



Psicologia Ciência e Profissão  
ISSN: 1414-9893  
revista@pol.org.br  
Conselho Federal de Psicologia  
Brasil

Grubits, Sonia; Bruna Grubits Freire, Heloisa; Vera Noriega, José Angel  
Suicídios de Jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil  
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 31, núm. 3, 2011, pp. 504-517  
Conselho Federal de Psicologia  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021812006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Suicídios de Jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil

Suicides Among Young Guarani /Kaiowá  
in Mato Grosso do Sul, Brazil

Suicídios de Jóvenes Guaraníes/Kaiowás  
de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Sonia Grubits**

Universidade Católica Dom Bosco

**Heloisa Bruna Grubits Freire**

Universidade Católica Dom Bosco

**José Angel Vera Noriega**

Centro de Investigação em  
Alimentação e Desenvolvimento A.C.

Artigo



**Resumo:** O Estado de Mato Grosso do Sul possui a segunda maior nação indígena do Brasil, com 66.963 índios, de acordo com os últimos dados da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (2008), dos quais 40.245 são Guarani/Kaiowá. Ainda segundo a FUNASA, ocorreram 410 suicídios nessa nação de 2000 a agosto de 2008. As tentativas de suicídio não consumadas, porém, não foram registradas. A maioria dos suicidas são homens, 65% na faixa etária de 15 a 29 anos, e o método mais frequente é o enforcamento. Neste trabalho, apresentamos conclusões de estudos referentes às causas do problema, destacando-se a concepção de feitiço, com implicações nos conceitos de instinto de vida e de morte, inconsciente coletivo e sugestão; também o processo de confinamento compulsório ao qual o grupo vem sendo submetido, com superpopulação das aldeias, imposição de crenças, valores e lideranças estranhos a sua cultura são citados como fatores causais. Sugerimos, além da revisão urgente da política governamental em relação às terras indígenas, uma retomada da identidade étnica como forma de afirmação e a reorganização do grupo Guarani/Kaiowá.

**Palavras-chave:** Índios. Jovens. Suicídios. Cultura.

**Abstract:** According to the latest data from the Fundação Nacional de Saúde (National Health Foundation – FUNASA, 2008), the State of Mato Grosso do Sul shelters the second largest indigenous nation in Brazil, with 66.963 indians, among which 40.245 are Guarani/Kaiowá. Still according to FUNASA, 410 suicides were committed in this nation between 2000 and August 2008, a number that does not take failed suicide attempts into account. Most suicides were men and 65% were 15 to 29 years old. Their most common method is hanging. The present work presents the conclusions of studies related to the problem causes, emphasizes the conception of bewitchment, with implications on the concepts of life and death instincts, collective unconscious and suggestion. The compulsory confinement process to which this group has been submitted, which includes the overpopulation of their villages and the imposition of new beliefs, values and leaderships unfamiliar to their culture are mentioned as causal factors. Beyond the urgent revision of the government's policy regarding indigenous land, we suggest the ransom of their ethnic identity as a way to affirm and reorganize the Guarani/Kaiowá group.

**Keywords:** Indians. Youths. Suicides. Culture.

**Resumen:** El Estado de Mato Grosso do Sul posee la segunda mayor nación indígena de Brasil, con 66.963 indios, según los últimos datos de la Fundación Nacional de Salud – FUNASA (2008), de los cuales 40.245 son Guaraníes/Kaiowás. Aún según FUNASA, han sucedido 410 suicidios en esa nación entre el año 2000 y agosto de 2008. Los intentos de suicidio no consumados, sin embargo, no se han registrado. La mayoría de las personas que intentan suicidio son hombres, un 65% en la franja de edad de 15 a 29 años, y el método más frecuente es el ahorcamiento. En este trabajo, presentamos conclusiones de estudios referentes a las causas del problema, destacándose la concepción de hechizo, con implicaciones en los conceptos de instinto de vida y de muerte, inconciente colectivo y sugerencia; también el proceso de confinamiento compulsorio al cual el grupo ha sido sometido, con sobrepoblación de las aldeas, imposición de creencias, valores y liderazgos extraños a su cultura son citados como factores causales. Sugerimos, más allá de la revisión urgente de la política gubernamental en relación a las tierras indígenas, una retomada de la identidad étnica como forma de afirmación y reorganización del grupo Guarani/Kaiowá.

**Palabras clave:** Indios. Jóvenes. Suicídios. Cultura.

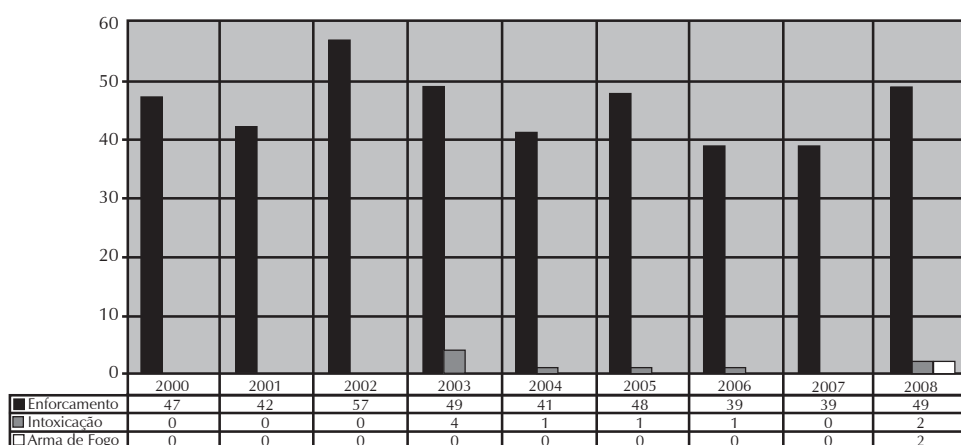
Entre os problemas vividos por diferentes grupos indígenas brasileiros, os suicídios, as tentativas e as recidivas entre os Guarani têm despertado o interesse de pesquisadores e estudiosos de diferentes áreas, de meios de comunicação e de instituições ligadas a direitos humanos. Publicações referentes às questões indígenas e à sua história e o contato direto nas aldeias em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, Brasil, onde tivemos oportunidade de observar e acompanhar

diversos problemas enfrentados por esses grupos nos contatos com a sociedade nacional, nos suscitam reflexões sobre os motivos que levam os membros das populações indígenas, direta ou indiretamente, à autodestruição.

O Estado de Mato Grosso do Sul, onde desenvolvemos nossos trabalhos, é o segundo do Brasil em número nos censos de populações indígenas divulgados pela FUNASA (2008), com um total de 63.963

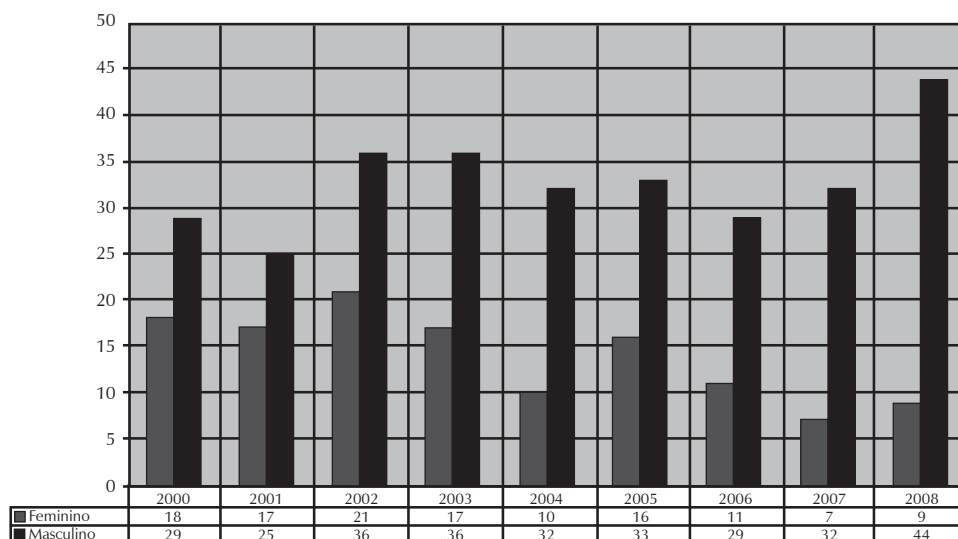
índios, sendo Guarani (atualmente existe uma tendência para dividi-los em Guarani, Kaiowá e Guarani/Kaiowá) cerca de 40.245.

Segundo dados colhidos junto à FUNASA, de 2000 a 2008, 410 índios do grupo Guarani/Kaiowá em Mato Grosso do Sul se suicidaram, sendo que o método mais frequente é o de enforcamento (Tabela 1). As tentativas não consumadas de suicídio não foram registradas. Esses dados apontam o fato de que os referidos suicídios continuam ocorrendo em ondas no período de oito anos, repetindo observações anteriores de Brand (1997).

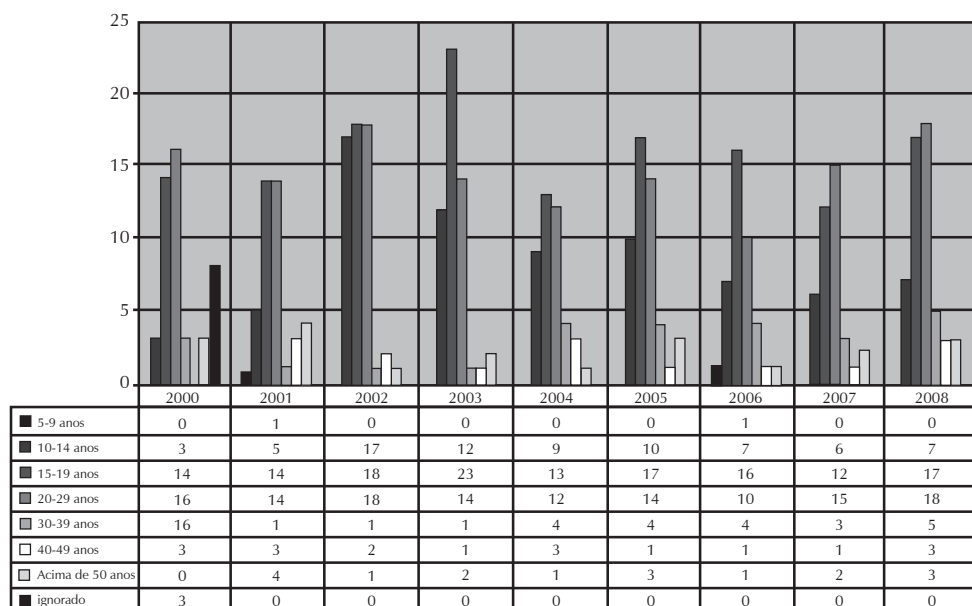


**Figura 1.** Óbitos por causa de suicídio no DSEI-MS de 2000 a 2008

A maioria dos suicidas é de homens, apesar do percentual de mulheres estar próximo (figura 2). Os suicídios ocorrem com mais frequência nas faixas etárias abaixo de 29 anos, sendo que, nesse período, foram registradas duas morte na faixa de 5 a 9 anos (Figura 3).



**Figura 2.** Óbitos de suicídio por sexo no DSEI-MS de 2000 a 2008



**Figura 3.** Óbitos de suicídio por faixa etária DSEI-MS de 2000 a 2008

O grupo enfrenta problemas de disputa de terras, questões referentes à demarcação. A Justiça encontra dificuldades na tomada de decisão quanto à posse de terras devido ao tempo de sua ocupação pelos não índios, muitas vezes em propriedades com certificação de mais de duas gerações da mesma família. Ao mesmo tempo, vestígios de terras indígenas em achados arqueológicos e antropológicos indicam que, em um passado recente, no mesmo espaço, existiam grupos indígenas.

Na literatura referente aos problemas enfrentados pelas comunidades indígenas, percebemos que, de modo geral, antropólogos, sociólogos e missionários indicam fatores sociais, culturais, econômicos e políticos para explicar os graves problemas que diferentes grupos indígenas enfrentam. Ultimamente, ecologistas também demonstram tal preocupação devido à poluição de rios, ao desmatamento e ao confinamento em reservas de grupos indígenas que, no passado, mudavam suas aldeias quando ocorria a diminuição dos recursos de caça, pesca, colheita e mesmo de pequena agricultura. Sabemos também que, aliada aos fatores ambientais, a incorporação dos índios nos circuitos de contágio de moléstias de que são portadores os agentes da sociedade não índia tem como efeito a despolação e o debilitamento dos sobreviventes (Ribeiro, 1996).

De modo geral, podemos resumir assim os fatores importantes que contribuem para a problemática indígena: a proximidade com a sociedade capitalista e a delimitação territorial das reservas implicaram o abandono da vida nômade ou impediram o deslocamento dos grupos, e, em consequência, a poluição do meio ambiente onde estão localizados, provocando doenças que muitas vezes podem levá-los à morte. Outra questão relevante é a imposição de novas religiões, que fazem-nos perder seus referenciais, desorganizando-os social e culturalmente até levá-los a conflitos e desajustes – em ambas as sociedades – que os empurram à adoção de vícios como o

do alcoolismo e o da prostituição. Além disso, a imposição da própria cultura não índia, com veiculação de costumes alheios aos seus, quer na maneira de se vestir e de se comportar, quer na própria concepção de trabalho, com o objetivo de *educá-los*, levam-nos ao risco de uma desagregação (Ribeiro 1996).

## Conceitos e pesquisas sobre os suicídios

A maioria das definições de suicídio apresenta limitações, principalmente se levarmos em conta os aspectos ditos inconscientes. Frequentemente, os estudos sobre suicídio valorizam a consciência e a intencionalidade do ato, acreditando-se que o indivíduo estava lúcido e consciente de que a ação o levaria à morte (Cassorla, 1981). Por outro lado, Durkheim (1977) alerta para o fato de que não devemos classificar e tratar da mesma forma o suicídio de uma pessoa com problemas mentais e o suicídio de outra que possui mente sadia.

Buscando evitar enganos em estudos multicêntricos sobre a epidemiologia das tentativas de suicídio, a Organização Mundial de Saúde apresenta uma definição para a tentativa de suicídio baseada na Décima Classificação Internacional de Doenças:

Atos com resultados não fatais nos quais um indivíduo intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intervenção de outros, causando auto-lesão ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamentos (em relação à dosagem prescrita ou aceita como normal), com a finalidade de provocar mudanças, em decorrência das conseqüências físicas ocorridas ou esperadas (WHO, 1992, p. 2)

Encontramos, em alguns textos, suicídio e tentativa de suicídio sob a mesma denominação de *comportamento suicida*. A Organização Mundial de Saúde define comportamento suicida como “todo ato pelo

qual um indivíduo cause lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e do conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (WHO, 1992, p. 2).

Um dos principais problemas na caracterização e identificação de comportamentos suicidas é a dificuldade de critérios para o diagnóstico. O conhecimento da verdadeira gravidade desse fenômeno é extremamente deficiente. Instituições de saúde que atendem pessoas que tentaram o suicídio frequentemente não registram esses casos como tais. Botega (2007) indica o suicídio como um sério problema de saúde pública, sendo que, em termos globais, esse tipo de mortalidade aumentou 60% nos últimos 45 anos no Brasil. Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para as faixas mais jovens. Segundo o autor, na maioria dos países, o suicídio está situado entre as 10 causas mais frequentes de morte e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens.

O autor cita ainda registros da Organização Mundial da Saúde que informam o número de 900.000 pessoas que cometeram suicídio em 2003, sendo o coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil relativamente baixo em uma escala mundial, em média, 4,5 por 100.000 habitantes ao longo de um ano. Botega (2007) ressalta, porém, que alguns grupos populacionais, como, por exemplo, o de jovens em grandes cidades, o de indígenas do Centro-Oeste e do Norte e lavradores do interior do Rio Grande do Sul, apresentam cifras que se aproximam ou superam a de países do leste europeu e da Escandinávia. Os coeficientes de suicídio no Brasil têm aumentado, especialmente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino.

Botega (2007), finalmente, informa que, na quase totalidade dos casos, um transtorno mental encontra-se presente, com o envolvimento de questões socioculturais,

Um desenvolvimento adequado dos adolescentes sem riscos de suicídio é influenciado em grande parte pela imagem que tenham de si mesmos, pelo grau de impulsividade, pelos seus mecanismos de autocontrole e pela integração da demanda impulsiva, assim como pelo tipo e qualidade da relação que experimentam com outros fatores significativos, como a família e os integrantes de seu contexto social (Salvo & Melipillan, 2008).

genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais ou ambientais. A literatura sobre suicídio é muito vasta e tem aumentado nos cinco últimos anos. Seleccionamos algumas pesquisas brasileiras e latino-americanas para ilustrar os avanços e importantes conclusões sobre o tema. Cabe ressaltar que pode ser notada uma diferenciação nos resultados de acordo com características culturais e sociais do país ou região onde os trabalhos foram desenvolvidos.

Pesquisas mais recentes realizadas no Chile indicam seis relações estatisticamente significativas para a tendência ao suicídio, seguindo uma ordem de importância: autoestima, gênero, impulsividade, coesão familiar, percepção de apoio social e idade. As mulheres apresentaram maior tendência a ideias e tentativas de suicídio. Um desenvolvimento adequado dos adolescentes sem riscos de suicídio é influenciado em grande parte pela imagem que tenham de si mesmos, pelo grau de impulsividade, pelos seus mecanismos de autocontrole e pela integração da demanda impulsiva, assim como pelo tipo e qualidade da relação que experimentam com outros fatores significativos, como a família e os integrantes de seu contexto social (Salvo & Melipillan, 2008).

Viana, Zenkner, Sakae e Escobar (2008), analisando todas as dezessete cidades pertencentes à região de Amurel, em Santa Catarina, no sul do Brasil, durante cinco anos, obtiveram o coeficiente de 7,9 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes, número que está dentro da média catarinense. No entanto, os coeficientes variaram muito entre as cidades, atingindo valores tão altos quanto os dos países com maior incidência no mundo (como a França, com 19 suicídios/100.000 habitantes) até valores menores que as estimativas brasileiras. Os autores indicam que as regiões em questão foram compostas por imigrantes europeus e

herdaram a cultura de seus países de origem, o que justifica que a mortalidade se assemelhe à européia.

Nos cálculos da média de toda a população de Amurel, os números de suicídio ficaram acima da média brasileira de 4 a 6 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes, sendo que, de 2001 a 2003, esses valores se encontraram próximos ou dentro das estimativas brasileiras; porém, nos dois anos seguintes, 2004, com coeficiente de 7,19, e 2005, também com alto coeficiente, 7,93, ficaram acima das estatísticas brasileiras, porém dentro da média catarinense, que é a segunda de maior impacto no Brasil, com 7 a 8,5 suicídios por 100.000 habitantes.

Além disso, foi encontrado predomínio de suicídios no sexo masculino, de maneira global, altos índices em pacientes maiores de 45 anos de idade, um número significativo de pacientes que não possuíam união estável (solteiros, separados, divorciados e viúvos), nos dois casos seguindo a tendência mundial. A prevalência do método de enforcamento, arma de fogo e intoxicação exógena (inseticidas e superdosagem de medicamentos, entre outros) estão de acordo com os números nacionais. Cabe ressaltar que estudos realizados por Borges e Werlang (2006) com jovens em Porto Alegre concluíram que as variáveis mais associadas à ideação suicida foram o sexo feminino, o fato de se ter um amigo que tenha tentado o suicídio e características de depressão e desesperança.

Parente, Soares, Araujo e Cavalcante (2007), no Nordeste do Brasil, em Teresina, informam um predomínio maior para o sexo masculino de 71,3% (6 a 11 suicídios por 100 mil/hab.), e, em relação ao sexo feminino, de 28,7% (1,8 a 4 suicídios por 100 mil/hab.), sendo marcante a diferença em todos os anos, o que corrobora os dados nacionais. Informa ainda que o menor índice de suicídio entre



as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida, sendo que as mulheres reconhecem precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental e buscam ajuda em momentos de crise. Por outro lado, cita a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais e a armas de fogo, maior sensibilidade em relação à instabilidade econômica, com desemprego e empobrecimento, como fatores que predis põem o homem ao suicídio.

Os autores, ao analisar a faixa etária nos períodos de 2000 a 2005, observaram a presença de mortes por suicídio em todas elas, sendo a incidência maior nas populações mais jovens. Os dados dessa pesquisa se assemelham aos da literatura, em que alguns estudos demonstram que a idade média das pessoas que cometem suicídio no Brasil tem diminuído nos últimos anos, ou seja, o grupo de jovens é a população cuja taxa de suicídio vem aumentando nos últimos 20 anos.

Os altos índices de suicídio indicam que os jovens brasileiros estão morrendo cada vez mais por causas violentas. A grande pressão ocupacional e o aumento da competitividade no mercado de trabalho tornam a população jovem brasileira particularmente vulnerável ao risco de suicídio. Finalmente, quanto ao estado civil, de modo geral, os suicídios são menos frequentes em pessoas casadas e aumentam em números expressivos entre os solteiros, viúvos e divorciados, destacando-se o isolamento social como importante fator de risco ao suicídio.

Resultados diferentes foram encontrados na Colômbia, em estudos de Perez, Rodriguez, Dussan e Ayala (2007). Para cada homem, quatro mulheres tentaram suicídio, sendo que os autores relacionam esses resultados

à depressão, ao maltrato, ao abuso sexual infantil e à violência intrafamiliar, cujas vítimas predominantes são as mulheres. Além disso, indicam uma alta prevalência de formas de desigualdade social de gênero na sociedade colombiana, onde foi realizada a pesquisa. Cabe ressaltar também que as idades são em torno de quinze anos, sendo citadas alterações no equilíbrio biopsicossocial na adolescência, uma puberdade mais precoce e uma dependência social mais duradoura, o que causa estresse, tensões e problemas na família e na escola.

### Suicídios: fatores sociais, psicólogos e biólogos

O comportamento suicida vem sendo estudado tanto sob o ponto de vista psicológico, como expressão de uma personalidade individual, de sua própria constituição, como sob o ponto de vista dos aspectos sociais e culturais, através da história do desenvolvimento, de circunstâncias sociais e de fantasias especiais sobre a morte e o pós-vida, de acordo com Cassorla (1991).

O ambiente psicossocial inclui eventos de vida e, principalmente, suporte interpessoal. Além disso, a variabilidade biológica corrente, que vem se desenvolvendo, inclui recentes pesquisas ligadas ao nível de serotonina. Quanto aos aspectos biológicos, a serotonina (5-HT) tem sido relacionada ao suicídio e à tentativa de suicídio. O método frequentemente usado em pesquisas biológicas no exame do metabolismo da serotonina central em humanos é a medida de seu maior metabólito (ácido 5 hidroxi-indol-acético – 5 HIAA) no líquido cerebrospinal (LCR). Menor quantidade de 5 HIAA no LCR indica diminuição no metabolismo do 5 HT no sistema nervoso central; essa diminuição acarreta baixos níveis de 5 HIAA no LCR, e tem sido encontrada em transtornos depressivos relacionados ao suicídio ou a tentativa de suicídio (Van



Praag, 1986). Segundo Marshall (2007), as anormalidades dos neuro- transmissores norepinefrina e serotonina desempenham um papel importante nas desordens de ânimo, sendo seus níveis e efeitos pouco ativos na depressão e hiperativos na mania. Outros estudos na área biológica têm indicado a importância de níveis satisfatórios de serotonina no tratamento de pacientes com depressão suicida.

Estudos estatísticos indicam o meio ambiente como causa fundamental única do suicídio. Durkheim (1977) foi o maior representante dessa teoria, indicando o grau de integração do indivíduo ao grupo no qual vive como fator determinante do suicídio. Uma inclinação coletiva ao suicídio, expressa na taxa de suicídio, segundo o autor, pode influenciar o indivíduo e pressioná-lo a matar-se. Enquanto as características da sociedade não se alteram, a taxa de suicídio na sociedade tende a ser estável.

Para Durkheim, existem três tipos de suicídio: o suicídio egoísta, praticado por aqueles que não estão fortemente integrados a qualquer grupo social e que não se encontram mais sob a influência da sociedade, da família e da religião; o suicídio altruísta, praticado pelos indivíduos que sacrificam a vida pelo bem do grupo e que sofrem a influência dos mecanismos de identificação de grupo, aplicado àqueles cuja propensão ao suicídio deriva da excessiva integração a um grupo social, e, finalmente, o suicídio anômico, que ocorre em indivíduos que vivem em uma sociedade em crise. A estabilidade social, a integração do indivíduo na sociedade, está perturbada, o que altera as normas costumeiras de comportamento. Da mesma forma, o desemprego, ou mais precisamente, a menor oferta de empregos e a mudança nas condições econômicas estão associadas ao aumento da taxa de suicídio, assim como o isolamento social, o estado civil e a idade.

A importância exclusiva dos fatores sociais foi sendo questionada, e os sociólogos foram se tornando mais críticos em relação às estatísticas. Segundo Cassorla (1989), a Psicologia dinâmica, através da psicanálise, surge como o campo de conhecimento mais estruturado em relação ao funcionamento psíquico, apoiando-se na excessiva racionalização do século XIX e do início do século XX. O autor indica uma sequência de fatores constitucionais, ambientais, culturais, biológicos e psicológicos que vão se acumulando na história do indivíduo e que podem gerar um comportamento suicida. Para ele, indivíduos que vivem uma situação de crise, com pensamentos insuportáveis, manifestam medo da loucura, do aniquilamento, da desintegração, e, às vezes, apresentam uma angústia intensa que pode estar associada à desesperança, à tristeza e à melancolia. A morte é vista, assim, como a solução, não porque se deseje a morte, mas porque a vida se torna insuportável. O suicida, portanto, não quer morrer, o que ele deseja é fazer cessar o sofrimento.

A associação do suicídio à transmissão genética está na relação de indivíduos que cometem suicídio, que possuem história de suicídio ou casos de tentativa de suicídio na família. Rapeli (1997) alerta para o fato de que outros aspectos devem ser investigados nesses casos, como, por exemplo, a atuação de processos de identificação, que sabidamente influenciam o comportamento suicida. Ainda segundo informações do autor, algumas doenças psiquiátricas constituem maior risco para o suicídio, como a depressão, o alcoolismo e a esquizofrenia. A depressão é o diagnóstico psiquiátrico mais frequentemente encontrado em vítimas de suicídio, e uma série de publicações revela que aproximadamente 10% dos pacientes deprimidos tem história de suicídio na família, segundo Roy (1992).

A depressão é o diagnóstico psiquiátrico mais frequentemente encontrado em vítimas de suicídio, e uma série de publicações revela que aproximadamente 10% dos pacientes deprimidos tem história de suicídio na família, segundo Roy (1992).

## Suicídio: infância, adolescência e família

O maior número de suicídios entre os Guarani/Kaiowá ocorre no período da adolescência. Essa fase, para Erickson (1987), é um período crítico para a formação da identidade, e sua passagem dependerá das condições inatas do indivíduo, das condições para seu desenvolvimento, das experiências na família e da própria cultura onde cada um passou a infância. O adolescente tenta integrar tanto o seu passado como o seu futuro, e dessas tentativas é que resultará a construção de sua identidade. O autor ressalta a revivência do processo de separação-individuação na adolescência e o processo de *dessimbiotização*.

Mioto (1994) afirma que a tentativa de suicídio do jovem não deve ser compreendida como uma *doença* ou *patologia* nos moldes clássicos. O ato suicida se enquadra na busca de um sentido de identidade, e o que deve estar presente é um sentido de continuidade entre o passado e o futuro, sendo que o jovem enfrenta tanto sua experiência passada quanto suas possibilidades futuras. Cabe ressaltar que ter um passado desastroso, evidências adicionais de fracasso, especialmente dos pais, e casos de tentativa de suicídio também são relevantes.

O caráter paradoxal da capacidade que o jovem tem de colocar sua vida em perspectiva pode estar na origem do fenômeno. O aumento acentuado do número de jovens que apresentam comportamento suicida, segundo ela, pode estar relacionado com a habilidade cada vez maior que o jovem tem de prever seu futuro a partir das experiências do passado. Mioto (1994) cita inúmeros estudos epidemiológicos que indicam o meio familiar como um importante fator na estruturação e no desencadeamento do ato suicida, como a separação dos pais, relacionamento conjugal e familiar ruins, ausência e alcoolismo, principalmente do

pai, e mudanças constantes, que geram maior incidência de comportamentos suicidas, maior envolvimento dos familiares com a polícia, com a Justiça e ocorrência de doenças crônicas.

Para Tousiganat (1991), as tendências suicidas estão condicionadas ao tipo de vivência que a família proporciona à criança, o que pode ser confirmado pela recorrência temática das histórias de vida dos jovens: problemas familiares, separações, consumo abusivo de drogas e álcool. Solidão e contexto escolar sem afeto são citados por Castellan (1991).

Segundo Cassorla (1984), lar desfeito não se refere apenas a uma situação objetiva de perda e separação dos pais, mas também a lares psicologicamente desfeitos. Quanto mais precoce é o funcionamento negativo do lar, maior é a possibilidade de prejuízo para os filhos. Quanto ao ambiente suicida, o número de tentativas de suicídio efetuadas pelo jovem e o grande número de suicídios e de tentativas no contexto que o cerca são as principais características. O autor relata também que, nas pesquisas com grupos de jovens que tentam suicídio, foram encontradas famílias com mães autoritárias e pais fracos e ausentes, ambiente familiar frio que gera tristeza e insegurança nas crianças.

De acordo com Castellan (1991), a família de suicidas geralmente não sustém um projeto de vida, não possui comunicação adequada nem compreensão mútua em algum grau, e não dá um sentido à vida. Mioto (1994) analisou também aspectos históricos e interacionais em famílias de jovens que tentam suicídio e relata que o processo se inicia mesmo antes do nascimento do jovem, tendo suas origens na própria constituição da família.

Outra hipótese relevante nas conclusões de sua pesquisa sobre jovens que tentam suicídio é que os desejos de morte, intrinsecamente relacionados com os conflitos da mãe ou do pai, estão, desde o início, presentes na vida familiar. Esses desejos são alimentados

pelos fracassos vividos e pela desesperança em relação ao futuro, que são projetados na família e concretizados por um de seus jovens. Conclui-se também que o jovem que aceita a projeção seria o mais identificado com a mãe.

Ainda analisando os aspectos familiares propriamente ditos, supõe-se que a tentativa de suicídio ocorra no momento em que se torna insuportável a tensão do ambiente familiar, originada na exacerbação dos conflitos adolescentes e acompanhada por acontecimentos extrafamiliares, como as mortes. Assim, o jovem estaria expressando, por um lado, desejos contraditórios, como morrer e viver, cuidar e abandonar, vividos dentro da família, e, por outro lado, estaria explicitando aspectos de sentimentos tanto em relação a si mesmo quanto em relação aos outros.

## Os suicídios dos Guarani

Podemos afirmar que as conclusões de Cassorla (1981, 1991), Castellan (1991), Durkheim (1977), Erickson (1987) e Miotto (1994) são pertinentes à situação dos Guarani/Kaiowá, tendo em vista as suas vivências, desde os primeiros anos de vida, de situações ou de relatos de suicídios e o seu contexto social e cultural.

Por outro lado, o feitiço é encontrado em todos os grupos brasileiros e estudado de diferentes formas. Informantes, nos estudos de campo realizados por Brand (1997) com os Guarani/Kaiowá, colocam que os suicídios são provocados pela força de práticas de feitiço. Nos referidos relatos, é possível perceber o confronto entre o bem e o mal. Outro fenômeno que também podemos considerar nesses estudos é o da sugestão, que aparece nos estudos de diferentes correntes da Psicologia. O aumento de relatos e situações que envolvem o feitiço, levando-se em conta os componentes de autodestruição, aponta a desintegração cultural e a desorganização

interna do grupo, sendo que este também atribui o suicídio ao fato de muitos jovens não passarem mais pelo rito de iniciação na passagem para a fase adulta, de acordo com Brand (1997).

Não poderíamos também deixar de refletir sobre o aspecto cultural nas questões relacionadas com a aquisição da identidade em rituais de antropofagia no passado, que, no entanto, não conseguimos identificar ou mesmo analisar as mudanças nos casos estudados (Grubits & Darrault-Harris, 2001). Assim, no passado, os ritos antropofágicos fechavam um círculo eterno de vingança e criação da pessoa, uma vez que cada morte inimiga vingava ou anulava uma morte anterior, sendo que o único acesso à condição de adulto era pela execução de um inimigo. O homicídio fazia parte do rito de passagem, e era condição para o homem entrar no ciclo reprodutivo, sendo que, em nossas pesquisas, não ficaram claras quais as expectativas sobre essa passagem, já que, como hoje tal rito não mais existe, ele representa apenas a perspectiva de sair da reserva como fato ligado à futura vida de adulto. Ainda de acordo com Schaden (1974), existe uma prática de iniciação dos meninos, em cerimônias que culminam com a perfuração do lábio inferior e que constitui um segredo para os Kaiowá, que, porém, não foi citado nem representado nos trabalhos das crianças estudadas por Grubits e Darrault-Harris (2001).

Não somente os próprios indígenas mas também pesquisadores consideram desajustes ou mesmo doença como causas para o suicídio entre os Guarani/Kaiowá. Muitos relatos falam de tristeza, de nervoso, de não se conseguir expressar o que se tem ou o que se sente. Os informantes, segundo ainda Brand (1997), relatam falta de consciência, de confusão mental que precede o ato de se suicidar, o que, contudo, o autor questiona.

Estudo de Wicker (1997) realizado na Universidade de Berna, na Suíça, intitulado *Taruju-enfermidade dos deuses que leva ao*

*suicídio: notas provisórias para a compreensão dos suicídios entre os Pai-Tavyterã (Guarani) do nordeste do Paraguai*, referente a um grupo que tem a mesma raiz étnica dos Kaiowá de Mato Grosso do Sul, revendo as informações disponíveis, indica três conclusões: a taxa de suicídio dos Kaiowá no período de 1986 a 1992, embora não seja possível determiná-la com precisão, é extraordinariamente elevada; os suicídios ocorrem principalmente na faixa etária formada por jovens e adultos jovens; os suicídios entre os Kaiowá não registram simplesmente um aumento linear, mas sim, marcada forma de onda, conforme demonstrado nos gráficos apresentados nos seus resultados.

Tanto os Kaiowá quanto os Pai normalmente se estrangulam, pendurando-se com uma corda grossa, cinto ou cipó, atados a algum ramo de árvore baixo ou a uma viga. Excepcionalmente, optam também por outros meios, com inseticidas, combustível e armas de fogo. Wicker (1997) informa que as causas estariam, em princípio, ligadas aos fatores culturais, sociais, econômicos e políticos citados acima, porém, buscando uma compreensão das pautas cognitivas nas quais se baseiam e que trazem um sentido cultural e social, indica o conceito de *taraju* como aspecto central do problema, aspecto esse que tem sido objeto de várias interpretações e complexos estudos e que geralmente tem conotação de força oculta, destrutiva, assim como de dano espiritual, dificilmente tangível.

Afirma ainda que, nos estudos de caso realizados em suas pesquisas, aparece um estado mental no qual a pessoa perde todo o controle sobre si mesma, pois nenhuma das pessoas entrevistadas se recorda do momento em que saiu correndo para se enforcar. Os períodos de enfermidade duram desde duas semanas até um mês, mas logo diminuem. A cura foi atribuída, por todos os entrevistados, aos efeitos da terapia com danças e cantos, feita com eles por seus familiares, sob a

orientação de líderes religiosos. Relatam ainda que viveram o *taraju* com fases de variada intensidade da doença, com dias normais seguidos por fases obscuras.

Outra informação, muito relevante como valor diagnóstico, foi o depoimento dos curados de *taraju* de que, no tempo da enfermidade, ficaram expostos a vozes e ruídos contra os quais não sabiam se defender e que os perseguiam de maneira constante. A vontade de matar-se, segundo todos, sem exceção, surgia dessas vozes e desses ruídos. O autor, nas suas conclusões, denomina o fato *vivência psicótica*, e sugere que um especialista poderia verificar se a paranóia responderia a uma estrutura endógena ou reativa, lembrando ainda que seria mais provável que fosse reativa, resultado de tensões psíquicas extremas, que, por sua vez, nos remetem à existência de conflitos não elaborados e não superados pelas pessoas afetadas no seu meio ambiente social. Não encontramos estudos semelhantes com os Guarani no Brasil.

Um processo denominado *confinamento compulsório* por Brand (1997) historicamente criou um contexto de violência que vigorou até 1980, resultando na superpopulação das reservas, além de superposição de aldeias distintas, que, embora do mesmo grupo, tinham terras e chefias político-religiosas próprias, fator considerado de relevância para o estudo da problemática Guarani/Kaiowá. Como fator de agravamento da questão, Brand cita o contato dos Terena, a partir de 1940, com o objetivo de ensinar agricultura aos Guarani, contatos esses incentivados pelo antigo Serviço de Proteção aos Índios, atual FUNAI, que não levou em consideração o fato de os Guarani serem povos tradicionalmente agrícolas. Cabe ressaltar as diferenças culturais que separam os dois grupos.

Outros fatores devem também ser analisados, como o despreparo dos funcionários do governo para lidar com os indígenas, a exemplo dos funcionários federais que

desenvolveram estratégias de apoio aos elementos indígenas mais desestruturados e menos integrados à cultura e à comunidade Guarani/Kaiowá, objetivando desarticular lideranças e quebrar sua autonomia interna, o uso do índio como mão de obra disponível e barata, a constante influência, em sua cultura, da ação de cerca de duas dezenas de igrejas pentecostais, e, finalmente, o arrendamento da terra introduzido pelos órgãos indigenistas oficiais no passado.

## Discussão

Entendemos que dois fatos relacionados com pesquisas atuais sobre suicídios nos revelam situações e causas semelhantes às dos Guarani/Kaiowá: a ocorrência de suicídios entre jovens adolescentes em grupos de índios na América do Norte, conforme Levecovitz (1998) e com pesquisas de Mito (1994) com famílias de jovens brasileiros que tentam suicídio. Na última década, a diminuição da faixa etária de pessoas suicidas, em várias investigações, algumas acima citadas, torna a situação dos jovens Guarani/Kaiowá cada vez mais semelhante à de outros grupos, o que não impede que observemos algumas especificidades culturais nesse último grupo.

Mito (1994) afirma que o ato suicida se engaja na busca de um sentido de identidade, e o que deve estar presente é um sentido de continuidade entre o passado e o futuro, sendo que o jovem enfrenta tanto sua experiência passada quanto suas possibilidades futuras. Afirma, também, que um passado desastroso, evidências de fracasso, especialmente dos pais, e casos de tentativa de suicídio de pessoas próximas exercem comprovadamente grande influência no comportamento suicida dos jovens. Partindo, portanto, de conclusões da autora que afirma ser o meio familiar importante fator na estruturação e no desencadeamento do ato suicida e de pesquisas sobre suicídios de jovens de outros grupos indígenas citadas por Levecovitz (1998), percebemos a pertinência do estudo desses fatos e estabelecemos conclusões em relação aos Guarani/Kaiowá.

As duas crianças participantes da pesquisa de Darrault-Harris e Grubits (2001) se estruturaram de maneira diversa, uma buscando ser Guarani/Kaiowá, um povo que, conforme estudos da problemática Guarani/Kaiowá, tem um passado desastroso, com histórias marcadas por muitos fracassos e destruição. Assim também, se refletimos sobre a identidade das duas crianças participantes, de acordo com as representações nos trabalhos de expressão artística e análise semiótica, concluímos que a continuidade passado-futuro está seriamente prejudicada em ambos os casos. No caso da menina I., ela construiu uma identidade Guarani/Kaiowá, a de uma cultura ameaçada de destruição ou já em um processo de transformação ou degradação, apesar de envolver uma população numerosa, ou seja, a incerteza quanto às possibilidades futuras, ou mesmo a projetos. Quanto ao menino C., aparentemente ele vai rompendo um passado e ingressando em um mundo moderno e globalizado. Sabemos, por pesquisas anteriores com populações indígenas, dos riscos da entrada no referido mundo sem um suporte de identidade étnica que se ligue ao passado. O referido fenômeno tem aumentado o número de grupos marginalizados, empobrecidos e, no caso do Brasil, agrava o fenômeno de habitantes de favelas, principalmente nas grandes cidades (Grubits, 1995).

Os contatos com as famílias de cinco crianças na referida pesquisa revelaram separações entre os pais, o que aparentou, pelo depoimento das mulheres e filhos, que mesmo sendo uma situação comum nas reservas, a insatisfação e a frustração acompanham esses conflitos, como no caso da mãe de C., única que está separada e não tem um novo companheiro e afirma ainda gostar do marido, pai de seus filhos, ou no de S., irmã mais velha de I., que deseja que o irmão do professor E assuma a paternidade de sua filha. Sabemos também que as dificuldades e os fracassos não ocorrem só no âmbito familiar, de geração para geração, mas em toda uma nação, em uma cultura que vem sendo atacada, prejudicada, deteriorada de diferentes formas e por diversos motivos.



As duas crianças escolhidas para o referido estudo de caso se estruturaram de maneira diversa, uma buscando ser Guarani/Kaiowá, um povo que, conforme relatamos anteriormente, tem um passado desastroso, com histórias marcadas por muitos fracassos e destruição, e a outra, buscando ser um homem da cidade, leva, porém, sua marca de índio, que acaba lhe sendo atribuída pela sociedade nacional, podendo enfrentar, no futuro, conflitos internos e externos em relação aos dois mundos e às duas culturas, a do passado e a do futuro.

De acordo com pesquisas anteriores de Grubits (1995), entendemos que indivíduos que são capazes de falar e agir permanecendo idênticos a si mesmos nos casos de mudança de vida, de ambiente ou mesmo da própria personalidade, têm o que denominamos uma *identidade bem-sucedida do eu*, para utilizar uma expressão consagrada por Habermas (1990).

Por outro lado, ainda em relação a trabalhos sobre suicídio entre jovens, Castellan (1991) fala de um processo espiral, que envolve o ataque da autoestima, a ausência comprovada de amor, o vazio narcísico e a ameaça, inclusive financeira, do projeto de vida. As representações nas produções artísticas das crianças analisadas mostram que o projeto, os planos, os sonhos da menina, envolvem a vida familiar, casamentos precoces, enquanto o menino tende a buscar fora da reserva a realização e a afirmação de sua identidade, situações, portanto incompatíveis com a estruturação familiar.

Além disso, os escassos recursos financeiros também contribuem para que o jovem experimente inseguranças e dúvidas quanto ao seu futuro. Tousiganat (1991), referindo-se a comportamentos suicidas de adolescentes, relata que estão condicionados ao tipo de enquadramento que a família dá à criança, pontuando, na história de vida dos jovens, situações como separações, consumo de drogas e de álcool.

Esses fatos se tornam preocupantes, pois são problemas relatados e constatados em ambas as sociedades, onde as referidas crianças representarão seus papéis de acordo com identidades atribuídas ou adquiridas. Por outro lado, a visão de mundo, vida e morte, de acordo com a cosmologia Guarani, é muito complexa para o entendimento de modo geral. A própria concepção de educação, da formação da personalidade infantil, de acordo com a cultura tradicional, não segue os padrões mais comuns da sociedade nacional (Darrault-Harris & Grubits, 2001).

Cabe lembrar que, de acordo com Schaden (1974), para o Guarani, a alma já nasce com um potencial e com qualidades, e eles não se preocupam, por essa razão, com a educação familiar das crianças, com o desenvolvimento da natureza psíquica, respeitando, portanto, a vontade individual infantil, isto é, não existe repressão no processo educativo infantil.

Assim, a visão de mundo, de vida e morte, de acordo com a cosmologia Guarani/Kaiowá, é muito complexa para o entendimento; de modo geral, a própria concepção de educação, de formação da personalidade infantil, de acordo com a cultura tradicional, não segue os padrões mais comuns da sociedade nacional, interferindo no processo de construção da identidade dos grupos. Cassorla (1984) entende que o suicídio aparece como forma de expressão, dadas as dificuldades de comunicação em nível simbólico com o ambiente.

As pesquisas e revisões bibliográficas não apresentam subsídios para analisarmos se as diferenças e os conflitos vivenciados pelos Guarani são entendidos e elaborados pelo grupo, porém é evidente que questões identitárias, culturais, como a concepção de cura e os efeitos das terapia com cantos e danças, são questões fundamentais nesse contexto, assim como problemas quanto à posse da terra e dos recursos ambientais, entre outros, já discutidos.

**Sonia Grubits**

Doutora com status de Pós-doutora em Semiótica por Paris 8 – Sorbonne, França, Pós doutora e doutora em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, professora, pesquisadora e coordenadora do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Mato Grosso do Sul, MS- Brasil.  
E-mail: sgrubits@uol.com.br

**Heloisa Bruna Grubits Freire**

Doutora em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pesquisadora do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Mato Grosso do Sul - MS - Brasil.  
E-mail: freirejb@terra.com.br

**José Angel Vera Noriega**

Professor pesquisador na área de Desenvolvimento Regional, Centro de Investigação em Alimentação e Desenvolvimento A.C., México  
E-mail: avera@cascabel.ciad.mx

**Endereço para envio de correspondência:**

Av. Mato Grosso, n. 759, Centro, Campo Grande, MS - Brasil. CEP: 79002 – 231

Recebido 11/4/2010, 1ª Reformulação 24/1/2011, Aprovado 5/5/2011.

Referências

- Botega, N. J. (2007, março). Suicídio: saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 29(1). Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006, dezembro). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos em Psicologia*, 11(3). Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Brand, A. (1997). *O impacto da perda da terra sobre a tradição kaioiwá/guarani: os difíceis caminhos da palavra*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Cassorla, R. M. S. (1981). *Jovens que tentam suicídio*. Tese de doutorado. Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Cassorla, R. M. S. (1984). Características das famílias de jovens que tentam suicídio em Campinas, Brasil: um estudo comparativo com jovens normais e psiquiátricos. *Acta Psiq. Am. Lat.*, 30, 125-134.
- Cassorla, R. M. S. (1989). O impacto do suicídio no médico e na equipe de saúde. *JBM*, 56(3), 84-90.
- Cassorla, R. M. S. (1991). Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In R. S. Cassorla (Org), *Do suicídio. Estudos brasileiros*. (pp. 107-116). Campinas, SP: Papirus.
- Castellan, Y. (1991). Dix années d'études nordaméricains sur le suicide. *Bulletin de Psychologie*, 64(401), 297-3061.
- Darrault-Harris, I., & Grubits, S. (2001). *Psicossemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Durkheim, E. (1977). *O suicídio*. Lisboa: Editorial Presença.
- Erikson, E. H. (1987). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- FUNASA. (2008). *Suicídios por aldeias*. DSEI/ MS. Brasília, DF.
- Grubits, S. (1995). *Bororo: Identity in construction*, Campo Grande, MT: Gráfica D. Bosco.
- Habermas, J. (1990). *Para a reconstrução do materialismo histórico*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Levcovitz, S. (1998). *Kandire, o paraíso terreal*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Marshall, F. J. (2007). Disorders of mood and behavior. In T. E. Andreoli, C. J. Carpenter, R. C. Griggs, & I. J. Benjamin (Eds.). *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine* (7a ed., pp. 1060-1065). Filadelfia: Saunders Elsevier.
- Mioto, R. C. T. (1994). *Famílias de jovens que tentam suicídio*. Tese de doutorado. Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Parente, A. da C. M., Soares, R. de B., Araújo, A. R. F., Cavalcante, I. S., & Monterio, C. F. de S. (2007, agosto). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 377-381. Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Perez, O., Rodriguez, S., Dussan, B., & Ayala, A. (2007, junho). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev. Salud Pública*, 9(2), 230-240. Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Rapeli, C. B. (1997). *Características clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no Hospital de Clínicas da UNICAMP*. Dissertação de mestrado em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Ribeiro, D. (1996). *Os índios e a civilização*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Roy, A. (1992). Are there genetic factors in suicide? *International Review of Psychiatry*, 4, 169-175.
- Salvo, G. L., & Melipillan, A. R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena del Neuro-psiquiatria*, 46(2). Recuperado em 29 de janeiro de 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Schaden, E. (1974). *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. São Paulo: EPU, Ed. da Universidade de São Paulo.
- Tousiganat, M. (1991). Dimensions culturelles du suicide chez les jeunes. *Bulletin de Psychologie*, 64(401), 351-3601.
- Viana, G. N., Z., Zenker, F. de M., Sakae, T. M., & Escobar, B. T. (2008). Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1). Recuperado em 29 de janeiro 2009 de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Vann Praag, H. (1986). Biological suicide research: Outcome and limitations. *Biological Psychiatry*, 21(13), 1305-1323.
- Wicker, H.-R. (1997, dezembro). Taraju – Enfermedad de los que lleva al suicidio. Acotaciones provisionarias para la comprensión de los suicidios entre los Pi-Tavyterā (guarani) del noroeste de Paraguay. *Suplemento Antropológico*, 32(1-2), 273-315.
- World Health Organization, WHO. (1992). The CID 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.