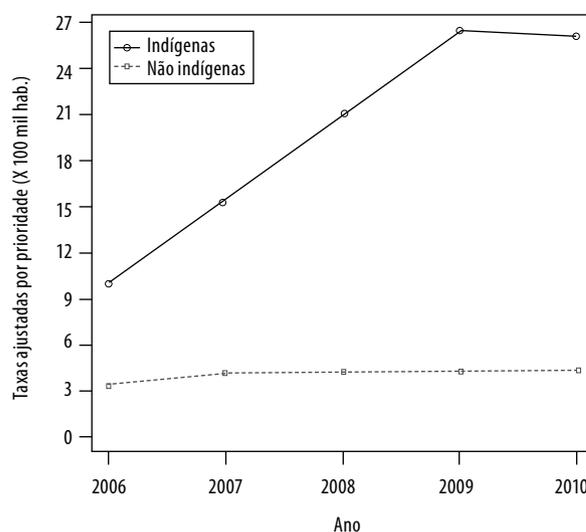


Figura 1. Taxas ajustadas de mortalidade por suicídio, em indígenas e não indígenas, 2006-2010, Amazonas, Brasil. Fonte: Adaptada do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/Datasus).

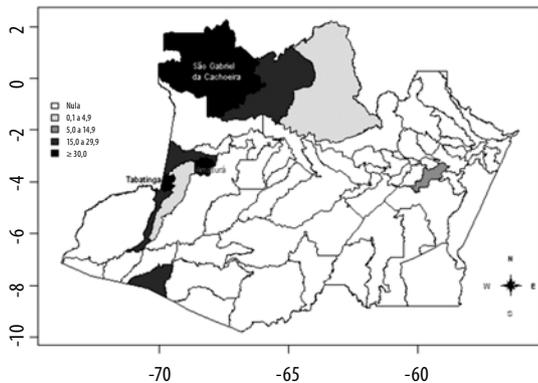


Figura 2. Distribuição espacial das taxas ajustadas de mortalidade por suicídio em indígenas, nos municípios do estado do Amazonas, Brasil, 2006-2010. Fonte: Adaptada do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/Datasus).

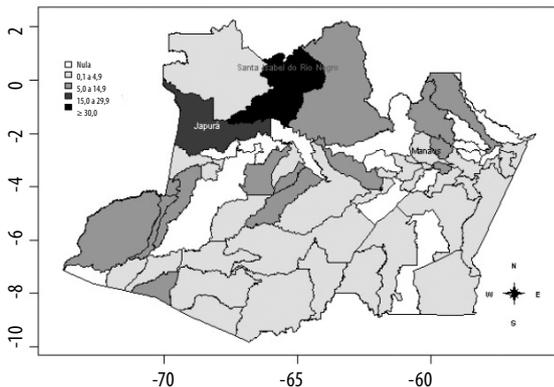


Figura 3. Distribuição espacial das taxas ajustadas de mortalidade por suicídio em não indígenas, nos municípios do estado do Amazonas, Brasil, 2006-2010. Fonte: Adaptada do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/Datasus).

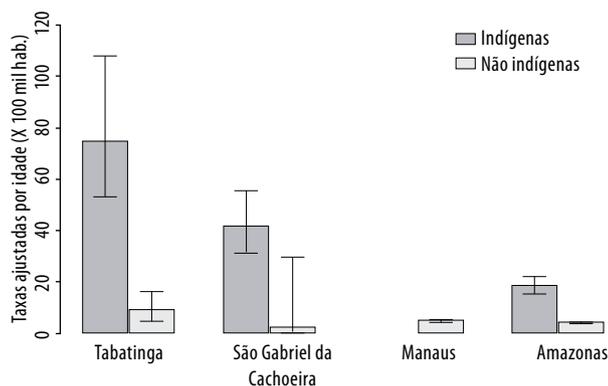


Figura 4. Taxas ajustadas de mortalidade por suicídio, segundo municípios selecionados e Amazonas, 2006-2010. Fonte: Adaptada do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/Datasus).

Na capital Manaus, a TAMS foi nula em indígenas. Por sua vez, em não indígenas essa taxa foi baixa, com um valor de 4,8/100 mil. A faixa etária de 60 anos e mais apresentou a maior taxa, de 14,9/100 mil.

DISCUSSÃO

A adoção da estratégia de desagregação dos dados utilizada neste estudo, nas categorias de cor ou raça indígenas e não indígenas, evidenciou que a taxa ajustada de mortalidade por suicídio (TAMS) nos indígenas, de 18,4/100 mil, foi alta e 4,4 vezes superior a observada nos não indígenas do Amazonas. Essa é uma questão relevante, já que, em geral, as escassas estatísticas oficiais⁹, bem como os raros estudos sobre o tema¹⁶, classificam as taxas de mortalidade por suicídio na população geral do Amazonas e na quase totalidade dos demais estados brasileiros como baixas, ocultando o comportamento desigual dessas taxas entre indígenas e não indígenas, por exemplo.

As desigualdades relativas à mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no Amazonas também ficaram evidentes ao avaliarmos o percentual desproporcionalmente maior de suicídios em indígenas. Enquanto apenas 5% do total da população estadual se autodeclarou indígena, quase 20% dos suicídios ocorreram entre indígenas no Amazonas. Portanto, de forma mais abrangente, esses achados reiteram a notável vulnerabilidade social e de saúde dos povos indígenas no Brasil em relação a outros segmentos da sociedade nacional¹⁷.

Elevadas taxas de mortalidade por suicídio em indígenas foram reportadas nos estados do Mato Grosso do Sul e Roraima⁷. Há também registro de elevadas taxas de mortalidade por suicídio em grupos indígenas brasileiros específicos como no caso dos Guarani Kaiowá e Nandeva⁶. Ademais têm sido reiteradamente encontradas elevadas taxas de mortalidade por suicídio em populações nativas do Canadá, Estados Unidos da América, Austrália e Noruega, para citar alguns exemplos¹⁸⁻²⁰. Tais evidências em conjunto atestam que elevadas taxas de mortalidade por suicídio em indígenas, definitivamente, não são uma exclusividade do estado do Amazonas, nem do Brasil.

Outro aspecto importante é que, além de elevadas, as TAMS em indígenas apresentaram um comportamento estatístico significativamente crescente ao longo dos anos observados, passando de 10,0/100 mil em 2006 para 26,1/100 mil em 2010, ou seja, um aumento de 1,6 vez na taxa de 2010 em relação a 2006. Embora seja plausível creditar parte do aumento dessas taxas em indígenas a melhorias no sistema de captação e notificação desses registros no âmbito dos serviços de saúde, parece-nos pouco convincente que esse fato seja o principal ou o único responsável por tamanho

aumento observado ao longo do período analisado. Desse modo, sugere-se que o problema do suicídio indígena no Amazonas se agravou no período em estudo.

Em populações não indígenas^{3,21-23}, em geral, as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio são observadas em pessoas idosas. Por outro lado, nos indígenas as mais elevadas taxas, comumente, são encontradas nos jovens, especialmente nos indivíduos de 15 a 24 anos de idade¹⁸⁻²⁰, algo semelhante ao encontrado em nosso estudo. No caso específico do Amazonas, não há dúvidas de que o suicídio indígena juvenil é um importante problema de saúde pública. Além de taxas elevadas, a principal causa de morte nesse grupo etário, no período de 2006-2010, foi justamente o suicídio, diferente do observado nos jovens não indígenas, nos quais a principal causa de morte foi o homicídio²⁴.

Assim como sistematicamente apontado na literatura^{3,4,21}, a TAMS masculina foi mais elevada do que a feminina, tanto nos indígenas como nos não indígenas. Entretanto, a sobremortalidade indígena masculina por suicídio (3,3 vezes) foi menor que a encontrada nos não indígenas (6,8 vezes). De modo semelhante, nos aborígenes do Canadá, observou-se uma sobremortalidade indígena masculina de 2,3 vezes, enquanto nos não aborígenes a sobremortalidade masculina foi de 4,2 vezes²⁵. Já em um estudo comparativo realizado no território norte da Austrália, a sobremortalidade masculina entre indígenas e não indígenas foi, respectivamente, 7,6 e 5,6 vezes²⁶. Tais achados evidenciam não só uma variabilidade na intensidade da sobremortalidade masculina nos indígenas, como também que, em contextos como o do estado do Amazonas e do Canadá, a participação das mulheres indígenas no fenômeno do suicídio é notadamente maior do que comumente se observa entre os não indígenas, na medida em que a razão da mortalidade entre os sexos evidencia que as mulheres indígenas se suicidam proporcionalmente mais que as mulheres não indígenas.

Outro importante aspecto em relação ao suicídio no estado do Amazonas refere-se às evidências que apontam para desigualdades na sua distribuição geográfica. Em apenas 16% dos municípios do Estado e quase que exclusivamente nas regiões sudoeste e noroeste do Amazonas, registraram-se óbitos por suicídio em indígenas. Tal achado aponta que, nos indígenas, a maior ocorrência do suicídio e consequentemente as mais elevadas taxas ocorrem preferencialmente em determinadas áreas do Estado, tal como observado em diferentes contextos^{5,27}.

Nos municípios de Tabatinga (situado no sudoeste do Estado, na chamada região do Alto Rio Solimões) e São Gabriel da Cachoeira (situado no noroeste do Estado, na região conhecida como Alto Rio Negro), ocorreram cerca de três quartos dos suicídios indígenas do Amazonas. Não por acaso, nesses mesmos municípios, foram observadas TAMS muito altas nos indígenas.

Nesse sentido, parece-nos importante frisar que ambas as regiões, tanto a do Alto Rio Solimões como a do Alto Rio Negro, têm em comum o fato de: possuírem elevada proporção de autodeclarados indígenas (mais de 25% da população total)¹⁰; grandes extensões de terras indígenas; estarem localizadas em faixa de fronteira internacional; e localizarem-se em áreas de segurança nacional, devido aos conflitos armados em países vizinhos, bem como por estarem na rota do tráfico internacional de drogas ilícitas. Ademais, ao longo dos últimos trinta anos, essas duas regiões, principalmente as cidades de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira, foram objeto de um conjunto de iniciativas governamentais que visavam incrementar a presença do Estado brasileiro e o seu povoamento. O resultado foi um grande afluxo de não indígenas para a região e um processo de urbanização da população indígena, sobretudo nos centros regionais ou sub-regionais, atraídos pela oferta de serviços educacionais, de saúde e/ou sociais^{28,29}. Dessa forma, assim como neste estudo, outras investigações também evidenciaram a importância do suicídio em indígenas que habitam a região dos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga^{10,14,28}, não restando dúvidas, portanto, sobre a importância local do suicídio.

Souza e Orellana¹⁴, em estudo anterior, apresentaram algumas hipóteses para as elevadas taxas de mortalidade por suicídio em São Gabriel da Cachoeira. Entre elas, destacaram o afastamento dos jovens das atividades tradicionais de subsistência bem como com as elevadas expectativas juvenis quanto ao futuro após a conclusão do ensino médio que contrastam com uma realidade na qual a possibilidade de continuar estudando e/ou de ter acesso a uma vaga no escasso mercado de trabalho regional é uma possibilidade virtual para a maioria. Diante da maior proporção de suicídios ocorridos nos dias de fim de semana, também aventaram a possibilidade de o consumo de bebidas alcoólicas contribuir de algum modo para as altas taxas de mortalidade por suicídio nesta localidade.

Pereira³⁰ propôs um modelo explicativo para o suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira. Nesse modelo, o suicídio foi relacionado a atributos do mundo individual, social e sobrenatural³¹. Em relação aos atributos do mundo individual, a condição de serem indígenas jovens do sexo masculino vulnerabilizaria para suicídio na medida em que sofreriam uma concorrência desleal por parte de não indígenas pela preferência das jovens indígenas e estariam em um momento de aprendizado do consumo de álcool, e o álcool “daria coragem para se matar”. Essa fase da vida, nesse cenário específico, seria marcada por atributos “psicológicos” de falta de controle, de crença no futuro e de desobediência a prescrições rituais, e aos conselhos dos mais velhos. No que se refere aos atributos do mundo social, destacam-se os possíveis conflitos familiares, as dificuldades em adaptar-se ao mundo urbano; e a possibilidade de serem vítimas de “sopro

ou estrago" (encanto xamânico, em geral motivado por inveja). Haveria uma grande vulnerabilidade juvenil a esse tipo de agressão, pois os jovens não conheceriam as estratégias de proteção ou deliberadamente não seguiriam os conselhos dos mais velhos, deixando de tomar medidas preventivas contra esse tipo de ataque. Haveria, ainda, a influência de atributos do mundo sobrenatural, na medida em que espíritos de jovens mortos viriam buscar outros jovens. Assim, em São Gabriel da Cachoeira atuam diferentes fatores, vulnerabilizando os jovens indígenas ao suicídio.

Em relação à Tabatinga não há estudos epidemiológicos nem investigações qualitativas sobre o suicídio no âmbito desse município específico. Por outro lado, há um já não tão atual estudo etnográfico sobre suicídio realizado entre os Tikuna²⁸ que habitam a região do Alto Solimões. A autora dessa pesquisa defende a associação entre o aumento do suicídio nessa região na última década do século passado ao incremento de confrontos entre os diferentes grupos faccionais que formam a sociedade Tikuna. Esses confrontos, embora ocorressem em outro momento histórico, de certo modo seriam uma espécie de reedição atualizada dos mecanismos de solução de conflitos que operavam nas antigas malocas. Para a autora, na base desses confrontos, estaria "o abandono a que tal população tem sido submetida pelos órgãos responsáveis pela definição e implementação das políticas públicas para as populações indígenas" (p. 299). Considerando a escassez de estudos, aponta-se a necessidade de um maior investimento em pesquisa sobre suicídio no contexto de Tabatinga.

No presente estudo, também foram evidenciadas taxas altas ou muito altas de mortalidade por suicídio em indígenas em outros municípios do Amazonas. Porém, nesses casos, é necessário prudência na interpretação dessas taxas, em virtude das flutuações típicas a que elas estão sujeitas quando se trata de um evento raro e calculado em populações de reduzida magnitude³². O caso do município de Amaturá, situado no sudoeste do Amazonas, próximo a Tabatinga, retrata bem essa realidade, na medida em que foram observadas TAMS muito altas em indígenas, em uma população inferior a 3 mil indivíduos e na qual ocorreram apenas cinco suicídios durante o período de estudo.

Já nos não indígenas, de modo geral, as taxas municipais foram em sua maior parte nulas e baixas, refletindo bem o padrão observado no nível estadual. As duas exceções foram os municípios de Japurá e Santa Isabel do Rio Negro, onde essas taxas foram classificadas como alta e muito alta, respectivamente. No entanto, vale destacar que o total de casos observados nesses municípios durante o período de estudo foi próximo a discretos 2%, em relação ao total de óbitos contabilizados para os não indígenas do Amazonas, sugerindo que os valores dessas taxas tenham sido influenciados pela flutuação dos pequenos números, como anteriormente destacado.

No município de Manaus, capital do estado do Amazonas, embora o último Censo Demográfico do IBGE tenha apontado que aproximadamente 0,2% da sua população se autodeclarou indígena, não foram encontrados registros de suicídio nessa subpopulação durante o período de estudo.

Ainda que a ausência de notificações de suicídio indígena em Manaus nos últimos 15 anos seja fato²⁴, é possível que sua ausência esteja relacionada a problemas de cobertura do SIM/Datasus, ou, ainda, ao inadequado preenchimento do campo cor ou raça da DO por parte dos profissionais de saúde, conforme discutido por Orellana *et al.*¹⁰. Porém, vale destacar que, no mesmo período de estudo, o SIM/Datasus acusou a existência de dezenas de registros de óbitos em indígenas na cidade de Manaus, inclusive devido às causas externas de mortalidade, como, por exemplo, ao homicídio²⁴. Portanto, a hipótese de que eventuais casos de suicídio indígena em Manaus tenham deixado de ser identificados em decorrência de erros de classificação no campo cor ou raça da DO nos parece frágil.

Outro ponto importante são as semelhanças e as diferenças entre as características sociodemográficas e epidemiológicas dos suicídios ocorridos entre indígenas e não indígenas. Nos dois grupos, observou-se um predomínio de casos em homens; solteiros; em pessoas com escolaridade de 4 a 11 anos; com ocorrência preferencial do suicídio no ambiente domiciliar; e com o enforcamento como o principal método utilizado para lograr o suicídio. Os indígenas se suicidaram mais durante os fins de semana do que os não indígenas, replicando achados apresentados previamente por Orellana *et al.*¹⁰.

Contudo, vale destacar que o percentual de indígenas que cometeu suicídio e que não tinha escolaridade alguma foi significativamente superior ao de não indígenas. Tal achado já era de certa forma esperado, na medida em que o acesso a educação formal é mais restrito na população indígena⁸. Também foram observadas diferenças significativas em relação ao local de ocorrência da morte por suicídio entre os indígenas e não indígenas. Os indígenas que cometeram suicídio morreram mais frequentemente no domicílio e naturalmente menos em hospitais ou outros serviços de saúde do que os não indígenas. Isso pode ser reflexo de um maior acesso dos não indígenas a estabelecimentos de saúde do que os indígenas e ao tipo de método preferencial utilizado pelos indígenas, neste caso o enforcamento, pois este é um evento tipicamente domiciliar e de extrema letalidade³³.

Também merece destaque o percentual notadamente maior de não indígenas que usaram arma de fogo para cometer o suicídio em relação aos indígenas – próximo de zero. Essa diferença pode estar relacionada a um eventual menor acesso dos indígenas a armas de fogo, em especial as de cano curto, tendo em vista que estas últimas são as mais frequentemente usadas na perpetração do ato suicida³⁴. A propósito, esse é um padrão que difere substancialmente do

observado em indígenas de outras regiões do mundo, nas quais o uso das armas de fogo é proporcionalmente maior³⁵.

Contudo, mesmo que os dados deste estudo evidenciem importantes desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas, algumas limitações devem ser consideradas. Uma delas está relacionada ao uso de dados secundários oriundos do SIM/Datasus, que, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, ainda apresentam limitações relacionadas a cobertura e fidedignidade, especialmente no Norte do país, incluindo o estado do Amazonas^{36,37}. Reiterados estudos sobre mortalidade por causas externas têm apontado problemas relacionados à subnotificação dos casos de suicídios no país^{38,39}. Portanto, esses achados não só evidenciam o caráter limitado dos registros de suicídio no Brasil, como também a necessidade do seu fortalecimento mediante estratégias que resultem no esclarecimento de profissionais de saúde e médicos acerca do adequado preenchimento das declarações de óbito, sobretudo do campo referente à causa básica de morte, por exemplo. Ademais, é possível que em situações como a do Amazonas, em que há notórios problemas de cobertura e fidedignidade, a magnitude das taxas de suicídio possa ser ainda maior do que as observadas neste estudo.

Outro aspecto que deve ser considerado com cautela diz respeito à forma de cálculo das taxas de mortalidade, uma vez que utilizamos fontes de dados que se valem de estratégias distintas para classificação dos casos quanto ao quesito cor ou raça. Ou seja, para compor o numerador foram utilizados dados de cor ou raça provenientes do SIM/Datasus, os quais são pautados em critérios de heteroclassificação. Já o denominador, neste caso os dados populacionais do estudo, foi obtido a partir do IBGE, o qual adota o sistema de auto-declaração. Portanto, apesar de reconhecermos como uma limitação do estudo o fato de termos utilizado dados obtidos por meio de diferentes métodos de classificação racial para a obtenção das taxas, há de se considerar que, conforme alertam Bastos *et al.*⁴⁰, a classificação racial no Brasil é particularmente complexa e parece sofrer influência de diversos fatores, mas nem por isso deve ser vista como um empecilho para a identificação de desigualdades étnico-raciais.

Apesar dessas observações, nosso estudo se alinha a um conjunto relativamente recente de iniciativas nacionais que vem investigando as taxas e as características da mortalidade por suicídio em contextos específicos^{5,41}. Esses estudos vêm desvelando, de forma reiterada, a existência de grupos e regiões nas quais se observam elevadas taxas de mortalidade por suicídio, evidenciando segmentos populacionais especialmente vulneráveis à morte por essa causa específica⁴².

CONCLUSÕES

Os achados deste estudo demonstraram as notáveis desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e

não indígenas no estado do Amazonas, especialmente nos municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira, o consistente aumento das taxas em indígenas nos anos avaliados, as diferenças sociodemográficas e epidemiológicas entre o perfil de indígenas e não indígenas que cometeram suicídio e, principalmente, a importância de se avaliar o suicídio em contextos particulares e não necessariamente na população geral ou em escalas territoriais amplas que, em certa medida, ocultam a importância desse evento em subpopulações e localidades específicas.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Ambos os autores contribuíram significativamente na concepção, no desenho do estudo, na análise e na interpretação dos dados, bem como na elaboração e revisão crítica do artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Ambos os autores não possuem quaisquer conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Este artigo foi desenvolvido no âmbito do “Programa de Núcleos de Excelência” da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Amazonas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Fapeam/CNPq), projeto “Saúde e condições de vida de povos Indígenas na Amazônia” e contou com suporte financeiro do Instituto Brasil Plural.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. WHO. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Supl II):S86-93.
4. 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.
5. Macente LB, Zandonade E. Spatial distribution of suicide incidence rates in municipalities in the state of Espírito Santo (Brazil), 2003-2007: spatial analysis to identify risk areas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:261-9.
6. 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.
7. Souza MLP, Orellana JDY. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012b;34:489-92.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Orellana JDY, Basta PC, Souza MLP. Mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, no prelo.
11. OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.ed. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP; 2000.
12. Fay MP, Feuer EJ. Confidence intervals for directly standardized rates: a method based on the gamma distribution. *Stat Medic*. 1997;16:791-801.
13. Ahmad OB, Bochi-Pinto C, Lopez A, Murray C, Lozano R, Imone M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: WHO; 2001. (GPE Discussion Paper Series, 31).
14. Souza MLP, Orellana JDY. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(1):34-7.
15. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World Health Stat Q*. 1993;46(1):52-68.
16. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2011: Os Jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
17. Santos RV, Coimbra Jr, CEA. Saúde Indígena. In: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 128-30.
18. Silviken A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway. *Int J Circumpolar Health*. 2009;68:204-11.
19. 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.
20. Kirmayer LJ, Brass GM, Holton T, Paul K, Simpson C, Tait C. Suicide among Aboriginal People in Canada. Ottawa, Ontario: Aboriginal Healing Foundation; 2007.
21. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ML. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Méx*. 2010;52(4):292-304.
22. Vichi M, Masocco M, Pompili M, Lester D, Tatarelli R, Vanacore N. Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002. *Psychiatry Res*. 2010;175:89-97.
23. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:750-7.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. 2010 Abril [acessado 2012 abr. 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
25. 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.
26. Kuipers P, Appleton J, Pridmore S. Thematic analysis of key factors associated with Indigenous and non-Indigenous suicide in the Northern Territory, Australia. *Rural Remote Health*. 2012;12:2235.
27. Cheung YTD, Spittal MJ, Williamson MK, Tung SJ, Pirkis J. Application of scan statistics to detect suicide clusters in Australia. *PLoS ONE*. 2013;8:e54168.
28. Erthal RMC. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cad Saude Publica*. 2001;17(2):299-311.
29. Andrello G. Cidade do Índio: Transformações e Cotidiano em Iauaretê. São Paulo: UNESP/ISA; 2006.
30. Pereira MM. Representações sociais sobre suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira – AM: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação multidisciplinar em saúde, sociedade e endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas; 2013.
31. Helman, Cecil G. Interações médico-paciente. In: Cultura, saúde e doença. Tradução Cláudia Buchweitz e Pedro Garcez. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
32. Adams K, Price D. Introduction. In: The demography of small-scale societies: case studies from Lowland South America. Bannington Vermont: Bannington Collage (South American Indian Studies, n. 4), 1994.
33. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2005;34:433-42.
34. Grassel KM, Wintemute GJ, Wright MA, Romero MP. Association between handgun purchase and mortality from firearm injury. *Inj Prev*. 2003;9:48-52.
35. Boothroyd LJ, Kirmayer LJ, Spreng S, Malus M, Hodgins S. Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: a case-control study. *CMAJ*. 2001;165:749-55.
36. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23:349-56.
37. Szwarcwald CL, Morais Neto OL, Frias PG, Souza Jr. PRB, Cortez-Escalante JJ, Lima RB, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do SINASC nos municípios brasileiros. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizadores. Saúde Brasil, 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 79-98. (Série G. Estatísticas e Informação em Saúde).
38. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para seu enfrentamento II. Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5:212-23.
39. Matos SG, Proieitti FA, Barata RCB. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica*. 2007;41:76-84.
40. Bastos JL, Dumith SC, Santos RV, Barros AJD, Del Duca GF, Gonçalves H, et al. Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers' and interviewees' "color/race" in southern Brazil. *Cad Saude Pública*. 2009;25:2111-24.
41. Marín-león L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
42. Bertolote JM. Por que o Brasil está perdendo a corrida contra o suicídio de jovens? *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:245-8.
43. 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;24:42-57.