

**FABIANE DE OLIVEIRA VICK**

**ESTUDO DE CASO DE UMA FAMÍLIA INDÍGENA  
GUARANI-KAIOWÁ DE MATO GROSSO DO SUL COM  
ALTA PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2011**

**FABIANE DE OLIVEIRA VICK**

**ESTUDO DE CASO DE UMA FAMÍLIA INDÍGENA  
GUARANI-KAIOWÁ DE MATO GROSSO DO SUL COM  
ALTA PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Sonia Grubits.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2011**

## Ficha catalográfica

Vick, Fabiane de Oliveira  
V636e Estudo de caso de uma família indígena de Mato Grosso do Sul com  
alta prevalência de suicídio./ Fabiane de Oliveira Vick; orientação, Sonia  
Grubits, 2011  
98 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2011.

I. Índios Guarani Kaiowá – Suicídio 2. Índios Guarani Kaiowá – Família  
I. Grubits, Sonia II. Título

CDD – 362.28

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757

A dissertação apresentada por FABIANE DE OLIVEIRA VICK, intitulada “ESTUDO DE CASO DE UMA FAMÍLIA INDÍGENA GUARANI-KAIOWÁ DE MATO GROSSO DO SUL COM ALTA PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Sonia Grubits (orientadora/UCDB)

---

Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (USP)

---

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

---

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza (UCDB)

Campo Grande, MS, 13/12/2011.

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Vick e Vilma, e a meu irmão Daniel, por uma vida inteira de muito apoio, carinho e amor, sempre acreditando e depositando muita confiança em mim. Obrigada por se fazerem tão presentes em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado força ao longo da caminhada e condições necessárias para a realização de meus sonhos. Agradeço por me abençoar, proteger e permitir a concretização e realização deste trabalho.

À minha orientadora Profa. Dra. Sonia Grubits, pela dedicação imprescindível à realização desta dissertação, por compartilhar conhecimentos, sabedoria, experiências e compreensão. Agradeço por ter me deixado expressar livremente minhas ideias, me apresentando críticas e observações construtivas, que foram valiosíssimas.

Ao psicólogo indígena Walter Martins e a assistente social Lucimar Rezende, que colaboraram na realização da pesquisa em campo.

A amiga e cientista social Juliana Kabad, pelas trocas de ideias e pelas ricas contribuições.

Ao Cesar Isnarde, Capitão da Aldeia Bororó, por depositar sua confiança neste trabalho e acreditando nos benefícios da pesquisa.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, na pessoa do Sr. Nelson Carmelo Olazar, pelo apoio e compreensão.

À comunidade indígena Guarani-Kaiowá, objeto de estudo de minha pesquisa, em especial, aos membros que participaram desta, pois sem a confiança depositada, a produção de sentidos não aconteceria. Obrigada por terem me recebido e por tudo o que me ensinaram; a eles vão os meus mais humildes e calorosos agradecimentos.

Aos Professores e Professoras do Programa de Mestrado da Universidade Católica Dom Bosco, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos professores da banca de qualificação e defesa, por terem aceitado compor a banca examinadora, dedicando seu tempo e atenção à conclusão final desta dissertação. Obrigada pelas observações e críticas pertinentes e esclarecedoras, que permitirão a finalização da pesquisa.

Aos colegas do mestrado, pelo acolhimento, companheirismo e amizade em cada momento de construção do conhecimento.

Aos meus queridos amigos, que me incentivaram, apoiaram e acompanharam esta trajetória. É uma honra tê-los encontrado e alinhavado a minha história à de vocês.

Ao companheiro de trabalho e eterno amigo, Dr. Carlos Coloma, com quem muito aprendi sobre a saúde mental dos povos indígenas e por quem tenho profunda admiração. Obrigada pelo apoio, incentivo, atenção e pelas riquíssimas contribuições.

E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio no financiamento deste estudo, por meio de uma bolsa de mestrado, auxílio esse de extrema valia, tornando concreta esta dissertação.

*... Hoje me sinto mais forte,  
Mais feliz, quem sabe  
Eu só levo a certeza  
De que muito pouco sei,  
Ou nada sei*

*Conhecer as manhas  
E as manhãs  
O sabor das massas  
E das maçãs*

*É preciso amor  
Pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir...*

Almir Sater

## **RESUMO**

O suicídio entre os indígenas Guarani-Kaiowá localizados em Mato Grosso do Sul, Brasil, apresenta elevadas taxas se comparadas aos maiores índices já registrados nacional e internacionalmente. Compreender tal fenômeno vem sendo um grande desafio aos profissionais envolvidos com essa questão. Dessa forma, esta pesquisa objetiva identificar os aspectos psicossocioculturais relacionados com o suicídio a partir de um estudo de caso de uma família indígena de Mato Grosso do Sul com alta prevalência de suicídio. Para tanto, realiza-se um levantamento sociodemográfico atingindo 31 membros dessa família extensa, que apresenta 7 casos de suicídio, a fim de conhecer as condições sociais e econômicas em que esta se insere. Realizam-se também 7 entrevistas de autópsia psicológica com familiares próximos do suicida, para investigar quais as intenções, os determinantes e o contexto psicológico da vítima que se suicidou. Os participantes deste estudo pertencem à etnia Guarani-Kaiowá da Aldeia Bororó situada no município de Dourados, MS. A análise dos dados e relatos obtidos demonstra que as causas para o fenômeno do suicídio indígena são multifatoriais. Quanto às questões de ordem psicológicas observa-se a fragilidade emocional, tristeza profunda, decepções amorosas, conflitos familiares, baixa autoestima, frustrações, entre outros. Referentes aos aspectos sociais e econômicos evidenciam-se precárias condições de sobrevivência que perpassam pelo comprometimento de algumas necessidades básicas como alimentação, moradia, emprego e geração de renda e que afetam a perspectiva e qualidade de vida dessa população. Por fim, por meio dos relatos, identifica-se a existência de aspectos culturais como a crença de feitiço realizado contra a vítima, tornando-a vulnerável. Dessa forma, infere-se que os aspectos psicológicos, sociais e culturais se inter-relacionam e se complementam para a efetivação do ato suicida.

Palavras-chave: Suicídio. Família indígena. Guarani-Kaiowá.

## ABSTRACT

The suicide rate among Guarani-Kaiowá indigenes located in the State of Mato Grosso do Sul, Brasil, presents levels if compared to the highest indexes already registered nationally and internationally. Understanding such phenomenon has been a great challenge to professionals involved in this issue. This way, this research aims at identifying the psycho-social-cultural aspects related to suicide from a case study of an indigenous family from Mato Grosso do Sul with high prevalence of suicide. For that, it was made a socio-demographic survey with reaching 31 members of extended, which has 7 cases of suicide with the objective of knowing the social and economical conditions in which this family is set in. And after that, it was conducted 7 autopsy psychological interviews with the same members of the family, to investigate what the intentions were, the determiners and the psychological context of the victim who committed suicide. The participants of this study belong to the Guarani-Kaiowá ethnicity from Village Bororó situated in the city of Dourados, MS. The data analysis and reports obtained shows that the causes for the phenomenon to the indigenous suicide are multi-factorial. As for the issues of psychological order it was observed emotional fragility, deep sadness, love deceptions, familiar conflicts, low self-esteem, frustrations, among others. Regarding to social and economical aspects it was evidenced precarious living conditions which pass by the compromising of some primary needs of nourishment, housing, employment and generation of revenue which affect the perspective and quality of life of this population. Finally, it was identified, through reports of the existence of cultural aspects as the belief held spell against the victim, making him/her vulnerable. Eventually, it was proved that psychological, social and cultural aspects interrelate and complement among themselves to the effectuation of the suicide act.

Key-words: Suicide. Indigenous family. Guarani-Kaiowá.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 -	Evolução dos óbitos por suicídio e homicídio no Polo Base de Dourados, MS .....	17
FIGURA 2 -	Casos de suicídio, por faixa etária e sexo, no DSEI-MS, período 2000-2009.....	31
FIGURA 3 -	Taxas (x 100.000) de suicídio na população indígena Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, período 2000-2010.....	33
FIGURA 4 -	Taxas de suicídio masculino por faixa etária e ano, na população Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, período 2000-2010.....	34
FIGURA 5 -	Taxas de suicídio feminino por faixa etária e ano, na população Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, período 2000-2010.....	34
FIGURA 6 -	Número de suicídios por aldeia, no Polo Base de Dourados, no período 2000-2010 .....	38
FIGURA 7 -	Taxas de suicídios na população do Polo Base de Dourados, do sexo masculino por faixa etária e ano, no período 2000-2010 .....	39
FIGURA 8 -	Taxas de suicídios na população do Polo Base de Dourados, do sexo feminino por faixa etária e ano, no período de 2000-2010 .....	40

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - Gênero.....	52
GRÁFICO 2 - Idade.....	53
GRÁFICO 3 - Estado civil.....	53
GRÁFICO 4 - Escolaridade .....	55
GRÁFICO 5 - Tipo de moradia .....	55
GRÁFICO 6 - Benefícios sociais.....	57
GRÁFICO 7 - Situação laboral.....	58
GRÁFICO 8 - Plantação .....	59
GRÁFICO 9 - Uso abusivo de bebida alcoólica .....	60

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	14
<b>2 ÍNDIOS GUARANI-KAIOWÁ .....</b>	19
<b>3 O SUICÍDIO.....</b>	23
3.1 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO .....	26
3.2 SUICÍDIO INDÍGENA.....	27
3.2.1 Suicídio Indígena em Mato Grosso do Sul .....	29
3.2.2 Suicídio Guarani-Kaiowá.....	33
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	42
4.1 OBJETIVO GERAL .....	43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	44
5.1 LOCAL DA PESQUISA.....	45
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	45
5.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	46
5.3.1 Declaração de óbito.....	46
5.3.2 Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena .....	46
5.3.3 Questionário sociodemográfico .....	46
5.3.4 Entrevista semiestruturada para autópsia psicológica.....	46
5.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	48
5.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	49
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	51
6.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA .....	52
6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	61
6.3 CORRELAÇÃO ENTRE OS ASPECTOS PSICOSSOCIOCULTURAIS COM O SUICÍDIO .....	75

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>

## 1 INTRODUÇÃO

---

O interesse por este estudo partiu da experiência da autora com o tema em discussão, por atuar na área de Saúde Mental na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, por intermédio do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), como coordenadora técnica do Programa de Saúde Mental Indígena, responsável pela implantação e execução do Programa nas aldeias indígenas de Mato Grosso do Sul.

O DSEI-MS atua na atenção básica da saúde indígena desde o ano de 1999 e é formado por 15 polos base (unidades administrativas de apoio às equipes de saúde que atuam junto às comunidades indígenas) e 36 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, composta por Enfermeiros, Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Agentes Indígenas de Saúde, Técnicos de Higiene Dental, Auxiliares de Consultório Dentário e Agente Indígena de Saneamento. O Estado de Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena do Brasil com 67.574 indivíduos, com suas particularidades e especificidades socioculturais, políticas e econômicas, dividida em oito etnias, sendo elas: Guarani e Kaiowá, Terena, Kadwéu, Atikum, Ofaié, Kinikinaw e Guató, que habitam 75 aldeias localizadas em 29 municípios (BRASIL, 2010).

São 45 aldeias que abrigam as etnias Guarani-Kaiowá, abrangendo 26 municípios e correspondendo a 43.746 indivíduos (64% da população) e, portanto, são as etnias mais populosas do Estado. Concentram-se na região sul do Estado e, além disso, possuem estreitos laços, convivendo, em sua maioria, nas mesmas aldeias e territórios (MURA, 2007).

Grande parte da população Guarani-Kaiowá concentra-se em territórios insuficientes para garantir a autossustentação econômica e sociocultural, consistindo em espaços com elevada densidade demográfica. Em algumas aldeias desse povo, há menos de um hectare de terra por pessoa, o que impossibilita a maneira de vida tradicional desses povos (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2008).

O município de Dourados, MS, possui o maior quantitativo de indígenas do Estado, com 12.716 indivíduos, de três etnias, sendo duas predominantes (Guarani-Kaiowá<sup>1</sup>), concentrando-se praticamente em duas aldeias (Jaguapirú e Bororó) das quatro (Jaguapirú,

---

<sup>1</sup> A denominação das etnias Guarani-Kaiowá, apesar de algumas controvérsias, se deu neste trabalho pela maneira com a qual os indígenas locais se autodenominam, principalmente por serem filhos de pai Kaiowá e mãe Guarani, ou vice versa.

Bororó, Panambizinho e Porto Cambira) pertencentes ao município, com suas especificidades próprias, apresentando diversos agravos de saúde mental.

A Reserva Indígena de Dourados apresenta uma situação peculiar: possui uma extensão territorial de 3 mil e 539 ha, compreendendo a Aldeia Bororó (6.077 indígenas) e Aldeia Jaguapirú (6.219 indígenas), totalizando 12.296 pessoas, em situação explícita de escassez territorial, o que lhe confere o título de aldeia mais populosa do Brasil. Além disso, soma-se ao fato de estar localizada geograficamente no município de Dourados (ANEXO C), pois com o crescimento e expansão do referido município, as aldeias foram sendo absorvidas e incorporadas ao perímetro dele, o que facilita o acesso de estranhos; ao fato de existir uma grande rodovia no meio da reserva, sendo esta a principal via de acesso ao município de Itaporã, MS, com intenso fluxo diário de veículos pesados; além da composição étnica diversa (Guarani, Kaiowá e Terena<sup>2</sup>) o que exige maior conhecimento e ações diferenciadas para as diferentes demandas internas (VICK, 2010).

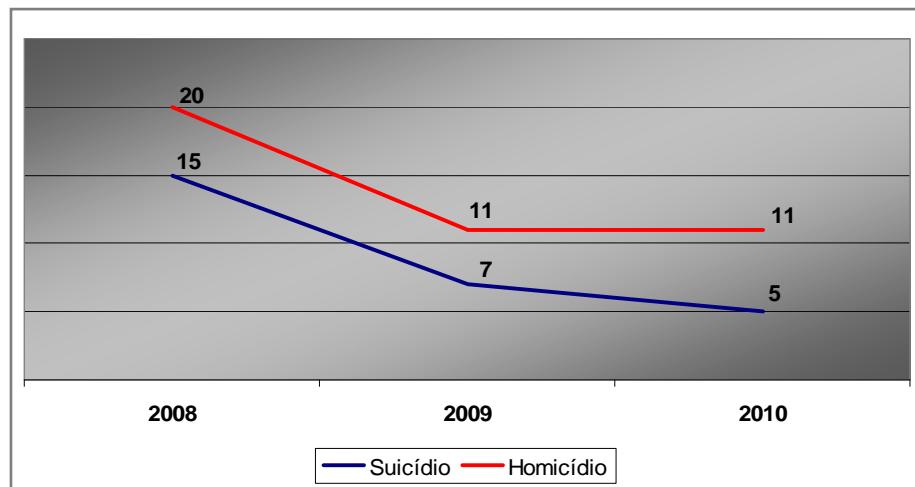
Tal situação de elevada densidade demográfica implica considerável agravamento das tensões psicossociais e etnoculturais dentro das aldeias, com impacto direto na saúde mental, ainda mais se consideradas as peculiaridades mitológicas e tradicionais dos indígenas. As principais problemáticas encontradas são: o elevado índice de violência, homicídio, suicídio, o consumo abusivo de álcool e o uso de drogas.

Grubits e Guimarães (2007) complementam que o grupo étnico dos Guarani-Kaiowá está se deparando com várias doenças e novas ameaças como o aumento da prevalência de transtornos mentais, do alcoolismo, do suicídio e da violência interpessoal. A região sul do Estado de Mato Grosso do Sul apresenta 99% dos casos de suicídio indígena e 93% dos casos de homicídio indígena no estado, além do elevado índice de alcoolismo, uso de drogas, violências e conflitos familiares (VICK, 2010).

---

<sup>2</sup> A diversidade étnica existente na Reserva Indígena de Dourados, ou seja, as três etnias ali presentes apresentam suas especificidades, fato este que desperta um maior interesse e necessidade dos profissionais de saúde na busca de maiores conhecimentos sobre cada etnia, a fim de contribuir para a compreensão de algumas situações por eles vivenciadas.

**FIGURA 1** - Evolução dos óbitos por suicídio e homicídio no Polo Base de Dourados, MS



Fonte: Brasil (2010).

De acordo com a Figura 1 é possível verificar uma pequena diminuição nos casos de suicídio e uma estabilidade quanto aos casos de homicídio nas aldeias pertencentes ao Polo Base de Dourados, nos últimos três anos. Os dados permanecem preocupantes, em que a Taxa de Mortalidade Específica (TME)/suicídio é de 38/100.000 e TME/homicídio de 85/100.000 (BRASIL, 2010).

Vick (2010) contribui relatando, que se comparadas as TME/suicídio do DSEI-MS, do Estado de Mato Grosso do Sul e do Brasil, tem-se respectivamente, 59,4/100.000 (2010); 8,1/100.000 (2007) e 4,7/100.000 (2007). Se feita a mesma comparação, porém com as TME por Homicídio encontra-se: no DSEI-MS 56,5/100.000 (2010); no Estado de Mato Grosso do Sul 30,5/100.000 (2007) e no Brasil 25,5/100.000 (2007).

Os profissionais de saúde mental que vêm atuando em áreas indígenas relatam grandes dificuldades no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e intervenção em saúde mental, principalmente por se tratar de uma realidade diferente aquela apreendida pelo conhecimento acadêmico tradicional. As ações no campo da saúde no contexto geral com a população indígena são muito complexas e requerem do profissional uma disponibilidade interna muito grande, flexibilidade, interesse, perfil diferenciado e dedicação à causa, sendo essas questões redobradas quando se refere à prática da saúde mental (VICK, 2010).

De acordo com Vick (2010), a saúde mental é uma área da saúde indígena ainda pouco conhecida, explorada e trabalhada e vem sendo considerada como um desafio diário para os

profissionais. A aquisição de confiança e segurança dos indígenas para com os profissionais de saúde mental e o estreitamento de vínculos é uma conquista geralmente a médio e longo prazos, e isso se efetiva principalmente a partir do envolvimento do profissional com a comunidade. O trabalho de campo desses profissionais abrange atividades comunitárias (grupos, palestras, oficinas e rodas de conversa) e atendimentos individuais. As principais dificuldades encontradas são: o limitado conhecimento do funcionamento psíquico dos indígenas, de seus modelos explicativos e tradições culturais e o lento estabelecimento de vínculos com a população. Nesse sentido, afirma a autora, as ações de saúde mental vêm sendo desenvolvidas em conjunto com a população local, levando em consideração seus valores, anseios, significados, representações e tradições culturais, conhecendo e utilizando os recursos locais, tais como o sistema de cuidados preventivos e curativos que agem sobre a saúde.

Coloma (2001, p. 137) contribui na busca de alternativas:

Uma consequência [sic] grave está dada pela falta de participação da população e das organizações indígenas tanto nas propostas como na ação para superar e prevenir os problemas. No nível social, muitos destes problemas implicam um esforço de reconhecimento e reflexão no processo de mudança da própria sociedade indígena, consequentemente [sic] a análise da perda de poder de agir sobre si mesmos e sobre as influências de pessoas, instituições, e da sociedade envolvente como um todo.

Tania Bonfim (2010) colabobora com saúde mental indígena e etnopsicologia especialmente na descrição de uma experiência psicológica em uma comunidade indígena Guarani-Mbyá na Aldeia Krucutu na região metropolitana de São Paulo, a partir de duas intervenções grupais e duas individuais, onde verificou a presença de ambiguidade, causadora de sofrimento psíquico e entendida com uma dificuldade na constituição da identidade pessoal.

---

**2 ÍNDIOS GUARANI-KAIOWÁ**

A etnia Guarani está subdividida em três grupos, Guarani-Ñandeva, Guarani-Kaiowá e Guarani-Mbya, que apresentam diferenças nas formas linguísticas, costumes, práticas rituais, organização política e social, orientação religiosa, assim como formas específicas de interpretar a realidade vivida e de interagir segundo as situações em sua história e em sua atualidade (ALMEIDA; MURA, 2003).

A língua guarani é falada por diferentes povos e de diferentes modos. Os Ñandeva, Kaiowá e Mbya falam dialetos do idioma guarani, que se inclui na família linguística Tupi-Guarani, do tronco linguístico Tupi.

Em relação à população Kaiowá Guarani e Nhandéva, no momento da conquista europeia, os Guarani ocupavam vastos territórios, incluindo o sul e parte do sudeste e centro-oeste brasileiro, o oriente paraguaio e o nordeste argentino, com uma população estimada em mais de 2.000.000 de pessoas (MELIÀ, 1986; NOELLI 1993: apud MURA, 2007). O único espaço territorial Guarani de consideráveis dimensões que não havia sido diretamente alcançado pela colonização era a região sul do atual Estado de Mato Grosso do Sul e parte significativa do contíguo Paraguai Oriental, permitindo assim que os índios “livres” e aqueles fugitivos das atividades coloniais permanecessem assim até a segunda metade do século XIX. Após a Guerra da Tríplice Aliança, a redefinição da fronteira entre Brasil e Paraguai levou a colonização progressiva dos territórios ocupados pelos Kaiowá e Nhandéva.

O Governo Federal, através do Serviço de Proteção aos Índios, instituiu, entre 1915 e 1928, oito reservas destinadas aos Guarani, com o duplo objetivo de evitar a exploração por parte de colonos e ervateiros e liberar espaços para a colonização (LIMA, 1995 apud MURA, 2007). Essa ação do Estado brasileiro, levada a cabo por muitas décadas, não passou de uma tentativa incompleta de fixar todos os índios em reservas. A maioria dos grupos macrofamiliares Guarani da região se mantiveram isolados nos bosques que existiam no seu território, morando ao longo dos rios, a partir dos quais estabeleciaam relações com famílias residentes nas reservas das proximidades.

A partir dos anos 1960, e mais intensamente, nos anos 1970, foram implantadas fazendas desalojando a população indígena de seus lugares tradicionais, ocasionando um aumento da densidade populacional nas reservas do Serviço de Proteção aos Índios. Famílias pertencentes a unidades políticas diferentes e até inimigas foram obrigadas a conviver em espaços reduzidos. O território tradicional de 3,5 milhões de hectares foi reduzido na

atualidade para 42.462 hectares. Os Guarani continuam mantendo a vida social através da família extensa, que pode ser considerada como a base de sua organização social, política, material e religiosa (MURA, 2007).

Habitando quase na sua totalidade a região sul do Mato Grosso do Sul, 99,5% dos Guarani-Kaiowá estão distribuídos em 33 aldeias, pertencentes aos municípios de Amambai, Aral Moreira, Coronel Sapucaia, Antonio João, Bela Vista, Ponta Porá, Caarapó, Juti, Laguna Carapã, Douradina, Dourados, Maracaju, Eldorado, Japorã, Sete Quedas, Paranhos e Tacuru. A minoria restante dessa etnia (0,5%) encontra-se em mais 12 aldeias da região norte do Estado, dos seguintes municípios: Aquidauana, Porto Murtinho, Guia Lopes da Laguna, Brasilândia, Campo Grande, Miranda, Dois Irmãos do Buriti e Sidrolândia (ANEXO B).

Nos últimos 20 anos a situação de vida, já muito precária, destes dois povos guarani no Mato Grosso do Sul (MS), piorou de maneira drástica, principalmente pelo aumento da violência interna. Apesar da [sic] sua situação ser difícil, os guarani muitas vezes não conseguem fazer com que os outros compreendam seus problemas e não fazem prevalecer o apoio ao qual tem direito nas leis nacionais vigentes, principalmente no que concerne ao tema da legalização de terras indígena [...] (GRUNBERG, 2002, p. 1).

Almeida e Mura (2009) complementam:

Os Guarani [...] denominam os lugares que ocupam de *tekoha*. O *tekoha* é, assim, o lugar físico – terra, mato, campo, águas, animais, plantas, remédios etc. – onde se realiza o *teko*, o “modo de ser”, o estado de vida guarani. Engloba a efetivação de relações sociais de grupos macro familiares que vivem e se relacionam em um espaço físico determinado. Idealmente este espaço deve incluir, necessariamente, o *ka’aguy* (mato), elemento apreciado e de grande importância na vida desses indígenas como fonte para coleta de alimentos, matéria-prima para construção de casas, produção de utensílios, lenha para fogo, remédios etc. O *ka’aguy* é também importante elemento na construção da cosmologia, sendo palco de narrações mitológicas e morada de inúmeros espíritos [...].

Os Guarani são extremamente hábeis na condução política de seus interesses. Cada *tekoha* é liderado por um chefe, “capitão” ou “cacique”, que é responsável pela aldeia. Existem também dentro das aldeias os Conselhos Locais de Saúde Indígena, formados por conselheiros indígenas que se reúnem internamente para discutirem questões relacionadas direta e indiretamente à saúde e levadas posteriormente ao Conselho Distrital de Saúde Indígena.

São assíduas e frequentes as atividades religiosas Guarani, com práticas de cânticos, rezas e danças que, dependendo da localidade, da situação ou das circunstâncias, são realizados cotidianamente, iniciando-se ao cair da noite e prolongando-se por várias horas. Os rituais são conduzidos pelos *ñanderu* que são os rezadores, pagés e lideranças espirituais; que contemplam necessidades corriqueiras como colheita da roça, ausência ou excesso de chuva, além de realizarem rezas de cura para enfermidades físicas e espirituais.

---

### **3 O SUICÍDIO**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1999 apud HAMLIN; BRYM, 2006), o suicídio é considerado como um dos problemas mundiais mais significativos. Os dados epidemiológicos do suicídio representam um quadro estatístico preocupante, permitindo que essa mesma Organização passasse a qualificar o suicídio como um grave problema de saúde pública.

No ano de 2000 um número estimado de 815 000 pessoas morreu por suicídio em todo o mundo. Isso representa uma taxa de mortalidade anual global de cerca de 14,5:100.000 hab. em que acontece uma morte a cada 40 segundos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999 apud HAMLIN; BRYM, 2006).

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (1999 apud WANG, 2004), em 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas no mundo irão consumar o suicídio e, em relação às tentativas, esse número será de dez a vinte vezes superior. Esses índices correspondem a uma morte por suicídio a cada vinte segundos e uma tentativa a cada dois segundos.

Estudar o “suicídio”, do ponto de vista de sua distribuição na população, é algo que vem sendo feito desde antes de 1897, quando Durkheim (1973) publicou seu clássico estudo *O Suicídio*. A esse respeito referem que:

O suicídio, escrito em 1897, trata de um assunto considerado psicológico abordado polemicamente por Durkheim como fenômeno social. Sua intenção era provar sua tese de que o suicídio é um fato social, forma de coerção exterior e independente do indivíduo, estabelecida em toda a sociedade e que, portanto, deve ser tratado como assunto sociológico.

É bastante interessante a forma como o autor utiliza-se de estatísticas, mapas e comparações, porque dão ao trabalho mais legitimidade, tornam-no mais palpável. Entretanto, ele faz muitas deduções e pressuposições para sustentar sua tese (o que até certo ponto é normal), mas talvez seja um recurso utilizado de maneira um tanto incoerente e sem fundamento em alguns casos.

Outro ponto passível de crítica é que o autor não comenta os fatores considerados não sociais, ficando, estes, portanto, de lado quanto à possibilidade de influírem sobre as taxas de suicídio, bem como o fato de ele não levar em consideração o ato consumado (FERNANDES, 2009).

Hamlin e Brym (2006) argumentam que a teoria de Durkheim sobre o suicídio é deficiente devido ao seu raciocínio monocausal, mostrando que as deficiências podem ser superadas pela inclusão de considerações culturais e sociopsicológicas na análise do suicídio,

especificamente pela inclusão da cultura como uma força causal em seu próprio direito, a partir de ligações entre circunstâncias sociais, crenças e valores culturais e disposições individuais. As limitações do raciocínio monocausal para o fenômeno do suicídio é também evidente nos casos de Guarani-Kaiowá em Mato Grosso do Sul onde é percebida uma série de fatores, desde os socioeconômicos, psicológicos, culturais e espirituais que contribuem para tal ato.

De acordo com Loureiro (2006), as pesquisas no campo da Suicidologia indicam que a natureza do comportamento suicida é complexa e como tal, constituída pela interação de diversos fatores etiológicos, de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ambiental.

A articulação entre o mundo interno, os fatores extremos, o emocional e o social é permeada pelos aspectos culturais. Esses aspectos são introjetados e atuantes no mundo interno e, ao mesmo tempo, o influencia através do mundo externo. A relação mundo interno/mundo externo é intermediada por mecanismos de projeção e introjeção. A pessoa vive num mundo que envolve aspectos de ambos. No entanto, se não existir um certo grau de discriminação entre os dois mundos, viveremos num mundo psicótico. (CASSORLA; SMEKE, 1994, p. 69).

Acredita-se que aspectos culturais exerçam relevante influência no ato suicida, bem como, características comportamentais também tendem a se manifestar nas pessoas que possuem a ideação suicida, independente do país em que o fenômeno ocorra. Conhecer as taxas de incidência do suicídio e de suas tentativas nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, é de fundamental importância, pois tais informações, uma vez cientificamente trabalhadas, possibilitam o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise.

Quando há a necessidade de se identificar o grau de letalidade do comportamento autodestrutivo, Prieto e Tavares (2005, p. 151) enfatizam que é imperativo se estar atento para alguns aspectos, no momento de avaliar o potencial suicida de uma pessoa:

[...] história passada de tentativa de suicídio; grau de intenção suicida; letalidade do método escolhido e acessibilidade a este; freqüência [sic] de pensamentos suicidas; qualidade dos controles internos do paciente; presença de suporte social; história familiar positiva para suicídio; e depressão.

Os familiares e/ou amigos do suicida (chamados “sobreviventes”) relatam mais frequentes sentimentos de responsabilidade pela morte, rejeição e abandono, do que aqueles

que perderam alguém por causas de doenças. Os sentimentos de estigmatização, vergonha e embaraço são manifestações que também estão presentes. Geralmente as pessoas ocupam a maior parte do tempo meditando sobre os motivos sobre o suicídio da pessoa, a pergunta “porquê” está continuamente presente. O pressuposto universal de que os pais são responsáveis pelas ações de seus filhos pode também colocar pais que perderam um filho por suicídio em um dilema moral e social. De outra parte, existem tabus mais ligados para a discussão do suicídio do que quaisquer outras formas de morte, os familiares das vítimas de suicídio, muitas vezes acham muito difíceis admitir que a morte fosse por suicídio, e a pessoa muitas vezes se sente desconfortável falando sobre o suicídio entre eles. Aqueles enlutados por suicídio, portanto, têm menos oportunidade de falar sobre sua dor do que as outras pessoas que já perderam um familiar (COLOMA, 2010).

### 3.1 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

O Ministério da Saúde, em a partir da publicação do manual *Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental* (2006), descreve alguns sinais que se pode procurar na história de vida e no comportamento das pessoas em geral (não índio). Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida. Portanto, deve-se ficar mais atento com aqueles que apresentam: 1. comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social; 2. doença psiquiátrica; 3. alcoolismo; 4. ansiedade ou pânico; 5. mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia; 6. mudança no hábito alimentar e de sono; 7. tentativa de suicídio anterior; 8. odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha; 9. uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, outros; 10. história familiar de suicídio; 11. desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, outros.; 12. sentimentos de solidão, impotência, desesperança; 13. cartas de despedida; 14. doença física crônica, limitante ou dolorosa; 15. menção repetida de morte ou suicídio.

Os fatores de risco para o suicídio são complexos e geralmente interagem entre eles. A identificação desses fatores e entender suas funções em ambos, comportamento suicida fatal e não fatal, são fundamentais para prevenir suicídios (BRASIL, 2006).

Alguns acontecimentos da vida podem servir como fatores precipitantes para o suicídio. Certos eventos particulares que um pequeno número de estudos tem tentado associar ao risco de suicídio incluem perda pessoal, conflitos interpessoais, uma ruptura ou relacionamento perturbado e problemas legais ou relacionadas com o trabalho (APPLEBY, 1999; BEAUTRAIS, 1997; FOSTER, 1999; HEIKKINEN, 1995: apud COLOMA, 2010).

Karuso (2010) complementa descrevendo que alguns sinais de alerta para suicídio são identificáveis: expressão de tristeza ou depressão na maioria das vezes; falar ou escrever sobre a morte e ou suicídio; isolamento da família e dos amigos; sentir raiva ou raiva forte; sentir-se preso, como se não houvesse saída de uma situação, desesperado, desamparado; experimentar dramáticas mudanças de humor; abusar de drogas ou álcool; expor uma mudança na pessoalidade; atuar de forma impulsiva; perder o interesse na maioria das atividades; mudança nos hábitos de sono; mudança nos hábitos alimentares; desempenho insatisfatório no trabalho ou na escola; escrever um testamento; sentir culpa ou vergonha excessiva; atuar de forma imprudente.

Deve-se notar que algumas pessoas que morrem por suicídio não mostram quaisquer sinais de aviso de suicídio. Mas o sofrimento psíquico nem sempre é possível de ocultar, perto de 75% das pessoas que morrem por suicídio exibem alguns sinais de seu estado e ainda em alguma medida de demanda de ajuda (KARUSO, 2010). Diante de casos estudados de suicídio Guarani-Kaiowá, percebe-se que, segundo relatos de familiares, o ente que se suicidou frequentemente demonstrara algum tipo de mudança de comportamento próximo à data do suicídio, mas que essa mudança nem sempre era caracterizada e/ou compreendida por sofrimento psíquico, uma vez que para a maioria dos familiares, geralmente o suicida não apresentara razão ou motivo para cometer tal ato.

### 3.2 SUICÍDIO INDÍGENA

Por se tratar de uma população culturalmente diferenciada da ocidental, com suas percepções próprias e diferenciadas de concepção do mundo, outra língua, outra história, as pesquisas sobre o suicídio indígena se tornam ainda mais complexas, bem como estudos sobre sua etiologia. Isso representa um desafio, especialmente para explicar as altas taxas observadas mundialmente nessa população, e, por outra parte, para procurar identificar e

qualificar as variáveis que se encontram nos processos de mudança sociocultural que incidem nesse fenômeno.

Observa-se que tanto no cenário nacional como no internacional, as taxas de mortalidade por suicídio entre os indígenas ou nativos são mais elevadas do que entre os não-índios (COLOMA, 2010).

As taxas de suicídio em Nova Zelândia apresentam diferenças entre a população Maori e a população total do país. Segundo Beautrais e Fergusson (2006 apud COLOMA, 2010) no ano 2002, os suicídios dos jovens Maoris eram de 43,7 nos homens e de 18,8 nas mulheres e, para a população não indígena era de 18 e 9,1 respectivamente.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta (2009 apud COLOMA, 2010), nos Estados Unidos da América, de 2002 a 2006 as taxas mais altas de suicídios foram dos indígenas com uma taxa de 16,5 e de 15,02 entre os brancos não hispânicos, na população maior de 10 anos. Entre os 10 e 24 anos, os indígenas de sexo masculino tinham uma taxa de 27,72, e as mulheres, de 8,50.

No Brasil, a partir da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com o Departamento de Saúde Indígena, desde o ano 2000, foi iniciada a experiência de procura do conhecimento sobre as características e dimensão dos problemas de suicídio na cultura indígena mediante a pesquisa – ação. E com a recente criação da SESAI, do Ministério da Saúde, Gabinete Ministerial, a partir da Portaria n. 3.965, de 14 de dezembro de 2010, que passa a assumir as responsabilidades quanto à atenção básica em saúde dos povos indígenas no Brasil, as ações já iniciadas e desenvolvidas no âmbito da saúde indígena estão tendo uma continuidade.

Segundo Coloma (2010), o DSEI do Alto Rio Negro, na Região Amazônica apresenta taxa de mortalidade específica por suicídio de 24/100.000 (ano de referência 2009), casos esses cuja maioria é de etnia Tukano. Já no DSEI Alto Rio Solimões, também na região amazônica, essas mesmas taxas correspondem a 48/100.000 (em 2009). Sendo este, o segundo DSEI, com as maiores taxas de suicídio indígena, cabendo destacar que a etnia maioritária na região pertence à etnia Tikuna, na qual, em relação ao gênero, é observado que 80% dos suicídios são do sexo masculino.

Salienta-se que essas etnias acima descritas, bem como os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, são as etnias que têm maiores incidências de casos de suicídio, entretanto cabe

informar que outras etnias (como em qualquer sociedade), apresentam casos isolados de suicídio (COLOMA, 2010).

É necessário destacar que o fenômeno do suicídio é observado nos Guarani-Kaiowá e não nos Guarani-Mbya e Guarani-Nhandéva que vivem no Brasil e no Paraguai Oriental. Parece que a alta taxa de suicídio registrada nas últimas décadas é devida às alterações da vida social. Melià (1994, 1995 apud ALMEIDA; MURA, 2003) observou que existem registros do fenômeno nos séculos XVI e XVII, que denotaria que não se trata da algo novo, mas nunca foram registrados tantos casos de suicídio com a incidência recente, o que faz pensar que existe um conjunto de novos fatores presentes na situação de vida atual.

Levcovitz (1998 apud DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000) complementa ainda que o suicídio é comum em apenas determinados grupos indígenas que entram em contato com a cultura colonizadora. Além de afluentes, as taxas apresentam surtos de elevação, seguidas geralmente de períodos de diminuição. No Brasil, os índios Terena, uma tribo numerosa, convivem na mesma Reserva de Dourados com os Guarani/Kaiowá e têm, ao contrário destes, taxas desprezíveis de suicídio. Mesmo entre os Guarani, o grupo Mbya não apresenta registros de suicídios.

Segundo Wicker (1997 apud DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000, p. 85),

[...] as causas dos suicídios estariam, a princípio, ligadas aos fatores culturais, sociais, econômicos e políticos, porém, buscando uma compreensão das pautas cognitivas nas quais se baseiam e trazem um sentido cultural e social, e indicou o conceito de *taraju* como aspecto central do problema e que tem sido objeto de várias interpretações e complexos estudos que, geralmente, têm conotação de força oculta, destrutiva, assim como dano espiritual, dificilmente tangível. Afirmou ainda que, nos estudos de casos realizados em suas pesquisas, aparece um estado mental, no qual a pessoa afetada perde todo o controle de si mesma, pois nenhuma das pessoas entrevistadas recorda dos momentos em que saiu correndo e do ato de enforcar-se [...].

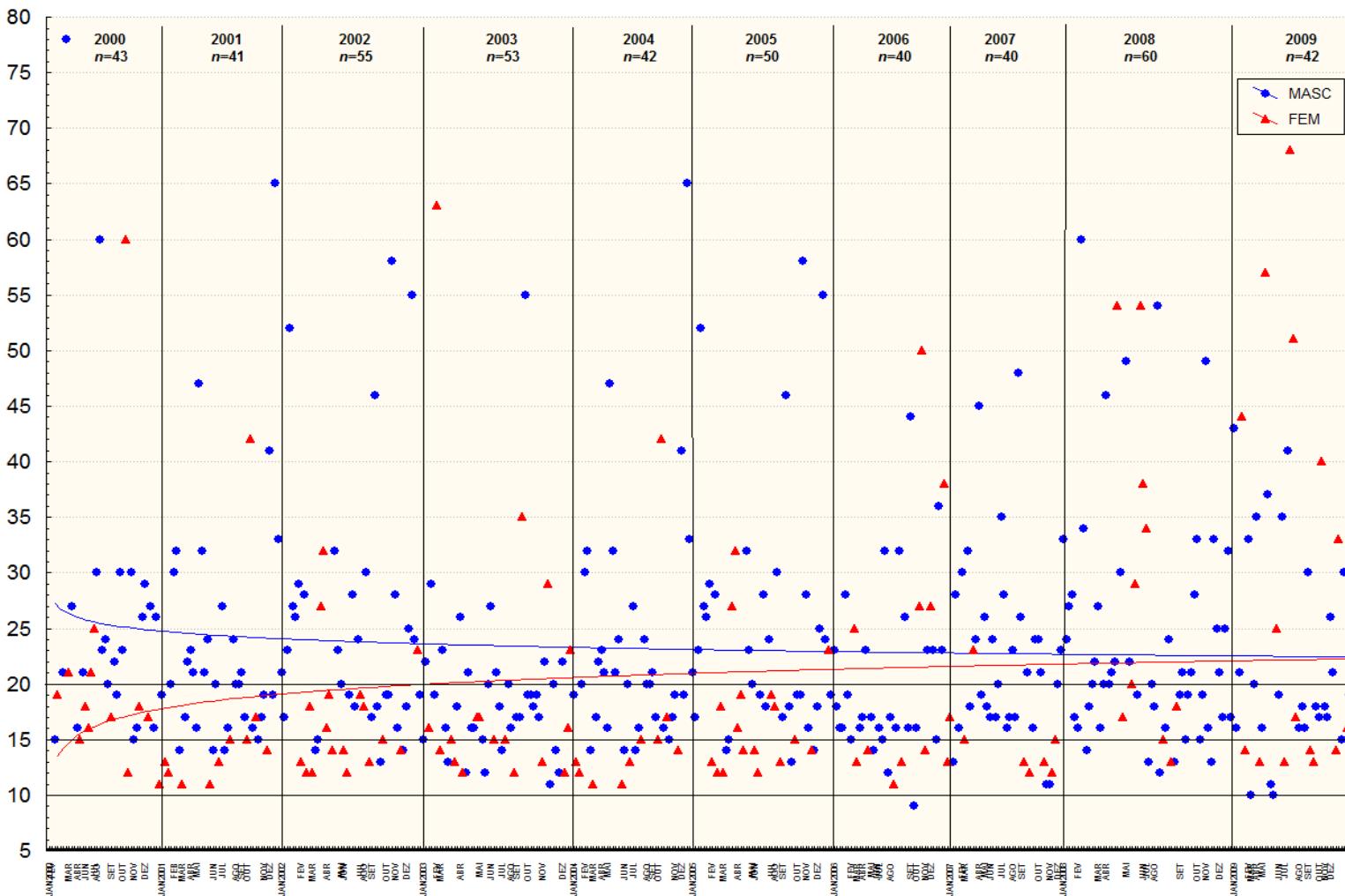
### 3.2.1 Suicídio Indígena em Mato Grosso do Sul

A área programática de saúde mental se fez necessária no DSEI-MS, a partir da constatação dos elevados índices de suicídio, homicídio, violência, uso e abuso de consumo de álcool, uso de outras drogas (maconha, pasta base, cola de sapateiro, cocaína e crack) e

outras problemáticas relacionadas à saúde mental, além da dificuldade dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em assistir a essa demanda. Dessa forma, o programa foi oficialmente implantado em agosto de 2008, tendo como objetivo desenvolver ações de Prevenção, Promoção e de Intervenção em Saúde Mental na Atenção Básica para a população indígena do Estado (VICK, 2008).

Segundo Vick (2010), dentro da mortalidade geral, é observada a alta porcentagem dos óbitos por suicídio e por homicídios (cometidos especialmente por arma branca), que numa série de onze anos, a partir de 2000, apresenta uma média de 20,12%, e, dentro de suas variações anuais, em 2008, esse tipo de mortalidade foi responsável por perto de 29% da mortalidade total no DSEI-MS.

**FIGURA 2** - Casos de suicídio, por faixa etária e sexo, no DSEI-MS, período 2000-2009



Fonte: Brasil (2010).

No DSEI-MS, na mortalidade por suicídio foram quantificados 508 casos, de 2000 a 2010. Segundo os dados de outros países com suicídio em populações indígenas, observa-se o mesmo fenômeno, 71,9% dos casos pertencem à população masculina entre 15 e 29 anos. Nas mulheres é observado que o suicídio acontece mais precocemente, 57,9% dos casos são observados entre os 10 e 19 anos (COLOMA; VICK, 2009).

O maior número de casos de suicídio no DSEI-MS encontra-se na população jovem do sexo masculino, porém percebe-se que os suicídios das idades mais inferiores são do sexo feminino (FIGURA 2). Os casos de suicídios registrados no DSEI-MS demonstram e comprovam esse dado, entretanto necessita-se de estudos mais aprofundados para compreender os motivos pelos quais os suicídios femininos concentram-se em uma faixa etária inferior à masculina.

Grünberg (2002) aborda o tema “contágio” nos casos de suicídio, principalmente devido ao sensacionalismo com o qual a mídia noticia os casos. Relata inclusive que o aumento dos números de suicídio nos Guarani possivelmente está relacionado com as reportagens que se faz dos casos ocorridos e que são veiculadas pela imprensa local com pouca seriedade e ética. Contribui ainda expondo o cuidado que o Guarani tem com a questão do suicídio, pois, segundo sua cultura, deve-se evitar falar sobre o assunto, principalmente com crianças e jovens impedindo assim o contágio, por influências espirituais.

Em relação aos casos de suicídios ocorridos no DSEI-MS, com território composto por oito etnias, é necessário destacar que, exceto dois casos, todos os demais suicídios, ou seja, os 506 suicídios aconteceram na etnia Guarani-Kaiowá. Cabe aí um questionamento do “por quê” os indígenas dessas etnias cometem o suicídio, bem como da necessidade de estudos mais aprofundados a esse respeito.

Na cultura dos guarani não existe tradição do suicídio. Algumas pessoas mais velhas falam que antigamente devem ter ocorrido casos isolados e muito raros. De todo o rico material histórico existente sobre os Guarani, até agora só se conseguiu encontrar um dado do sec. XVII relativo ao assunto. Fortes indícios levam a crer que existe um tabu muito rígido no sistema de valores dos guarani com relação ao suicídio e que as rezas pertinentes a este tema não são destinadas aos ouvidos de um observador externo. (GRUNBERG, 2002, p. 17).

As taxas de suicídio na população indígena apresentaram uma maior incidência durante os anos 2002, 2005 e 2008. Mas, quando essas taxas são discriminadas por sexo, o

suicídio masculino apresenta taxas quase duas vezes a mais, quando comparada com o sexo feminino, na maioria dos anos (FIGURA 3).

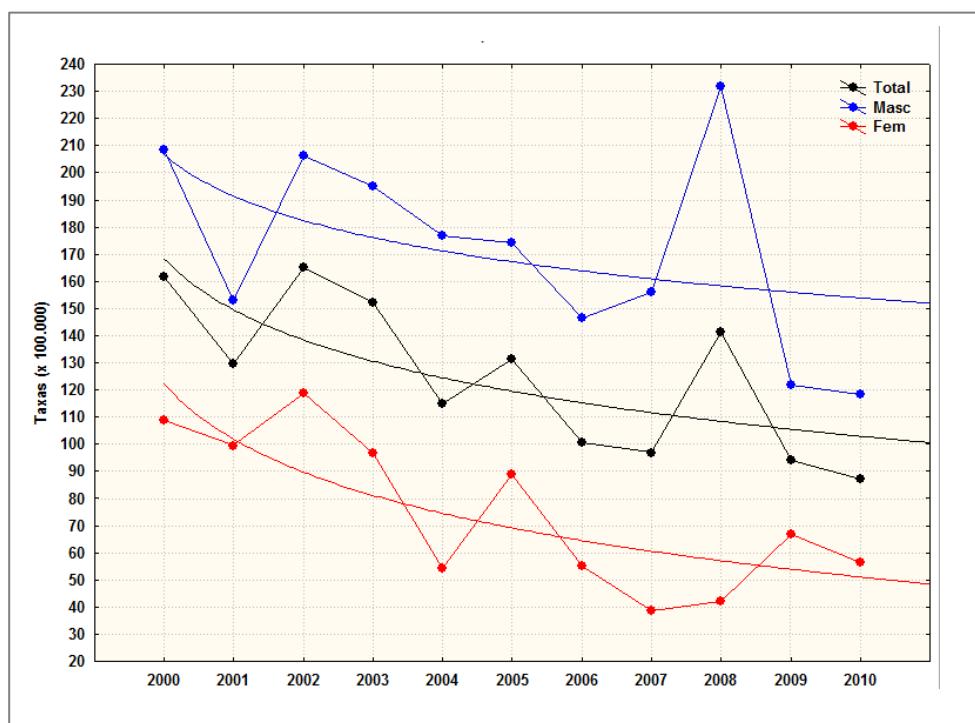
Na busca por explicações para as ocorrências de suicídios entre os Guarani, nenhuma responde a todos os casos, entretanto, a situação precária de sobrevivência, talvez seja a base do problema, somados a fatores individuais (GRUNBERG, 2002).

### 3.2.2 Suicídio Guarani-Kaiowá

Brand e Vietta (2001, p. 120) contribuem com informações sobre o suicídio entre os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul,

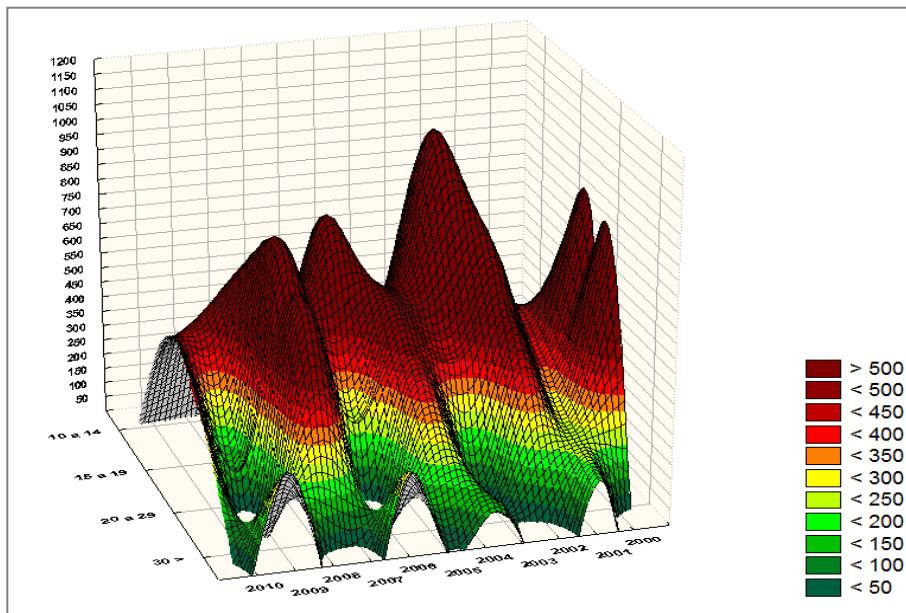
Entre os anos de 1981 e 2000 contabiliza-se um total de 436 casos de suicídios, mas cabe atentar que a partir de 1990 este número vem aumentando de forma assustadora. Um total de 389 casos foram registrados entre os anos de 1990 e 2000. É sobre os jovens adultos que incide as maiores taxas. Dos 436 casos levantados, 225 estão entre pessoas de 12 a 21 anos, com uma incidência de 91 casos entre 15 a 18 anos. Trata-se, portanto, de um fenômeno que atinge de forma especial os jovens adultos.

**FIGURA 3** - Taxas (x 100.000) de suicídio na população indígena Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, período 2000-2010.



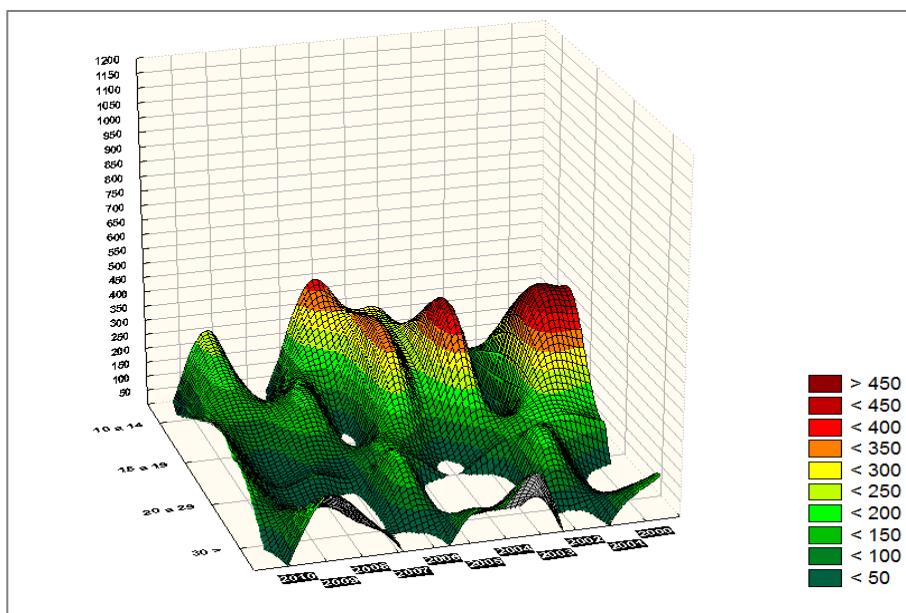
Fonte: Brasil (2010).

**FIGURA 4** - Taxas de suicídio masculino por faixa etária e ano, na população Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, período 2000-2010



Fonte: Brasil (2010).

**FIGURA 5** - Taxas de suicídio feminino por faixa etária e ano, na população Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, período 2000-2010



Fonte: Brasil (2010).

O perfil das taxas de incidência de suicídio na população masculina apresenta quatro picos epidêmicos entre os anos 2000 e 2010. As taxas mais elevadas correspondem à faixa etária de 15 a 19 anos, com um valor máximo no ano 2003 (FIGURA 4).

Na população feminina, são observadas taxas menores quando comparadas com a população masculina, mas, na faixa etária de 10 a 14, estas são mais elevadas em quase todos os anos. Chama a atenção o aumento das taxas na população maior de 30 anos, nos momentos que declina o suicídio entre os 10 a 29 anos (FIGURA 5).

Para Coloma (2010), as evidências iniciais encontradas entre os Guarani-Kaiowá, mostram a dimensão do problema com uma das taxas mais elevadas das já descritas entre as populações indígenas. O fenômeno de suicídio se manifesta em todas as idades, entretanto, particularmente entre os jovens e muito significativamente entre as mulheres, a partir dos 10 anos, se comparado com os de outras sociedades. Pode-se inicialmente concluir que nessa sociedade toda a população está em risco, e isso é reafirmado pelos relatos de numerosos sobreviventes (ainda não quantificados) e que já experimentaram diversas tentativas de suicídio.

A tendência das taxas tende a diminuir, mas ainda observa-se uma ampla variabilidade na idade dos casos em que se encontra uma diferença da idade segundo o sexo: no sexo masculino a idade mínima dos casos foi de 9 anos, e a máxima, de 78 anos, e a concentração de casos (50%) está situada entre 17 e 27 anos. No sexo feminino, a idade mínima foi de 11 anos, e a máxima, de 68 anos, a concentração de casos (50%) está situada entre 13 e 22 anos (COLOMA, 2010).

Brand (1997) considera que o problema principal seria devido à desestruturação progressiva das famílias extensas, por conta do processo que denomina de “confinamento”, que impediria aos Guarani de deslocarem-se pelo seu amplo território histórico, sendo obrigados pelo Estado a permanecer em minúsculas reservas.

Analizando as circunstâncias próximas, isto é, as causas alegadas para a prática do suicídio, por parte de familiares e lideranças indígenas, são recorrentes as explicações remetendo a conflitos pessoais e à quebra de relacionamentos familiares ou afetivos, seja entre esposos, filhos, namorados, e, ainda, ligados a violência física ou sexual. A gravidade e a complexidade desse fenômeno segue desafiando pesquisadores, indigenistas e órgãos públicos [...] (BRAND; VIETTA, 2001, p. 120).

As justificativas para os casos de suicídios acima mencionados vêm ao encontro de uma série de observações realizadas na prática profissional de psicólogos da saúde indígena que atuam diretamente com a população Guarani-Kaiowá nas aldeias do Estado de Mato Grosso do Sul. Os relatos de familiares que perderam seus entes por suicídio, assemelham-se as descritos por Brand e Vietta principalmente no que se refere a conflitos pessoais e interpessoais.

Segundo relatos da entrevista realizada com Feliciano Gonçalves, vice-capitão da Reserva de Caarapó, MS, em 1995, Brand e Vietta (2001) descrevem que o suicídio tem acontecido e aumentado assustadoramente porque os indígenas estão se deparando com situações em que encontram uma série de dificuldades para resolvê-las como, brigas e desentendimentos familiares, ausência de trabalho e ocupação, dificuldades econômicas e ociosidade, que geram desânimo e muita tristeza. Quando essa tristeza persiste, o indígena acredita que ela não vai mais embora, quando então ele, fragilizado, fica vulnerável ao pensamento de tirar a própria vida, o que começa a consumi-lo, até que de fato cometa o suicídio, a fim de aliviar o sofrimento vivido. Relata ainda que o consumo da bebida alcoólica facilita ao indígena tornar-se fragilizado, autodestruir-se com o suicídio, como se o encorajasse.

O suicídio aparece como uma forma de expressão, dadas às dificuldades de comunicação em nível simbólico com o ambiente. Ora, a visão de mundo, vida e morte, de acordo com a cosmologia Guarani/Kaiowá, é muito complexa para o entendimento de um modo geral; a própria concepção de educação, formação da personalidade infantil, de acordo com a cultura tradicional, não segue os padrões mais comuns da sociedade nacional envolvente (DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000. p. 234-235).

Na busca de fatores causais ou contribuintes para o ato suicida e compreensão do fenômeno, Mura (2008 apud COLOMA, 2010, p. 45-46) identifica duas síndromes de filiação cultural (*cultural bound syndromes*), ambas afetam significativamente as emoções que culturalmente é entendida como uma grande tristeza da alma espiritual: o *nhemo'y'rō* (profunda mágoa, aborrecimento) e o *taruju* (paixão ardente). E ainda complementa com detalhamentos,

O estado emocional de *nhemo'y'rō* é sintomático da alteração abrupta de uma relação de mútuo apoio e respeito entre sujeitos, o indivíduo que se sente lesado por tal evento podendo acelerar enormemente, ou mesmo assumir quase instantaneamente, a tomada de decisão de tirar a própria vida. Entre os jovens, este estado emocional leva frequentemente o sujeito afetado a desafiar quem o magoou, bem como os outros membros que são

considerados responsáveis, por via indireta, de sua situação de aflição. Se o desafio não consegue obter o resultado desejado, restabelecendo-se um equilíbrio entre as partes desentendidas, o indivíduo magoado pode decidir tirar a própria vida.

Uma interpretação possível dada pelos índios para esta circunstância é que, uma vez o sujeito falecido, sua alma espiritual (o *ayvukue*) poderá se vingar, importunando os vivos responsáveis por sua morte. Esta interpretação é mais comum entre os jovens, sendo que muitos dentre estes afirmam achar possível que, uma vez morto, o indivíduo possa tornar à vida. O estado de *nhemo'y'rō* é muito comum após brigas entre parentes consanguíneos, mas pode também estar associado a fatores amorosos, como, por exemplo, em casos de amores não correspondidos, em decorrência de desentendimento entre cônjuges e por adultério.

O estado de paixão, porém, pode não estar acompanhado de *nhemo'y'rō*. O Guarani associa a paixão ao fenômeno provocado pelo pôr-do-sol, quando o horizonte se cobre de uma cor amarela intensa, denominada de *araguaju*. Este é considerado pelos índios como uma substância, que pode atingir e penetrar as pessoas, provocando um estado de melancolia e uma maior sensibilidade e vulnerabilidade. Esta substância pode encostar-se no sujeito, devido a seu descuido (deixando de proteger-se com rezas), ou ser levada por alguém que busca estabelecer com este sujeito uma relação amorosa. Se o alvo dessa ação resiste, rejeitando esse relacionamento, o *araguaju* torna-se, então, *taruju* (ou *tarovaju* 11), uma forma de “loucura” que domina as pessoas, a alma espiritual é transtornada a ponto tal da pessoa ver o mundo ao seu redor constantemente e totalmente amarelado. A própria consciência da *ayvu* chega a ser ameaçada, apagando-se sua vontade, que o indivíduo chega a tentar o “suicídio”. Jovens que fizeram tentativas neste estado emocional afirmam que não se lembram de nada do ocorrido, fora a intensa luz amarela que os cegava e atordoava.

Outra situação que pode fazer com que o *araguaju* se torne *tarovaju* é o desejo (sexual ou sentimental) manifestado por alguém com relação seja a uma pessoa já casada, seja numa relação incestuosa e/ou moralmente reprovada. Nesses casos, o indivíduo pode manifestar, além de loucura, também vergonha (*oti*), o que o deixa ainda mais fragilizado. O *tarovaju*, se não associado ao *nhemo'y'rō*, pode levar ao “suicídio” mais lentamente, construindo um progressivo sentimento de tristeza.

Há que se considerar que entre os Guarani, embora o amor (*mborayhu*) seja bem visto e promovido, este não está associado à paixão, mas à lógica de reciprocidade. Há um deus específico para o apaixonamento (*Pa'i Tambeju*) e é para este que são dirigidas as rezas para se obter resultados nas relações amorosas. Contudo, o comportamento desta divindade é tido como o de um sedutor, cuja ação confunde e transtorna a alma espiritual do sujeito-alvo.

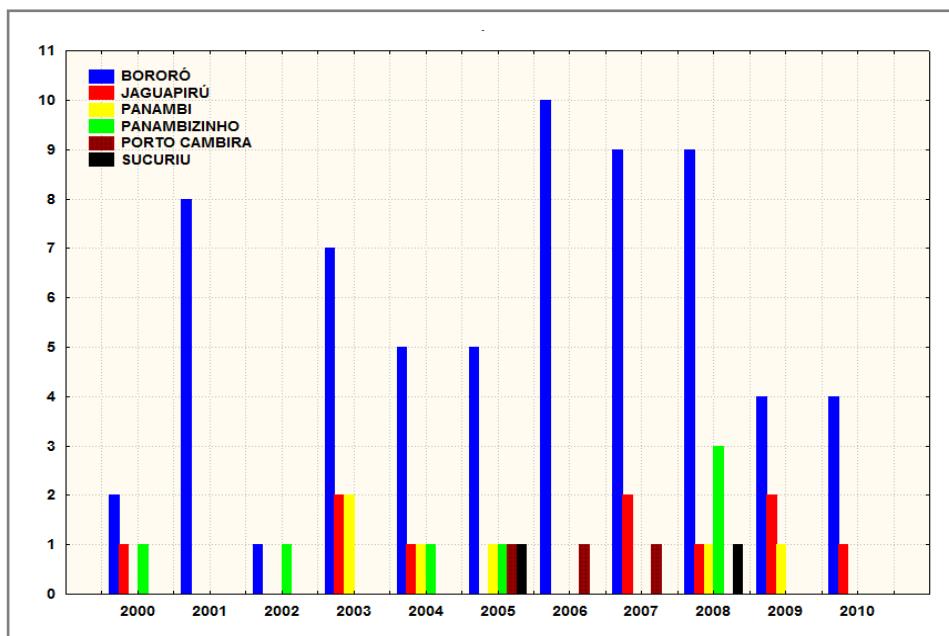
A etnia Guarani-Kaiowá representa 64% dos indígenas do Mato Grosso do Sul, diferenciando-se das demais por apresentarem algumas particularidades, como terem dificuldades em lidar e expressar os sentimentos, serem mais reservados, tímidos e desconfiados, preservarem algumas práticas e tradições culturais, valorizarem aspectos mitológicos, bem como a cosmologia de seu povo e, ao mesmo tempo, estarem geograficamente, muito próximos dos centros urbanos, ou seja, próximos aos hábitos da

sociedade envolvente (VICK, 2010).

Essa proximidade dos indígenas Guarani-Kaiowá com os não-índios trouxe algumas interferências e influências principalmente no aspecto cultural, comportamental e social. Conhecer, desejar e buscar como, por exemplo, bens materiais, presentes na sociedade envolvente, assim como um emprego justo, realização pessoal e profissional, fez com que os indígenas se deparassem com dificuldades e limitações. Dessa forma, essas frustrações se defrontam com a rígida estrutura psíquica destes, que provavelmente os leva a vivenciar conflitos internos significativos, ocasionando, por exemplo, mudanças comportamentais e até mesmo atitudes extremas, como os suicídios (VICK, 2010).

Grupos étnicos como os Guarani-Kaiowá que habitam a reserva indígena de Dourados apresentam uma das mais elevadas taxas de mortalidade específica por suicídio no DSEI-MS, apesar de que, nessa reserva indígena, observa-se uma diminuição significativa dessa taxa nos últimos dois anos (48,2% em 2009 e 76,6% em 2010 em relação a 2008), após um aumento progressivo entre 2004 e 2008.

**FIGURA 6** - Número de suicídios por aldeia, no Polo Base de Dourados, no período 2000-2010



Fonte: Brasil (2010).

Nos casos de suicídio em cada uma das aldeias pertencentes ao Polo Base de Dourados, destaca-se que a grande maioria das ocorrências (48) foi na Aldeia Bororó,

representando 69,7% do total de casos de suicídio das seis aldeias, durante o período de 2000 a 2010 (FIGURA 6).

**TABELA 1** - Porcentagem de suicídio no Polo Base de Dourados, por sexo, período de 2000-2010

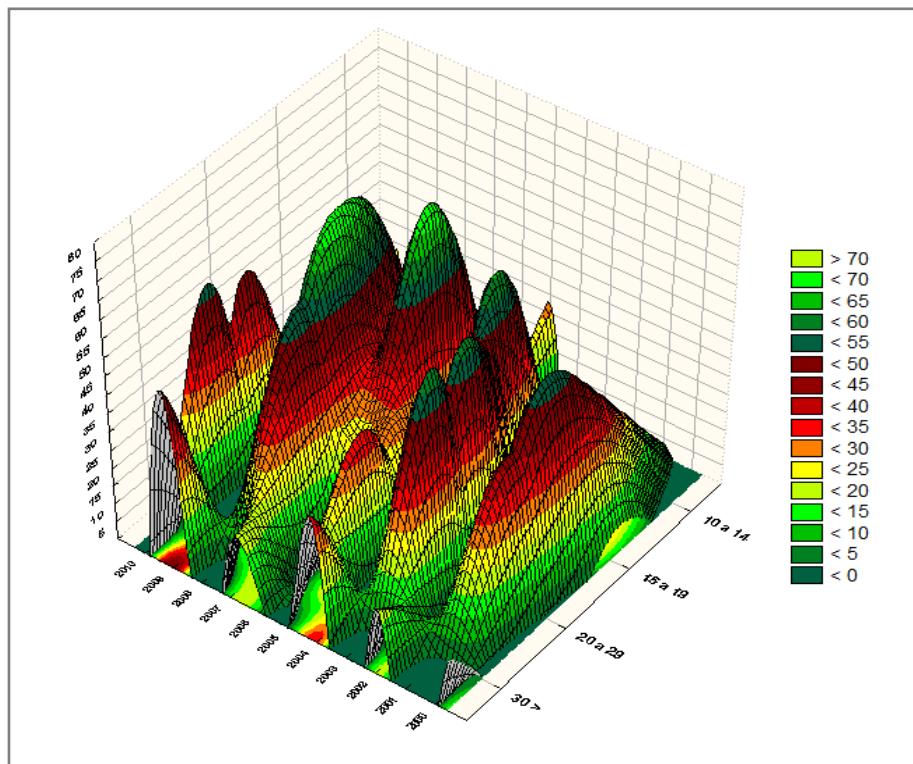
Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Masculino	67%	75%	50%	58%	50%	44%	64%	83%	93%	86%	80%
Feminino	33%	25%	50%	42%	50%	56%	36%	17%	7%	14%	20%

Fonte: Brasil (2010).

Os suicídios são mais frequentes no sexo masculino, com uma proporção de 68%, e 32% no sexo feminino, nos onze anos de análise. Nesse período observam-se amplas variações anuais, inclusive com uma maior proporção feminina no ano 2005 (TABELA 1).

Em relação à faixa etária, no total de 89 casos, observa-se que a população jovem é a que apresenta os maiores casos de suicídio, considerando-se que a população em risco está entre os 10 a 29 anos (74 casos, 83%) e em seguida a faixa etária maior que 30 anos (15 casos, 17%) (BRASIL, 2010).

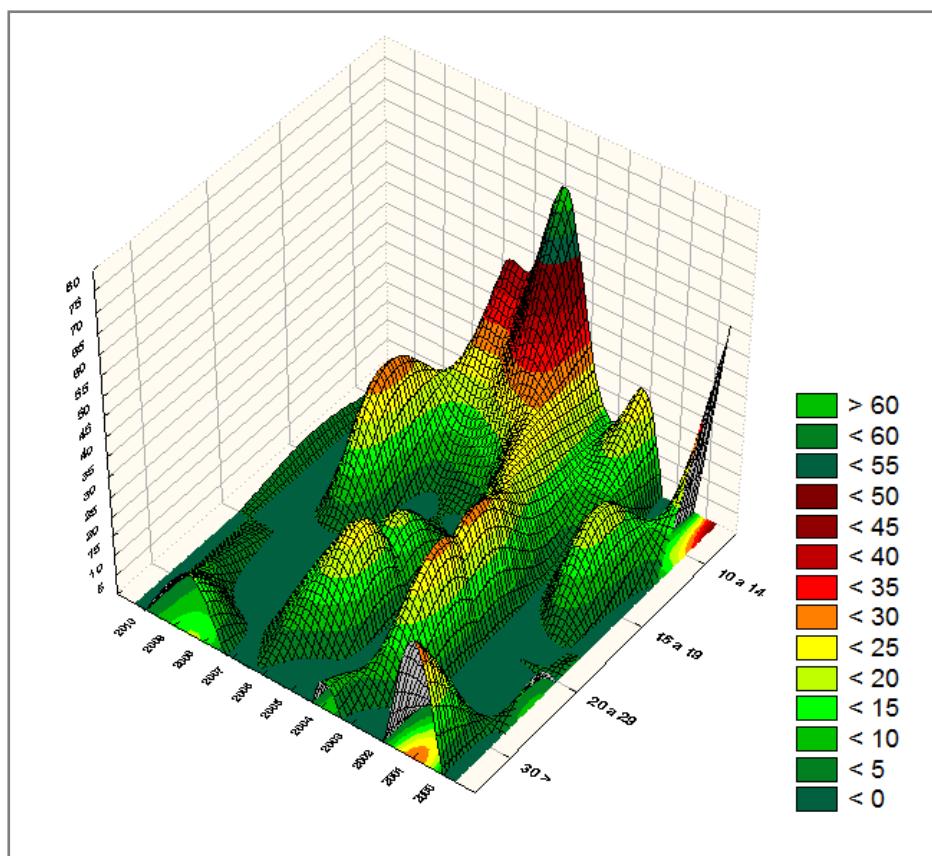
**FIGURA 7** - Taxas de suicídios na população do Polo Base de Dourados, do sexo masculino por faixa etária e ano, no período 2000-2010



Fonte: Brasil (2010).

Quando as taxas são apresentadas por sexo, observa-se, conforme a Figura 7, que no sexo masculino as taxas são mais levadas no grupo de 15 a 19 anos. De outra parte, o período de aumento da incidência dos casos é bianual, diferente da apresentada pelo total da população Guarani-Kaiowá no DSEI-MS, que é trianual.

**FIGURA 8** - Taxas de suicídios na população do Polo Base de Dourados, do sexo feminino por faixa etária e ano, no período de 2000-2010



Fonte: Brasil (2010).

Na população feminina do Polo Base de Dourados, entre o período de 2004 a 2007, foi observado como a incidência foi aumentando e apresentando também uma tendência à diminuição a partir do ano 2008. A faixa etária de 10 a 14 anos é a que apresenta a maior incidência em 7 dos 11 anos analisados. Durante 2009, não aconteceram casos de suicídio entre os 10 a 19 anos (FIGURA 8).

Em relação aos métodos utilizados para cometer suicídio durante 2000 a 2010 foi registrado que 96,6% dos casos foram por constrição mecânica compatível com enforcamento e 3,37% por ingestão de substâncias tóxicas. Esse último método foi utilizado por 2 pessoas do sexo feminino e por 1 do sexo masculino (VICK, 2010).

---

## 4 OBJETIVOS

#### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar os aspectos psicossocioculturais que interferem no suicídio indígena Guarani-Kaiowá.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar o perfil sociodemográfico da família em estudo, por meio das variáveis: idade, sexo, estado civil, filhos, situação laboral, religião, escolaridade, renda familiar.

Compreender o funcionamento da dinâmica familiar, como seus membros se estruturam e suas concepções quanto ao ato suicida.

Identificar os fatores de risco ou características da família que possam ser considerados como causais, determinantes e/ou contribuintes para o suicídio.

Compreender quais fatores contribuem para vulnerabilidade nos casos de suicídio.

---

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se esta pesquisa de um estudo qualitativo e descritivo que será apresentado em 2 etapas para melhor compreensão dos procedimentos metodológicos.

## 5.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Aldeia Bororó no município de Dourados-MS, nas residências dos participantes da amostra.

## 5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

### 1<sup>a</sup> Etapa

A família em questão é composta por aproximadamente 171 membros vivos e residentes na Reserva Indígena de Dourados, MS, concentrando-se na Aldeia Bororó quase que a totalidade desses familiares. Não foram incluídos, nesse quantitativo, os familiares que residem em outras localidades, como por exemplo, na área urbana ou em outras aldeias, devido à delimitação do objeto de estudo desta pesquisa.

No primeiro momento, para a aplicação do questionário sociodemográfico, foram identificadas, nessa família extensa, 7 linhas de descendência as quais foram tomadas como princípio para a caracterização do perfil sociodemográfico da família em estudo. Dessa forma, foram escolhidos por conveniência alguns membros desses 7 grupos familiares para que pudessem participar da primeira etapa da pesquisa, já que o questionário abrangia informações referentes a um grupo familiar menor, um número de 31 participantes que colaboraram direta e indiretamente com o estudo.

### 2<sup>a</sup> Etapa

Posteriormente, foram identificados alguns membros dessa família extensa segundo vínculo e proximidade com as vítimas que cometeram suicídio, para participarem da 2<sup>a</sup> etapa do estudo, ou seja, das entrevistas. Dessa forma, foram realizadas 7 entrevistas de autópsia psicológica, cada uma a fim de obter informações de cada 1 dos 7 casos.

## 5.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

### 5.3.1 Declaração de óbito

O DSEI-MS recebe as declarações de óbitos de todos os casos de mortes de indígenas aldeados no Estado de Mato Grosso do Sul. Com isso, após a identificação dos 7 casos de suicídio, objeto deste estudo, suas declarações de óbitos foram localizadas e, a partir destas, variáveis como idade, sexo, situação laboral, escolaridade, estado civil, causa morte, local do suicídio e outras complementares foram obtidas e registradas na pesquisa.

### 5.3.2 Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena

O Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena (SIASI) é um banco de dados informatizado da FUNASA, alimentado diariamente em nível local (Polos Base) e que permite ter conhecimento quanto à infraestrutura, demografia e estatísticas vitais, imunização e morbidade dos povos indígenas de todo o país. Dessa forma, foi extraída, desse sistema, uma listagem nominal de todos os membros dessa família extensa, filiação, data de nascimento, endereço da residência entre outros.

### 5.3.3 Questionário sociodemográfico

Elaborado pela pesquisadora, para atingir os objetivos da pesquisa, contemplando desde dados de identificação, composição familiar, informações sobre moradia, benefícios sociais e outros (APÊNDICE A).

### 5.3.4 Entrevista semiestruturada para autópsia psicológica

O primeiro trabalho da autópsia foi relatado por Shneidman (1973), o qual reconstruiu o processo suicida de um médico baseado nas cartas que este tinha escrito à própria mãe. Ele desenvolveu esse método após a Segunda Guerra Mundial com o suicídio de soldados que voltavam do combate.

A Autópsia Psicológica é um tipo de avaliação retrospectiva que tem como finalidade investigar quais as intenções e o contexto psicológico de uma pessoa que se suicidou; é aplicada para compreender os casos de suicídio, bem como seus determinantes.

Diversos estudos foram publicados sobre a utilização da autópsia psicológica por pesquisadores do suicídio em populações indígenas/nativas em todo o mundo, como, Índia, Paquistão, Taiwan, China, Países Árabes, Canadá, Manitoba, EUA, Austrália, Nova Zelândia, México, Itália. Entretanto, com a população indígena do Brasil e mais especificamente os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, não se têm relatos de estudos utilizando o instrumento de autópsia psicológica para investigação dos casos de suicídio. (COLOMA, 2010)

Em geral o instrumento da autópsia psicológica não tem mudanças já que se procura recuperar a informação sobre as variáveis importantes do fenômeno, o que muda é a análise já que a informação deve ser interpretada dentro do contexto de cada cultura. A ideologia, a cosmovisão, os significados são obtidos com informantes-chave (pagés, lideranças, anciões, etc) mediante a etnografia focalizada no problema sobre a base da etnografia geral da etnia (COLOMA, 2010).

Pérez (1993, 1998, 1999 apud MATINEZ 2007) colabora com um Modelo de Autópsia Psicológica para Suicidas que se difere dos demais instrumentos, por ser completamente estruturado e sistematizado em vez de aberto e semiestruturado.

A entrevista de autópsia psicológica utilizada neste estudo (APÊNDICE A) foi elaborada, estruturada e adaptada à realidade da população indígena local, tendo como base os quatro tópicos (pilares) de investigação: a) Precipitadores e/ou Estressores, b) Motivação, c) Letalidade e d) Intencionalidade, de acordo com Werlang (2001) em sua tese de doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas, SP.

A entrevista semiestruturada foi desenhada para manter a fluidez do relato dos informantes-chave e coletar a informação básica e específica de cada caso. É um instrumento que não pretende esgotar em profundidade todos os acontecimentos, em grande parte a ressonância da significação cultural do suicídio, mas que permita a compreensão fundamental do evento.

## 5.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A primeira etapa da pesquisa consistiu na autorização da FUNASA, para a realização do estudo com uma família indígena Guarani-Kaiowá com alta prevalência de suicídio, e da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), para o ingresso em terras indígenas com finalidade de desenvolver pesquisa científica, de acordo com a Instrução Normativa FUNAI n. 01, de 29 de novembro de 1995 (ANEXO A). A pesquisa também necessitou da autorização do Capitão da Aldeia Bororó, dessa forma, o projeto foi apresentado a ele para que pudesse ter conhecimento dos objetivos do mesmo, bem como, de suas esperadas contribuições (ANEXO A).

Após a autorização da FUNASA e FUNAI, assim como, do Capitão da Aldeia Bororó, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco para análise e autorização da realização da pesquisa, conforme estabelecido pela Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Inicialmente foi realizada uma investigação para coleta dos primeiros dados a partir das Declarações de Óbito nos arquivos do DSEI-MS, referente aos 7 casos de suicídios encontrados em uma mesma família.

Em seguida, a partir do SIASI, foi possível mapear a família extensa a que pertenciam os 7 suicidas. A partir desse sistema, foi verificada a composição e extensão da referida família, seus graus de parentesco, idade, sexo, filiação, etnia, casos de morbimortalidade e localização geográfica dos núcleos familiares.

Com esse mapeamento foi possível realizar um genograma familiar, que consiste na representação gráfica de informações sobre uma família, evidenciando a dinâmica familiar e as relações entre seus membros, e que se mostrou um valioso instrumento para a compreensão das estruturas e vínculos familiares (APÊNDICE C).

De posse da localização geográfica das famílias, bem como de seus endereços, a pesquisadora dirigiu-se até as residências desses 7 grupos familiares menores (de 7 linhas de descendência) na Aldeia Bororó, município de Dourados - MS, junto com a assistente social e o psicólogo indígena kaiowá, que prestam serviço à Saúde Indígena no Polo Base de Dourados. Inicialmente todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo,

além de devidamente esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando livres para retirarem o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum (APÊNDICE B). Foram esclarecidos também sobre o sigilo no que se refere aos dados pessoais e sobre a possibilidade de divulgar os resultados desta dissertação de Mestrado, em publicações científicas e apresentações em eventos científicos. Em seguida foram aplicados os questionários sociodemográficos que contaram com questões fechadas, objetivas e simples (não ligadas à questão do suicídio). Posteriormente foram realizadas as 7 entrevistas com familiares dos suicidas, estas contemplaram questões abertas e complexas e, por esse motivo, a autora deste estudo considerou conveniente a presença de um psicólogo indígena Kaiowá a fim de prestar apoio e suporte se necessário, principalmente com relação a possíveis dificuldades com a língua materna (guarani), em caso de algum dos participantes encontrar dificuldade em falar em português sobre o assunto suicídio. Entretanto não ocorreram situações como esta presumida.

Tanto os questionários quanto as entrevistas foram realizadas em português pela autora deste estudo.

## 5.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise das informações foi consultada uma ampla bibliografia de distintas perspectivas teóricas, que foram desde as ciências sociais, epidemiologia sociocultural, psicologia intercultural até a antropologia médica, que permitiram uma compreensão mais objetiva da complexidade do problema do suicídio.

Inicialmente foram tomadas as informações de fontes científicas que permitiram caracterizar o contexto de vida da população Guarani-Kaiowá. Em seguida foram retomadas as análises da dimensão epidemiológica do suicídio no DSEI-MS e especificamente da população Guarani-Kaiowá, para finalmente tratar a informação da comunidade Bororó, como contexto para tratar os estudos de caso. Posteriormente foi elaborada uma caracterização dos casos de suicídio segundo variáveis selecionadas do Questionário Sociodemográfico e da Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica. Finalmente foram analisadas as informações sobre os eventos e processos vivenciados pelas pessoas que cometeram suicídio.

Os dados quantitativos foram analisados de maneira associada à informação qualitativa, para poder identificar as características e os fatores causais do problema, assim como as diferenças entre as perspectivas das interpretações do conhecimento indígena e ocidental.

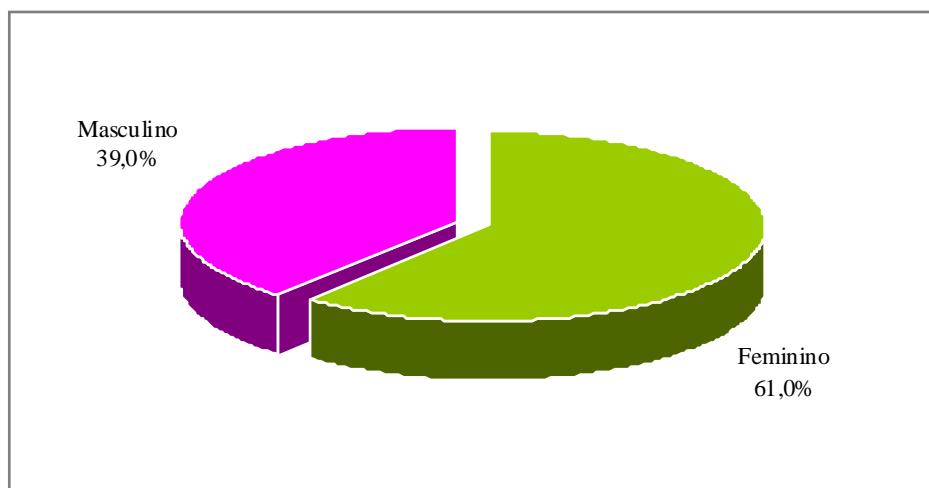
---

**6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 6.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA

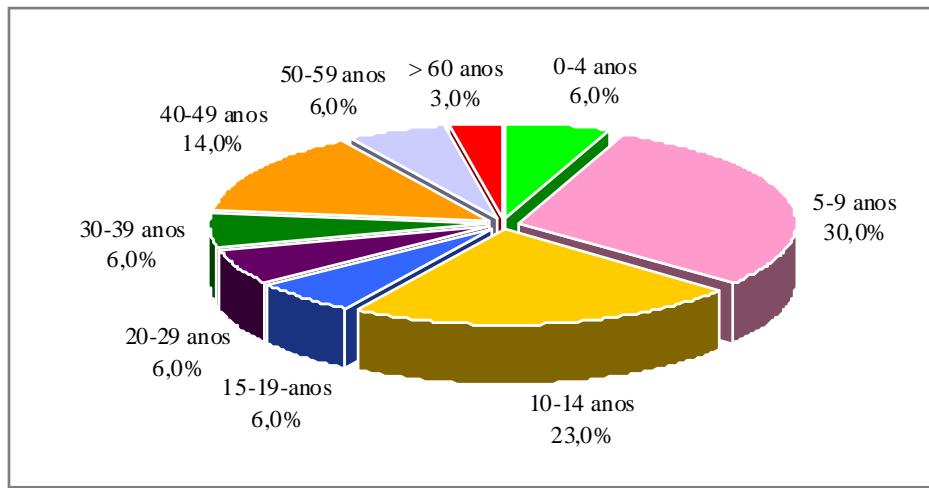
A partir das informações levantadas por meio dos questionários sociodemográficos seguem os gráficos demonstrativos com os resultados obtidos de uma amostra de 31 participantes.

**GRÁFICO 1 - Gênero**

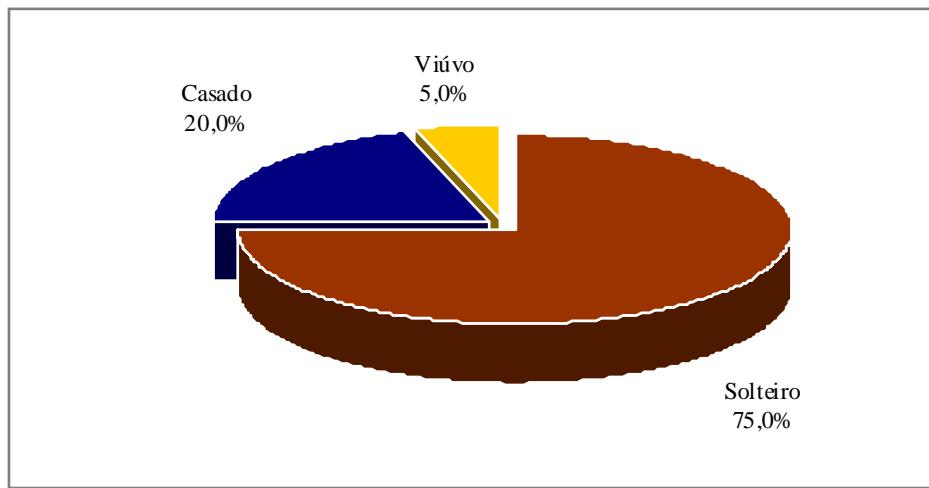


Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

Relativamente ao gênero, 61% são do sexo feminino e 39%, do sexo masculino, levando em consideração a descrição da composição familiar dos entrevistados (GRÁFICO 1).

**GRÁFICO 2 - Idade**

Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

**GRÁFICO 3 - Estado civil**

Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

No que diz respeito à idade, verificou-se que a maioria dos participantes comprehendem o intervalo dos 5 aos 14 anos, com 53%, demonstrando uma grande porcentagem de crianças e jovens na composição familiar (GRÁFICO 2).

Quanto ao estado civil, verificou-se um predomínio de indivíduos solteiros (75%) razão justificada pelo elevado quantitativo de crianças e jovens da amostra (GRÁFICO 3).

Em relação à língua, verificou-se que todos os participantes da amostra falam e comprehendem tanto a língua materna (guarani) quanto o português. No entanto foi observado

que o idioma nativo é mais explorado. Os indígenas se comunicam entre si em guarani, e os ensinamentos da língua materna são transmitidos através da convivência diária desde as crianças. Já com os não-índios, a comunicação se dá em português. Tal fato ocorre devido à proximidade com os centros urbanos, com a sociedade envolvente, bem como, nas escolas indígenas onde a aprendizagem (ler e escrever) é bilíngue, realizada tanto no idioma nativo quanto no português.

Quanto à religião, o questionário abrangeu uma pergunta aberta sobre as práticas religiosas. Verificou-se que 75% da amostra declararam que não praticam religião alguma, ao passo que 25% são evangélicos. A crença mais presente dentro da reserva indígena de Dourados e frequentada pelos que são praticantes é a evangélica pentecostal, representando ¼ (um quarto) dos entrevistados. O catolicismo é pouco comum nessa reserva indígena e, embora não se tenham dados quantitativos de católicos, a proporcionalidade é mínima, segundo informações da comunidade em geral. A prática da religião tradicional indígena não foi mencionada, entretanto é sabido que esta, quando é exercida, se dá pelos indígenas adultos e idosos.

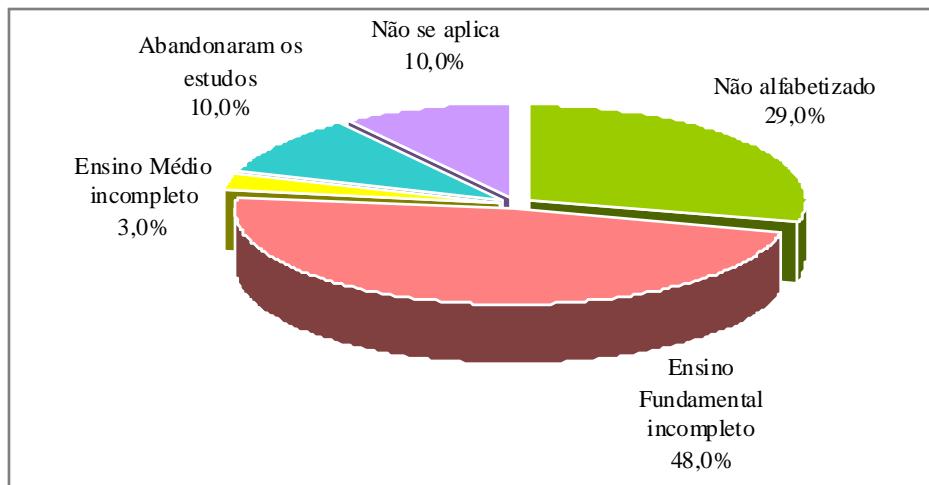
Sobre a escolaridade formal, 29% nunca frequentaram a escola, sendo que destes, 80% têm idade superior a 35 anos. Esses adultos não alfabetizados ou foram jovens que tiveram seus filhos muito cedo e por esse motivo não frequentaram a escola, ou porque enfrentaram dificuldades quanto ao acesso a esta, ou então porque ainda na infância precisaram ajudar os pais na roça. Do total, 48% encontram-se no ensino fundamental, sendo que destes, 62% estão com idades compatíveis com suas séries escolares.

É percebido de um modo geral que a qualidade do ensino nas escolas indígenas é comprometida e deficitária em comparação com a educação formal oferecida nas cidades, porém essa escola desempenha um papel importante na socialização e promoção do lazer entre crianças e adolescentes. O ensino bilíngue nessas escolas tem a sua importância principalmente para a comunicação entre os indígenas e a sociedade envolvente. A oferta de ensino médio dentro da aldeia é carente, existindo escassas unidades que disponibilizam esses anos escolares, sendo necessário em muitos casos, que jovens indígenas em busca de melhores qualidades de ensino e maiores perspectivas de vida, se desloquem até os centros urbanos mais próximos à procura de outras oportunidades de estudo e de desenvolvimento intelectual.

O contingente de 10% que abandonaram os estudos e não concluíram o ensino

fundamental se referem principalmente a mulheres jovens que se desligaram da escola pelo fato de estarem grávidas (ou quando solteiras, sem um companheiro) ou porque se tornaram mães muito cedo, dificultando a conciliação com os estudos e outras atividades senão a de mãe e cuidadora.

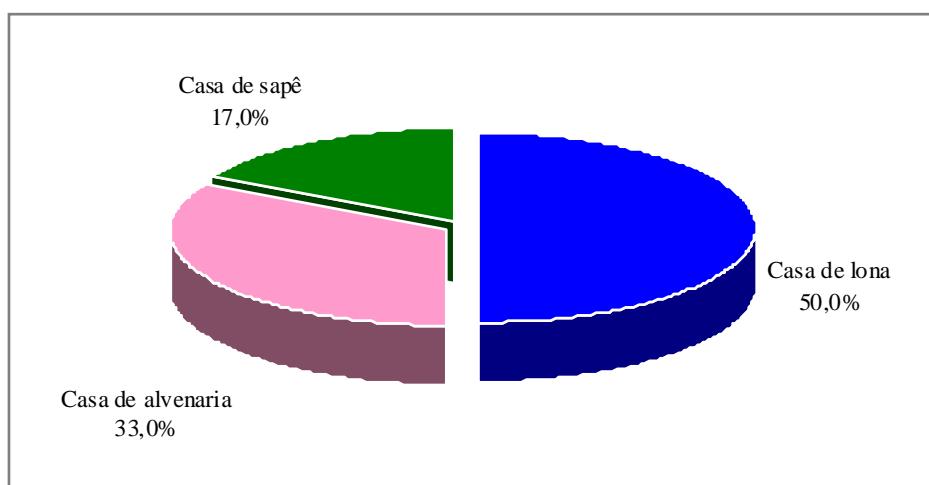
**GRÁFICO 4 - Escolaridade**



Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

A última categoria descrita quanto à escolaridade, é apresentada como não se aplica, e corresponde aos indivíduos que ainda não possuem idade (0 a 5 anos) para ingressar na escola (GRÁFICO 4).

**GRÁFICO 5 - Tipo de moradia**



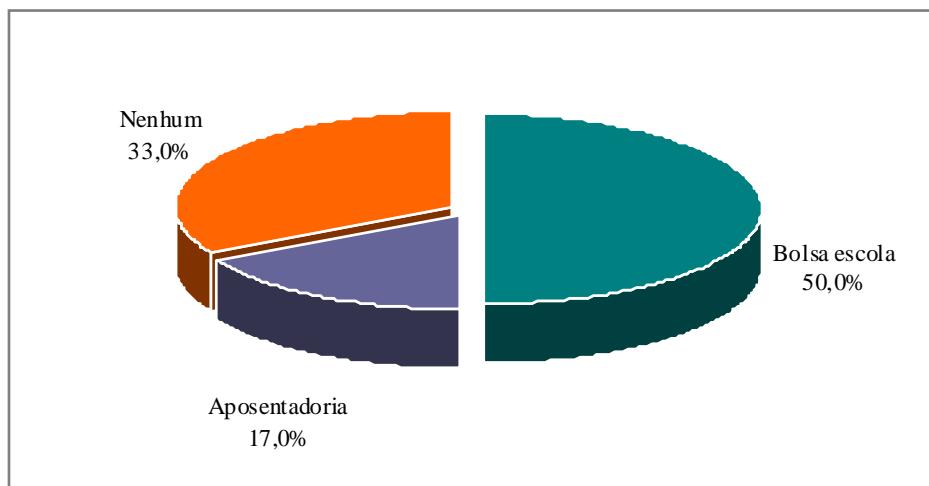
Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

Em relação à moradia verificou-se que 50% residem em casas que mais se aproximam de barracos de lonas furadas e/ou rasgadas, algumas forradas com cobertores úmidos e sujos. Tanto os barracos como as casas cobertas por folhagem de sapê (33%) encontram-se em péssimas condições de habitação, localizados próximos ou no meio de mata (floresta). É percebida também, em muitas moradias, a combinação de materiais diversos como lona, sapê, madeira e outros. Essas condições de sobrevivência demonstram situação de alta vulnerabilidade em que se encontram essas famílias. As casas de alvenaria representam 17%, mas, igualmente às demais, estão em condições precárias. Em praticamente 80% das moradias, foram observados quintais com muito lixo (GRÁFICO 5).

A água encanada está presente em 100% das moradias, entretanto alguns problemas, como vazamentos e desperdícios, foram observados, eventos esses que comprometem por vezes a disponibilização de água 24 horas por dia em algumas residências. Agentes indígenas de saneamento desenvolvem atividades de educação e saúde principalmente com relação ao meio ambiente, ações essas de grande importância a fim de que a comunidade em geral conheça o mecanismo de água encanada e conscientize-se dos cuidados necessários para que o abastecimento de água continue efetivo e permanente.

Através do Programa do Governo Federal “Luz para Todos”, a maioria das casas dessa reserva indígena possui energia elétrica, principalmente as localizadas geograficamente próximas da rede elétrica, no entanto aquelas moradias mais distantes desses pontos, próximos às áreas de mata, não são beneficiadas com a energia. Este é o caso da maioria das moradias encontradas neste estudo, isto é, 67% destas sofrem pela falta de energia elétrica, situação bastante preocupante tendo em vista a ligação desse fato principalmente com a falta de segurança, uma vez que essas residências encontram-se em locais isolados, considerados perigosos e arriscados pela comunidade com alto índice de criminalidade.

**GRÁFICO 6 - Benefícios sociais**



Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

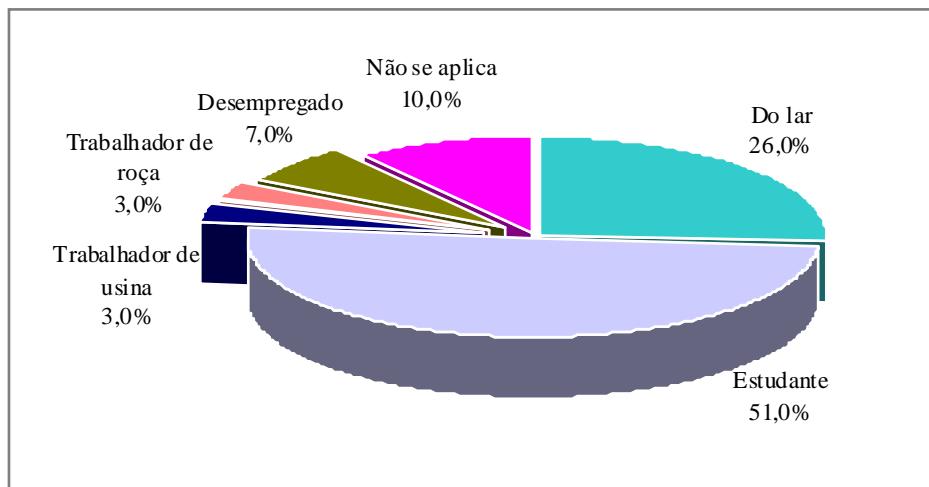
No que se refere a benefícios assistenciais, 17% recebem aposentadoria e 50% bolsa escola. Os 33% que não recebem benefício algum, teriam o direito de adquirirem o benefício da bolsa escola, mas, por desconhecimento da possibilidade de tal auxílio, encontram-se desprovidos dessa medida assistencial (GRÁFICO 6). Esses dados referentes aos benefícios sociais, se cruzados com os da situação laboral e os da existência de cultivo de roça/plantação e somados ao recebimento de cestas básicas, demonstram uma situação preocupante, na qual esses indígenas estão inseridos. Embora o auxílio de benefícios venha para suprir principalmente a fome, eles ainda relatam que não querem viver do assistencialismo, que desejam ter suas roças (para consumo próprio e venda), que desejam um emprego digno onde possam trabalhar e receber por isso. Entretanto o que se observa infelizmente é um preocupante prognóstico com relação ao emprego e geração de renda para essa população. Segundo a Comissão Permanente de Investigação e Fiscalização das Condições de Trabalho de Mato Grosso do Sul (CPI FCT-MS), até o final de 2012, cerca de 8.000 indígenas estarão desempregados, devido à mecanização nas usinas sucroalcooleiras no Estado (VICK, 2010).

Dentro do núcleo familiar indígena, cada membro tem suas responsabilidades específicas. Os homens devem trabalhar e sustentar a família; geralmente trabalham nas usinas, em lavouras e roças de propriedades particulares. Muitos homens jovens abandonaram os estudos recorrendo, muitas vezes, à falsificação de documentos para atingir a maioridade e trabalharem nas usinas, por necessidade de subsistência familiar. Outro agravante com a população indígena dessa região é o fato de que, em pouco tempo, as usinas sucroalcooleiras

estarão mecanizadas e a mão de obra humana, principalmente a indígena, será dispensada. A falta de emprego já é visível e mencionada com a porcentagem de desempregados.

A mulher deve organizar o lar, cuidar dos filhos e comandar o desempenho das tarefas domésticas, além de ter uma responsabilidade que lhe é nata: a reprodução. Os filhos desempenham algumas funções dependendo do sexo. As meninas aprendem a realizar trabalhos domésticos, como cozinhar, limpar a casa, cuidar dos irmãos menores e estudar, enquanto os meninos buscam lenha, ajudam o pai na roça, cuidam dos animais e estudam. Embora exista, essa divisão sexual do trabalho e dos papéis, pode também modificar-se de acordo com as funções mais contemporâneas, por exemplo, como agentes indígenas de saúde e saneamento, com o ingresso de jovens em cursos profissionalizantes e até mesmo nas universidades, habilitando-se para o exercício de outras funções profissionais, sejam elas de nível técnico ou superior.

**GRÁFICO 7 -** Situação laboral

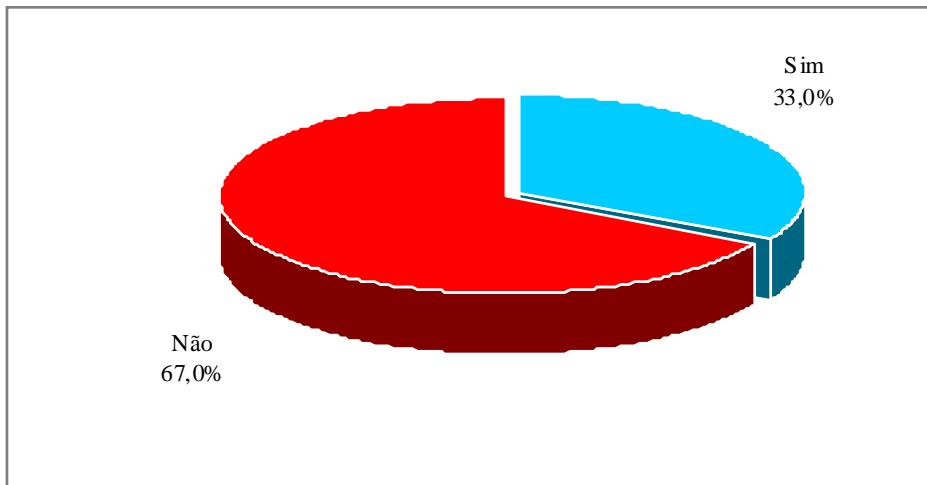


Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

Constatou-se então que, em relação à situação laboral, 51% se referem aos estudantes (de ambos os sexos), seguidos por 26% do lar (mulheres), com 3 % de trabalhadores de usinas (homens), 3% trabalhadores de roça (homens) e 7% desempregados (homens) (GRÁFICO 7).

A cesta básica é disponibilizada para as famílias cadastradas e mais necessitadas como medida emergencial para minimizar a fome. Cada uma dessas famílias recebe mensalmente cestas, uma do Governo do Estado e outra da FUNAI.

**GRÁFICO 8 - Plantação**



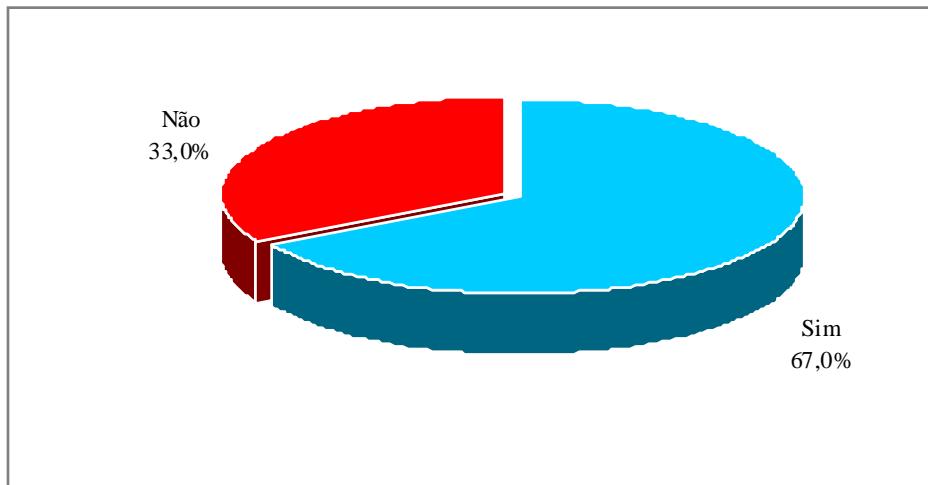
Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

Relativamente à plantação, 33% dessas famílias disseram possuir algum tipo de lavoura, relatando o plantio de melancia, mandioca e banana. Informaram ainda que a produção geralmente é para a subsistência familiar e, quando conseguem comercializar alguns desses produtos, isso é uma renda a mais. Embora a escassez territorial possa ser notada com facilidade, percebeu-se também que esses 67% que não plantam, poderiam estar cultivando algo, mesmo que em uma área pequena e reduzida, somente para o consumo próprio. Quando indagados quanto a essa situação, nos informaram das dificuldades encontradas quanto à entrega de sementes, adubos e agrotóxicos, pelo órgão responsável, causando entre eles grande desestímulo pelo plantio (GRÁFICO 8).

Com relação à violência, 50% relataram já terem tido algum membro da família (dois filhos e um irmão), vítimas fatais, ou seja, três homicídios, sendo dois cometidos por arma branca e um a paulada e sufocação.

Verificou-se que 67% dos grupos familiares pesquisados, fazem uso abusivo de bebida alcoólica, entre os homens adultos, esse consumo é de 75%, e entre as mulheres adultas é de 62%.

**GRÁFICO 9 -** Uso abusivo de bebida alcoólica



Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

A bebida tradicional dos indígenas, conhecida por chixa, entre os Guarani-Kaiowá, era produzida em um processo de fermentação do milho ou da mandioca, com baixo teor alcoólico, e seu consumo era realizado durante rituais e festas, portanto, dentro de uma pauta cultural bem definida. Nos dias de hoje, essa bebida tradicional é bem menos produzida e utilizada, tomando o seu lugar, a bebida destilada, principalmente a cachaça. O aumento do uso da bebida alcoólica é percebido em praticamente todas as aldeias do Estado do MS. O consumo abusivo frequentemente está associado a uma série de problemas, físicos, sociais e mentais. Relaciona-se, em muitos casos, com mais dois tipos de problemas, os acidentes (atropelamento e afogamento) e violências (físicas, sexuais e homicídios) e, em alguns casos, como mediadores no ato do suicídio. (VICK, 2010)

Entende-se que o uso abusivo de bebida alcoólica pelos indígenas ultrapassa os limites dos problemas com a saúde, isso se estende a causas de bases sociais, como as precárias condições de sobrevivência, no que tange a moradia, emprego, a opções de lazer e entretenimento, alimentação, vestuário e outras necessidades básicas, bem como de causas culturais, enfraquecimento das tradições culturais, proximidade com as áreas urbanas, contato com o não índio, influência da cultura da sociedade envolvente entre outros. Já as causas psicológicas encontradas são os conflitos internos e de identidade, questionamentos, incertezas, baixa perspectivas de vida, baixa autoestima, brigas conjugais, desestrutura familiar e falta de diálogo (GRÁFICO 9).

## 6.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As informações obtidas a partir das entrevistas de autópsia psicológica são apresentadas através de relatos individuais dos casos, sendo descritos detalhadamente respeitando uma ordem decrescente, ou seja, do caso mais antigo para o mais recente, com informações que partem desde dados de identificação até elementos subjetivos.

### **Caso 1**

Iniciais do nome da vítima:..... RV

Data do óbito: ..... 8/1/2006

Sexo: ..... Masculino

Idade: ..... 16 anos

N. da casa:..... 365-B

Estado civil: ..... Solteiro

Filhos: ..... Não

Escolaridade:..... Ensino fundamental incompleto

Ocupação (trabalho): ..... Ajudava o pai na roça

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):.. Noite

Local do suicídio: ..... Na mata próxima a sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (corda)

Segundo familiares (pai e mãe), a vítima não apresentava motivo algum para cometer tal ato. De acordo com os pais, o filho não se suicidou<sup>3</sup>, ele foi agredido a pauladas por jovens que não simpatizavam com ele, uma vez que haviam se mudado recentemente para a aldeia. Informou ainda que o corpo de seu filho estava muito machucado, jogado no chão e com uma corda no pescoço, forjando um suicídio.

A vítima fazia uso de bebida alcoólica principalmente com alguns familiares (na casa de uma tia LV<sup>4</sup>). Nenhum outro parente da vítima havia se suicidado anteriormente. RV morava com os pais, se relacionava bem com todos e não era agressivo.

Informações complementares. Antes de iniciar a autópsia psicológica, ou seja, durante o levantamento dos dados sociodemográficos, foi perguntado ao casal, se algum membro da família já havia falecido anteriormente e disseram que não. Indagados novamente, disseram que não outra vez, até que lhes foi perguntado sobre um filho falecido em 2006. Foi quando, confirmaram a existência deste, relatando que como já havia se passado muito tempo, tinham se esquecido.

#### Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: asfixia mecânica e constrição do pescoço por laço;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: suicídio;
- Fonte de informação: boletim de ocorrência;
- Descrição sumária do evento: a vítima foi encontrada com um laço no pescoço.

---

<sup>3</sup> Embora os pais tenham relatado que o filho não se suicidara, mas sim fora assassinado, a Declaração de Óbito informa que a provável circunstância de morte foi o suicídio.

<sup>4</sup> LV é viúva e atualmente é a mulher mais idosa da família extensa, é em sua casa que muitos familiares se reúnem para fazer os bailes, beberem e alguns usarem drogas. Muitas brigas e desentendimentos acorrem nesse local.

**Caso 2**

Iniciais do nome da vítima: ..... EV

Data do óbito: ..... 19/04/2006

Sexo: ..... Masculino

Idade: ..... 23 anos

N. da casa: ..... 333

Estado civil: ..... Casado

Filhos: ..... Sim (3)

Escolaridade: ..... Ensino fundamental incompleto

Ocupação (trabalho): ..... Trabalhador de usina

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):... Madrugada

Local do suicídio: ..... Árvore próxima a sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (cadarço de calça)

De acordo com familiares (pai, irmã e tia), a vítima discutia e brigava frequentemente com a esposa, que era extremamente ciumenta e agressiva. A vítima era um tanto reservada com seus sentimentos, fazia uso frequente de bebida alcoólica. No dia em que cometeu o suicídio, a vítima estava embriagada e havia passado a noite em festa na casa de uma tia (LV), suicidando-se de madrugada.

EV teve um primo de 1º grau, 16 anos, que se suicidou, 3 meses antes (em 8/1/2006).

A vítima era um rapaz tranquilo, bebia, mas não era agressivo. Relacionava-se bem com todos da família e com a comunidade.

Informações complementares. EV já apresentava pensamentos suicidas. Seus pais e um casal de irmãos fazem uso frequente e abusivo de bebida alcoólica e, depois do evento

ocorrido com a vítima, foi constatado que estes (exceto a mãe) tentaram cometer suicídio. Inclusive um desses irmãos (um rapaz de 17 anos) faleceu em 2010, vítima de homicídio, tendo como causa espancamento seguido de sufocação. Ainda em relação a esse irmão que fora assassinado, rezadores vizinhos informaram que este *era diferente, não era pra casar, que era metade homem e metade mulher*, compreendendo depois que essa era a denominação por eles, de homossexual. Segundo relato do pai de EV, o filho se enforcou em uma árvore próxima a sua casa, e, 4 anos depois, aos pés dessa mesma árvore foi encontrado o corpo de seu filho assassinado. Contudo o pai tomou a decisão de cortar essa árvore na tentativa das mortes de sua família acabarem. Observa-se nessa fala a existência de um componente cultural/cosmológico, a ligação que o pai faz da árvore com a morte dos filhos, o que remete à reflexão dos modelos explicativos tradicionais (vida/morte; saúde/doença e outros) que os indígenas utilizam para compreender algumas situações por eles vividas.

Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: enforcamento, asfixia mecânica e constrição do pescoço por laço;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: suicídio;
- Fonte de informação: boletim de ocorrência;
- Descrição sumária do evento: suicídio por enforcamento.

### **Caso 3**

Iniciais do nome da vítima: ..... RVS

Data do óbito: ..... 22/04/2006

Sexo: ..... Feminino

Idade: ..... 14 anos

N. da casa: ..... 364

Estado civil: ..... Solteira

Filhos: ..... Não

Escolaridade: ..... Ensino fundamental incompleto

Ocupação (trabalho): ..... Ajudava o pai na roça

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):... Manhã

Local do suicídio: ..... Na mata próxima a sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (cinto)

Segundo familiar (a mãe), a vítima estava muito triste, fazia uso esporádico de bebida alcoólica principalmente em festas e reuniões familiares. No dia em que cometeu o suicídio, tinha acabado de voltar do velório de um primo que morava muito próximo a sua casa e que havia sido assassinado pela esposa, na casa de uma tia (LV).

RVS teve dois primos de 1º grau que se suicidaram anteriormente, em datas muito próximas: 1º do sexo masculino, 16 anos, em 8/1/2006 (três meses antes); 2º do sexo masculino, 23 anos, em 19/4/2006 (três dias antes).

A vítima era uma jovem tranquila, bebia de vez em quando, não era agressiva, não tinha amigas, era muito quieta e reservada com seus sentimentos e emoções. Relacionava-se bem com todos da família e com a comunidade.

Segundo a mãe, fizeram algum feitiço para filha se enforcar, talvez alguém que gostava dela, mas de quem ela (a filha) não gostava.

Informações complementares. A mãe da vítima, informante dos dados, já fez tratamento e acompanhamento para depressão, apresentando ainda sintomas depressivos, relatou também já ter pensado em cometer suicídio em momentos de profunda tristeza, e desilusão, devido à perda dos filhos.

Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: asfixia mecânica e constrição do pescoço por laço;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: suicídio;
- Fonte de informação: boletim de ocorrência;
- Descrição sumária do evento: vítima cometeu suicídio por enforcamento.

#### **Caso 4**

Iniciais do nome da vítima:..... DSS

Data do óbito: ..... 21/05/2006

Sexo: ..... Masculino

Idade: ..... 17 anos

N. da casa..... 364

Estado civil: ..... Solteiro

Filhos: ..... Não

Escolaridade:..... Ensino fundamental incompleto

Ocupação (trabalho): ..... Ajudava o pai na roça

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):.. Madrugada

Local do suicídio: ..... Na mata próxima a sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (corda)

De acordo com o familiar informante (a mãe), a vítima estava muito triste, fazia uso frequente de bebida alcoólica principalmente com alguns familiares. No dia em que cometeu o suicídio, a vítima estava embriagada e havia passado a noite em festa na casa de uma tia (LV).

DSS teve dois primos de 1º grau e 1 (uma) irmã que se suicidaram anteriormente, em datas muito próximas: 1º do sexo masculino, 16 anos, em 8/1/2006; 2º do sexo masculino, 23 anos, em 19/4/2006; 3º do sexo feminino, 14 anos, em 22/4/2006.

A vítima era um jovem tranquilo, bebia, mas não era agressivo, era muito reservado com seus sentimentos e emoções. Relacionava-se bem com todos da família e com a comunidade.

Segundo a mãe, DSS estava demonstrando bastante tristeza e isolamento nos últimos meses, então levou uma camisa do filho até uma rezadora indígena de sua aldeia, para que esta pudesse fazer uma reza pelo jovem rapaz, foi quando esta lhe disse que uma mulher havia feito um feitiço para que seu filho se enforcasse. Disse ainda que essa mulher gostava dele, mas que o sentimento não era correspondido. E, de fato, dias depois o filho cometeu o suicídio.

Informações complementares da entrevista: A mãe da vítima, informante desses dados, já fez tratamento e acompanhamento para depressão, apresentando ainda sintomas depressivos, relatou também já ter pensado em cometer suicídio em momentos de profunda tristeza e desilusão, devida à perda dos filhos.

#### Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: asfixia mecânica e constrição do pescoço por laço;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: suicídio;
- Fonte de informação: família;
- Descrição sumária do evento: a vítima cometeu suicídio por enforcamento.

**Caso 5**

Iniciais do nome da vítima: ..... VVG

Data do óbito: ..... 31/10/2007

Sexo: ..... Masculino

Idade: ..... 11 anos

N. da casa: ..... 333

Estado civil: ..... Solteiro

Filhos: ..... Não

Escolaridade: ..... Ensino fundamental incompleto

Ocupação (trabalho): ..... Ajudava o pai na roça

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):... Noite

Local do suicídio: ..... Dentro de sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (corda)

Segundo familiares (pai, irmã e tia), a vítima estava muito triste, pois havia quebrado os braços e não conseguia trabalhar, sentindo-se inútil; fazia uso frequente de bebida alcoólica principalmente com alguns familiares. No dia em que cometeu o suicídio, a vítima estava embriagada e havia passado a noite em festa na casa de uma tia (LV), suicidando-se de madrugada dentro de sua própria casa, na qual os próprios pais dormiam.

VVG teve três primos de 1º grau e um irmão que se suicidaram anteriormente: 1º do sexo masculino, 16 anos, em 8/1/2006; 2º do sexo masculino, 23 anos, em 19/4/2006 (irmão); 3º do sexo feminino, 14 anos, em 22/4/2006; 4º do sexo masculino, 17 anos, em 21/5/2006.

A vítima era um rapaz tranquilo, bebia, mas não era agressivo, adorava escutar música, era muito reservado com seus sentimentos e emoções. Relacionava-se bem com todos

da família e com a comunidade. Segundo familiares, VVG estava aparentando mais tristeza nos dias anteriores ao suicídio.

Informações complementares da entrevista: Todas as vestimentas de VVG foram enterradas junto com o corpo. Seus pais e um casal de irmãos fazem uso frequente e abusivo de bebida alcoólica e, depois do evento ocorrido com a vítima, foi constatado que estes (exceto a mãe) tentaram cometer suicídio. Inclusive um desses irmãos (um rapaz de 17 anos) faleceu em 2010, vítima de homicídio, como causa espancamento seguido de sufocação.

Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: insuficiência respiratória, asfixia mecânica e constrição do pescoço por laço;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: suicídio;
- Fonte de informação: boletim de ocorrência;
- Descrição sumária do evento: suicídio por enforcamento.

### **Caso 6**

Iniciais do nome da vítima:..... JVC

Data do óbito: ..... 26/07/2008

Sexo: ..... Masculino

Idade: ..... 20 anos

N. da casa:..... 361

Estado civil: ..... Solteiro

Filhos: ..... Não

Escolaridade:..... Ensino fundamental incompleto

Ocupação (trabalho): ..... Trabalhador rural

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):... Manhã

Local do suicídio: ..... Na mata próxima a sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (corda)

De acordo com o familiar informante (a irmã), a vítima brigava frequentemente com a mãe, inclusive dias antes de cometer suicídio, a mãe da vítima havia discutido com ele por causa de comida.

A vítima fazia uso de bebida alcoólica diariamente, consumia vinho e cachaça e, além disso, fazia uso de maconha. Este, dentre os sete casos, é o único em que foi relatado o uso de droga.

JVC teve cinco primos de 1º grau que se suicidaram anteriormente: 1º do sexo masculino, 16 anos, em 8/1/2006; 2º do sexo masculino, 23 anos, em 19/4/2006; 3º do sexo feminino, 14 anos, em 22/4/2006; 4º do sexo masculino, 17 anos, em 21/5/2006; 5º do sexo masculino, 11 anos, em 31/10/2007.

A vítima demonstrava muita tristeza e havia se decepcionado com a namorada.

JVC já havia tentado cometer suicídio pelo menos duas vezes, perto de sua casa, utilizando cordas. Seu relacionamento com a mãe e com os irmãos era bastante conflituoso principalmente quando bebia. Já com os amigos e os demais da comunidade, nunca se desentendeu.

A vítima quando estava sob efeito de bebida alcoólica relatava que iria cometer suicídio, pois desejava morrer. Dias antes de cometer suicídio, a vítima deu a sua bicicleta a uma irmã e disse que iria morrer.

A informante disse ainda que o irmão se matou porque estava desgostoso com vida e porque brigava frequentemente com a mãe.

Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: asfixia aguda e enforcamento;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: Suicídio;
- Fonte de informação: boletim de ocorrência;
- Descrição sumária do evento: praticou suicídio com enforcamento.

### **Caso 7**

Iniciais do nome da vítima:..... AVC

Data do óbito: ..... 07/09/2010

Sexo: ..... Feminino

Idade: ..... 46 anos

Nº da casa: ..... 363

Estado civil: ..... Casada

Filhos: ..... Sim (3, sendo 2 falecidos)

Escolaridade:..... Não alfabetizada

Ocupação (trabalho): ..... Do lar

Religião praticada: ..... Nenhuma

Período do dia em que ocorreu o ato (suicídio):... Noite

Local do suicídio: ..... Na mata próxima a sua residência

Método para o suicídio: ..... Enforcamento (corda)

De acordo com familiares informantes (sobrinho e filha), a vítima brigava freqüentemente com o esposo, ambos se agrediam fisicamente, principalmente quando estavam sob efeito de bebida alcoólica, e também vivia em conflito com os filhos (antes destes morrerem). A vítima ainda dizia que sofria muito pela perda dos 2 (dois) filhos, um cometeu suicídio e o outro foi assassinado, ambos em 2008. Relatava estar muito triste, que sentia falta dos filhos e que estava cansada de viver no sofrimento. No dia em que cometeu o suicídio, a vítima estava embriagada e, com um facão, havia agredido o esposo próximo à cabeça, deixando-o muito ferido. AVC já havia dito a familiares que queria matar o marido e que depois cometeria suicídio.

A vítima fazia uso de bebida alcoólica (cachaça) diariamente. Após a morte dos 2 filhos, a vítima e seu esposo começaram a brigar com freqüência. Além do filho de 20 anos que se suicidou em 26/07/2008, a vítima ainda tinha outros 5 sobrinhos que também se suicidaram, sendo: 1º do sexo masculino, 16 anos, em 8/1/2006; 2º do sexo masculino, 23 anos, em 19/4/2006; 3º do sexo feminino, 14 anos, em 22/4/2006; 4º do sexo masculino, 17 anos, em 21/5/2006; 5º do sexo masculino, 11 anos, em 31/10/2007.

AVC vivia alcoolizada, e por esse motivo não era bem vista à casa de alguns dos parentes (que não bebiam), pois causava transtornos aos familiares, discutindo com eles e pedindo bebida ou dinheiro para comprá-la, além de viverem constantes brigas conjugais. Entretanto era bem vista à casa de parentes que também consumiam bebida alcoólica, pois bebiam juntos e sem limites.

A vítima ainda relatou, a uma cunhada, no mesmo dia em que cometeu o suicídio, que aquele seria seu último dia de vida, que a vida não tinha mais sentido e que queria morrer. AVC já havia tentado suicídio por duas vezes e por diversas vezes mencionara que iria se suicidar.

De acordo com a informante (a filha), a vítima provavelmente se suicidou por se sentir culpada pela morte de seus filhos.

A comunidade costumava criticar e julgar a vítima pela sua postura e conduta, uma vez que era uma senhora que vivia embriagada, e isso a incomodava muito, pois se sentia discriminada pela comunidade.

Segundo o informante (o sobrinho), dizem que existiam algumas pessoas que não gostavam da vítima, e que, por esse motivo, desconfiam que ela possa também ter sido assassinada.

Informações complementares. O filho de AVC, que foi assassinado em 2008, foi vítima de homicídio na casa da própria tia (LV), tendo como causa morte, choque hemorrágico e ferimento pérfuro-incisivo de abdome, ou seja, vítima de agressão por arma branca.

Informações complementares da Declaração de Óbito:

- Causa morte: asfixia mecânica e constrição cervical por laço;
- Diagnóstico confirmado por exame complementar: não;
- Necropsia: sim;
- Prováveis circunstâncias de morte não natural: suicídio;
- Fonte de informação: boletim de ocorrência.

**QUADRO 1** – Caracterização dos casos – sinótico

Variáveis	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Sexo	M	M	F	M	M	M	F
Idade	16 anos	23 anos	14 anos	17 anos	11 anos	20 anos	46 anos
Data do óbito	8/1/2006	19/4/2006	22/4/2006	21/5/2006	31/10/2007	26/7/2008	7/9/2010
N. da casa	365-B	333-A	364	364	333	361	363
Estado civil	Solteiro	Casado	Solteira	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Casada
Filhos	Não	Sim (3)	Não	Não	Não	Não	Sim (3, sendo 2 falecidos)
Religião	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Escolaridade	EFI	EFI	EFI	EFI	EFI	EFI	Não alfabetizada
Tipo de moradia	Casa de lona	Casa de alvenaria	Casa de Lona	Casa de lona	Casa de lona	Casa de lona	Casa de lona
Situação laboral	Ajudava o pai na roça e estudava	Trabalhador de usina	Ajudava o pai na roça e estudava	Ajudava o pai na roça e estudava	Ajudava o pai na roça e estudava	Trabalhador rural	Do lar
Período do dia em que o suicídio ocorreu	Noite	Madrugada	Manhã	Madrugada	Madrugada	Manhã	Noite
Local do suicídio	Na mata próxima a sua residência	Árvore próxima a sua residência	Na mata próxima a sua residência	Na mata próxima a sua residência	Dentro de sua residência	Árvore próxima a sua residência	Na mata próxima a sua residência
Método para o suicídio	Enforcamento (corda)	Enforcamento (cadarço de calça)	Enforcamento (cinto)	Enforcamento (corda)	Enforcamento (corda)	Enforcamento (corda)	Enforcamento (corda)
Uso abusivo de bebida alcoólica	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Familiares abusam da bebida alcoólica	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim

Legenda: Ensino Fundamental incompleto = EFI.

Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

O Quadro 1 demonstra de forma sintetizada algumas informações dos casos apresentados a fim de proporcionar ligeiramente um breve conhecimento superficial das características de acordo com variáveis pré-estabelecidas.

### 6.3 CORRELAÇÃO ENTRE OS ASPECTOS PSICOSSOCIOCULTURAIS COM O SUICÍDIO

Com os dados obtidos a partir dos instrumentos utilizados, foi possível analisar e discutir três aspectos que ficaram bastante visíveis neste estudo, os aspectos sociais, os psicológicos e os culturais.

Numerosos trabalhos já apresentaram algumas respostas ao porquê os jovens indígenas têm as maiores taxas de suicídio, mas estas todavia são de um caráter muito amplo que não permite sua generalização, e ainda mais, limita as respostas específicas que cada caso. Sem dúvida que as mudanças socioculturais provocadas, na maioria das vezes de maneira intempestivas, de uma sociedade sobre a outra, provocam crises que desarticulam a capacidade de resistência, de defesas, da capacidade de adaptação, e outros que não permitem ou colocam em alto risco as perspectivas de vida e bem-estar (COLOMA; VICK, 2009, p. 58).

A partir do levantamento sociodemográfico, foram evidenciados aspectos sociais e econômicos, como as precárias condições de sobrevivência que comprometem algumas necessidades básicas, tais como alimentação, moradia, emprego e geração de renda, condições essas que afetam a perspectiva e qualidade de vida dessa população. Esta apresenta, na sua maioria, baixo grau de escolaridade e se sustenta geralmente por benefícios sociais.

Dessa forma, é percebido que esses fatores geram uma série de limitações ocasionando frustrações nesses indígenas, que, em grande parte, estão praticamente inseridos na sociedade envolvente, principalmente pela proximidade geográfica entre a reserva indígena e o centro urbano do município de Dourados-MS (ANEXO C). Conhecer a cidade e o que esta oferece, desde supermercados, lojas, trabalho dentre outros, permite que os indígenas almejem adquirir e conquistar tais coisas, da mesma forma que o não índio. Entretanto a realidade dessa população é outra, talvez um dos aspectos que mais dificultem direta ou indiretamente a concretização desses desejos seja a discriminação e o preconceito com que os indígenas são tratados, começando pela educação escolar indígena deficitária e pela falta de oportunidades de emprego.

Esses problemas de ordem social estão ligados às questões psicológicas, haja vista que o comprometimento das condições socioeconômicas reflete diretamente na perspectiva de vida do ser humano.

Com as entrevistas de autópsias psicológicas, foi possível conhecer o contexto psicológico da vítima e investigar os fatores de risco e determinantes para o suicídio. Referente aos aspectos psicológicos foi observado fragilidade emocional, tristeza profunda, decepções amorosas, conflitos familiares, baixa autoestima, isolamento, frustrações, sentimento de culpa, dificuldades de expressar sentimentos e emoções, tentativas de suicídio anteriores, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e uso de drogas. Como principal fator mediador para o ato suicida, destaca-se a bebida alcoólica, presente em 70% dos casos.

Os indígenas vêm se deparando com situações em que, muitas vezes, encontram dificuldades para resolvê-las como, a ociosidade, problemas financeiros, desentendimentos familiares e outros, que geram muita tristeza e desânimo. Quando esses sentimentos persistem, o indígena se fragiliza e fica vulnerável inclusive ao suicídio. A dificuldade de lidar com a mágoa, decepção e aflição provoca um desequilíbrio emocional significativo no indígena e, na busca de uma solução para tal sofrimento, decide-se por tirar a própria vida.

A situação de instabilidade emocional-afetiva atinge principalmente os indivíduos que se encontram em uma posição social crítica. A passagem de uma condição infantil para a vida adulta representa, sem dúvida, a fase mais delicada do ciclo de vida dos Guarani, uma vez que é durante esse período que os olhares dos membros adultos do grupo doméstico se fazem mais críticos com relação aos jovens (COLOMA, 2010).

Nos modelos explicativos indígenas sobre o suicídio, é observado um conjunto de fatores associados à cultura, a qual obviamente está imersa nas condições sociais, especialmente vinculada a sua qualidade de vida derivada da posse da terra e sua capacidade sustentadora da sociedade. Sem dúvida, dois aspectos são sublinhados: a questão da gestão das emoções e as perspectivas limitadas de modelos de vida que permita uma realização plena (bem-estar) (COLOMA, 2010).

Quanto aos aspectos culturais, foi identificada especialmente a crença de feitiço, conhecida como um ritual que uma pessoa faz para outra com a finalidade de prejudicá-la ou até mesmo levá-la à morte. A pessoa que recebe um feitiço permanece enfraquecida espiritualmente, tornando-se vulnerável ao suicídio.

Além do feitiço, foi possível observar, a partir dos relatos, duas síndromes de filiação cultural já citadas neste trabalho, são entendidas como uma grande tristeza da alma espiritual: uma ligada à profunda mágoa, e a outra, à paixão ardente.

O Guarani associa a paixão ao fenômeno provocado pelo pôr-do-sol, quando o horizonte se cobre de uma cor amarela intensa, denominada de *araguaju*. Este é considerado pelos índios como uma substância, que pode atingir e penetrar as pessoas, provocando um estado de melancolia e uma maior sensibilidade e vulnerabilidade (MURA, 2008 apud COLOMA, 2010, p. 45-46).

No trecho logo abaixo é exemplificada, na fala de dois rezadores, a crença do “araguaju”.

As tradições culturais são mais praticadas pelos indígenas mais idosos, conhecidos como “índio velho”, e são estes que estão mais apegados aos conhecimentos tradicionais indígenas. Quando o índio velho é rezador, independente do sexo, suas explicações para o fenômeno do suicídio são ainda mais acentuadas e voltadas para questões de ordem espirituais, conforme relato abaixo extraído de uma entrevista gravada (com autorização dos entrevistados) realizada pela autora da pesquisa, com um casal de rezadores da Aldeia Jaguapiro de Dourados, em 23 de dezembro de 2010, na própria Casa de Reza (*Oga Psy*) dos referidos rezadores:

[...] então quando aquela pessoa gosta então dá fora naquele lá né, aquela paixão chega nele, de repente termina, termina o namoro, aquela dor, vixi parece que ele fica assim... sem jeito, sem saída, e é aquilo lá que nós curemo aqui na frente do “Xiru” (cruz)... então dá aquele quebrante na pessoa, então naquela hora apresenta aquela coisa amarelo, parece aquele quebrante e ele não sabe aonde ele vai, ele qué vê aquela pessoa, então naquela hora, é assim fala “araguaju” (amarelo chamamento ao suicídio), então aquilo lá ataca pra pessoa e ele não enxerga mais nada, tem um que daqui a pouco vem aqui com o mesmo problema, daqui um pouco vai chegar aqui, eu to cuidando, é um adolescente, ai o ñanderú e ñandesu (rezador e rezadora) ele chega assim, ele conversa, mas aquele lá parece que não é vantagem, ele só qué sabe pela pessoa, aí aquele ñanderú e ñandesu tem que enxerga no olho da pessoa, fica vermelho, dessa cor, parece pra ele que não tinha jeito de ficar num lugar, quer saber onde que ele vai, naquela hora parece já, já pensa pra se enforca, pensa a corda amarela, igual isso aqui, já aparece pra ele, o amarelo apresenta aquele negócio de amarelo, agente fala na nuvem assim na frente, araguajú, é uma doença que no vivo aquilo lá não cura né doutor, não cura no outro, só na reza. É como se o araguajú atrapalhasse a visão e a cabeça dele, sem te

*uma saída. Isso acontece muito. O araguajú toma conta da pessoa, se não tem uma outra pra ajuda [...].*

Mura (2008 apud COLOMA, 2010, p. 45-46) ainda contribui,

Os índios, incluindo os próprios jovens, afirmam que os “brancos” sabem lidar com a paixão, conseguindo controlar minimamente seus efeitos, isto sendo especificidade parte de seu modo de ser (*karai reko*). Os Guarani não teriam esta capacidade e, portanto, deveriam tomar os devidos cuidados nos momentos críticos, buscando controlar este fenômeno, através de rezas que neutralizem seus efeitos.

Tal concepção leva os próprios jovens a afirmar sentirem-se vítimas da paixão, esta interpretada propriamente como uma doença contagiosa. Os adultos, por seu turno, concebem as epidemias de *araguaju* e *taruju* como fruto de processos de mistura, a influência do modo de ser dos “brancos” interferindo na definição do equilíbrio emocional-afetivo dos indígenas.

Algumas explicações são dadas pelos indígenas sobre a questão do suicídio, bem como alguns fatores de riscos também são identificados, como as mudanças comportamentais caracterizadas por meio de tristeza, cabeça para baixo, vergonha, agressividade, isolamento, rebeldia, abandono da escola; interferências externas como o uso de álcool e drogas, violência familiar (sexual, física e psicológica); atribuições aos aspectos espirituais (feitiços e rituais); óbito de pessoas queridas e discriminação (BRASIL, 2011).

Na tentativa de melhor compreender o fenômeno do suicídio dos Guarani-Kaiowá, um estudo realizado por Coloma (2009) colabora para reflexões com relação ao modelo explicativo cultural do suicídio na Cosmologia Guarani. Para o indígena, a pessoa nasce com uma alma provisória, que posteriormente se incorpora como definitiva. Se todo o processo de incorporação dessa alma espiritual ocorrer segundo as normas estabelecidas, e se durante os primeiros 10-13 anos de vida, seus parentes lhe cuidarem e a apoiarem em todas as circunstâncias, a alma espiritual terá uma posição privilegiada no controle do corpo que lhe corresponde; mas, caso isso não aconteça conforme o esperado, um desequilíbrio espiritual ocorre e essa pessoa passa a estar enfraquecida espiritualmente. Essa alma espiritual ainda precisa manter um equilíbrio com um espírito animal, responsável por dominar o temperamento do indivíduo, ou seja, se exagerado é tido como negativo. Por volta dos 10-13 anos de idade, com a mudança de voz dos meninos e da primeira menstruação das meninas, o indivíduo ganha outro espírito, o carnal, que vai ganhando força conforme a idade do corpo. Quando a pessoa encontra-se em algum desses dois estados, sua alma espiritual está enfraquecida correndo o risco de outros espíritos (malignos) dominem seu corpo. São

identificadas duas condições emotivas já mencionadas: *nhemo'y'rō* (profunda mágoa ou sofrimento intenso com pena) e *taruju* ou *araguajú* (doentia paixão ou dor de romper o coração). Ambos denotam um estado de tristeza e um nível de transtorno da alma espiritual muito elevado, podendo levar seja a ideações, tentativas e/ou passagem ao ato, no processo “suicida”. Quando o suicídio ocorre, a alma espiritual e a alma carnal encontram dificuldades para alcançar seus lugares predestinados, e especificamente por esse tipo de morte, suicídio, que é entendido como um ato que fecha as vias aéreas por asfixia (por enforcamento ou envenenamento), a alma espiritual seria impedida de sair pela boca, sendo obrigada, portanto, a se afastar do corpo através do ânus. Dessa forma, a alma espiritual alcançaria um alto grau de contaminação, o que impediria de chegar ao caminho justo. A incorporação de objetos e espíritos malignos pode ser também obra de feitiçaria, destinada geralmente a matar o indivíduo-alvo, muitas vezes como resultado de um jogo de vinganças e contravinganças.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Para que fosse possível compreender um pouco melhor o fenômeno do suicídio entre os indígenas Guarani-Kaiowá, foi necessária primeiramente uma neutralidade por parte da autora em todos os momentos e etapas deste estudo. Essa imparcialidade permitiu que os valores, crenças, preconceitos, normas e condutas advindas da sociedade ocidental, interferissem o mínimo possível, principalmente durante a utilização dos instrumentos para coleta de dados como durante as análises e interpretações das informações obtidas. Buscar conhecer entre a comunidade, seus significados e modelos explicativos foi a base desta pesquisa. Conseguir obter respostas para perguntas tão profundas e complexas exigiu um desprendimento muito grande, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança entre os entrevistados e a autora, que, por sua vez, alcançou os resultados devido à aproximação que já tinha firmado com a população indígena em função de sua prática profissional nas aldeias do Estado.

Dessa forma, a partir da pesquisa de campo, que permitiu observações *in loco* e aplicações de instrumentos para obtenção de informações, foi possível a investigação dos aspectos psicossocioculturais relacionados ao suicídio indígena Guarani-Kaiowá.

Com a análise do contexto ambiental, familiar, psicológico, social e cultural aos quais os participantes do estudo estão inseridos, constatou-se a existência de fatores de risco que se assemelham aos mencionados no Manual de Prevenção do Suicídio (para população em geral) publicado pelo Ministério da Saúde (2006), como o isolamento, conflitos familiares, alcoolismo, depressão (ou tristeza profunda como é denominada pelos Guarani-Kaiowá), tentativa de suicídio anterior, baixa autoestima, história familiar de suicídio, perda recente importante e, em menor proporção, sentimentos de culpa. Entretanto outros fatores de risco foram identificados na pesquisa e que diferem (até em proporções) dos apresentados na população não índia, como decepções amorosas, frustrações, situação socioeconômica precária, uso de drogas, crença em feitiço e doação de pertences (bens materiais). E ainda alguns fatores de risco não foram identificados neste estudo, tais como doença psiquiátrica, ansiedade ou pânico, mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, mudança no hábito alimentar e de sono, odiar-se, sentir-se sem valor ou com vergonha, desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, fazer testamentos, sentimentos de solidão, impotência, desesperança, cartas de despedida, doença física crônica, limitante ou dolorosa e menção repetida de morte ou suicídio.

Os fatores de risco identificáveis neste estudo remetem a reflexões sobre as possíveis causas para o fenômeno do suicídio entre os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul. Entre os mais evidentes estão as desestruturas e desagregações dos núcleos familiares, as dificuldades de lidarem e de expressarem sentimentos e emoções, conflitos internos, que perpassam tanto pela apropriação da cultura da sociedade envolvente, quanto pelo enfraquecimento das práticas tradicionais, discriminação e comprometimento da perspectiva de vida.

O estudo de caso sobre os óbitos por suicídio é de difícil acessibilidade cultural, determinados pelas limitações de comunicação (língua falada) e dos significados culturais diferentes. De outra parte, na maioria dos casos, por razões cosmogônicas, a população evita falar sobre esses eventos, especialmente dos casos familiares.

O fenômeno do suicídio na população indígena estudada é percebido como complexo e multicausal. A análise do trabalho foi orientada não somente a descrever o problema aprofundando na sua dimensão e interpretação de suas características, mas também a identificar os aspectos que auxiliem nas discussões para elaboração de um modelo de prevenção, intervenção e pósvenção para sociedades diferentes da conhecida como ocidental.

Tomar um enfoque teórico acidental para interpretar uma realidade de outra cultura não seria o mais adequado. Por esse motivo, nesta pesquisa foram adotados alguns fundamentos das ciências sociais, epidemiologia sociocultural, psicologia intercultural, etnopsiquiatria e antropologia médica, a fim de auxiliar na reflexão sobre as informações obtidas no estudo. Não existe um quadro teórico universal (a ser tomado como modelo, base ou referência), ou uma teoria única para interpretar os fenômenos (que por natureza são complexos), com exceção da questão biológica. As contribuições teóricas são sempre bem vindas, principalmente as antropológicas, entretanto um grande desafio são as construções teóricas para entender determinada psicologia indígena.

Ainda referente à psicologia intercultural, Brislin, Lonner e Thorndike (1973, apud COLOMA, 2010) definem: “A psicologia intercultural é o estudo empírico de membros de diversos grupos culturais que tiveram experiências diferentes que conduzem a diferenças de comportamentos previsíveis e significantes.”

Apesar das limitações teóricas, tanto de conhecimento empírico como de análise dos problemas da saúde mental nas diferentes etnias indígenas do país, a contribuição dessa

pesquisa é no auxílio do modo de agir dentro do fenômeno no momento atual para tratar de prevenir esse problema, dando também uma abertura para temas específicos que devem ser aprofundados para uma melhor formulação de modelos explicativos para o suicídio a partir dos jovens indígenas Guarani-Kaiowá. É relevante mencionar que a própria pesquisadora colabora junto às reflexões e interpretações a partir de suas próprias percepções em relação ao que fora observado, dito e não dito. É necessário se colocar muito junto às análises, em uma posição pessoal, levando em consideração as experiências e conhecimento de campo, de área, frutos de anos de trabalho, de doação e de uma conquista lenta e cuidadosa (dos vínculos firmados com a população indígena).

Contudo pode-se concluir que os conteúdos observados, relatados e, posteriormente, analisados nesta pesquisa contribuem para uma melhor compreensão do fenômeno do suicídio entre os indígenas Guarani-Kaiowá. Essas contribuições vão desde o conhecimento dos contextos ambientais, sociais, familiares, psicológicos e culturais até a identificação dos fatores de risco e possíveis causas para o suicídio e auxiliarão inclusive profissionais de saúde indígena quanto a novas estratégias de ação frente ao suicídio. Como exemplo disso, esses profissionais podem colaborar com os jovens indígenas para o descobrimento de seus potenciais, valores, dons e vocação, para que esses jovens se sintam capazes de gerir suas próprias emoções, suas vidas, no âmbito pessoal, familiar e social; podem auxiliar na caminhada desses jovens ao encontro de sua autonomia e protagonismo, incentivando e valorizando a cultura indígena, despertando a autoestima, contribuindo para que busquem caminhos alternativos para melhorar as suas vidas, tornando-a mais digna e menos dependente. É necessário mostrar-lhes que existem outras opções, que não sejam a bebida alcoólica, as drogas e o suicídio.

Nesse sentido, é preciso auxiliá-los para o enfrentamento dos desafios da vida, da sociedade, das decepções, das conquistas, do convívio com os não-índios, sem se sentirem diminuídos. Precisam ser orientados quanto à forma de digerir toda a mudança cultural que se apresenta hoje nas aldeias; a sociedade envolvente muda e o mundo também vem mudando. Então é fundamental que os indígenas também possam se adequar a essas mudanças para poderem sobreviver. Apesar disso, acredita-se que grande parte da solução para os problemas vivenciados pela população está dentro da própria comunidade, ou seja, que deve ser promovida por seus próprios recursos internos e locais, como por exemplo, no caso de feitiços, com o auxílio das lideranças espirituais (rezadores) a fim de fazerem rezas para quebrarem os feitiços, afastando os espíritos malignos. As questões trazidas até aqui

referentes à saúde mental estão para os Guarani-Kaiowá ligadas a aspectos espirituais, ou seja, as intervenções dos rezadores nesse processo são de fundamental importância.

Para uma maior compreensão e intervenção sobre o fenômeno do suicídio, recomendam-se estudos aprofundados da comunidade e sua cultura, ou seja, da concepção de mundo e dos sistemas de representações, dos modos de organização sócio-políticos e das relações interétnicas, de mundo do trabalho e da economia, das maneiras de pensar, explicar e fazer as coisas cotidianas, das concepções de espaço, de tempo, de corpo, que se prevalecem e entrelaçam com maior significância nos fenômenos estudados. Além disso, é preciso que se considere a importância da troca de informações e conhecimentos com as lideranças políticas e espirituais indígenas, sublinhando a necessidade de promover atividades com crianças e jovens que permitam maiores expressões grupais e de estimular atividades continuadas de caráter lúdico; aperfeiçoar o registro e entrevistas de casos de tentativas de suicídio, bem como a identificação de pessoas em risco; contratar recursos humanos para ampliar as ações de saúde mental nas aldeias (nas áreas de promoção, prevenção, intervenção e pósvenção, por meio de atendimentos individuais e atividades comunitárias, partindo de ações interculturais, ou seja, articulando as práticas tradicionais indígenas e os serviços de saúde); efetivar ações intersetoriais voltadas para educação, saúde, alimentação, habitação, emprego e geração de renda, esporte, cultura e lazer, segurança pública e policiamento entre outros, visando à melhoria na perspectiva, no bem-estar psicossocial e na qualidade de vida dos indígenas.

Dessa forma, coloca-se em evidência a necessidade de pesquisa fundamental para que desde as etnociências exista um maior conhecimento da psicologia em culturas específicas, em que a ciência ocidental deve fazer um esforço para ampliar seus paradigmas e suas explicações.

Cabe ressaltar, diante do exposto, que a proposta deste estudo não fornece para que se totalizassem as interpretações sobre o suicídio entre os Guarani-Kaiowá, ou seja, existe uma delimitação do sujeito de pesquisa, o que limita o aprofundamento e detalhamento de uma série de temas complementares.

---

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, R. F. T.; MURA, F. *Guarani Kaiowá*. Brasília, DF: Povos Indígenas no Brasil, 2003. Não paginado. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/guarani-kaiowa/print>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

BONFIM, T.E. *Saúde Mental e Sofrimento Psíquico de Indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência*. 2010. 192 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRAND, A. *O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra*. 1997. 382 f. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

BRAND, A.; VIETTA, K. Análise gráfica das ocorrências de suicídios entre os Kaiowá/Guarani, no Mato Grosso do Sul, entre 1981 e 2000. *Tellus*, Campo Grande, ano 1, n. 1, p. 119-132, 2001. Disponível em: <[http://www.neppi.org/projetos/gera\\_anexo.php?id=1427](http://www.neppi.org/projetos/gera_anexo.php?id=1427)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Código de Ética Profissional do Psicólogo* [Resolução CFP n. 010, de 21 de julho de 2005]. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <[http://pol.org.br/legislacao/pdf/cod\\_etica\\_novo.pdf](http://pol.org.br/legislacao/pdf/cod_etica_novo.pdf)>. Acesso em: 8 out. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 016, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 mar. 2010.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Instrução Normativa n. 01, de 29 de novembro de 1995. Normas que disciplinam o ingresso em terras indígenas com finalidade de desenvolver pesquisa científica. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <[http://www.funai.gov.br/projetos/Plano\\_editorial/Pdf/Legisl/capitulo-06.pdf](http://www.funai.gov.br/projetos/Plano_editorial/Pdf/Legisl/capitulo-06.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ciclo de vida da população indígena de Mato Grosso do Sul*. Campo Grande, 2011. Relatório interno.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.965, de 14 de dezembro de 2010. Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 nov. 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965\\_14\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965_14_12_2010.html)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul. Distrito Sanitário Especial Indígena. *Relatório anual de gestão 2009*. Campo Grande, 2010. Disponível em: <[http://issuu.com/newton77/docs/relat\\_rio\\_de\\_gest\\_o\\_2009](http://issuu.com/newton77/docs/relat_rio_de_gest_o_2009)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 61-73, 1994. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a05.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

COLOMA, C. *Estratégias e metodologias implementadas para a prevenção, intervenção e pósvenção nos DSEI que apresentam taxas elevadas de suicídio*. Brasília, DF: FUNASA/OPAS, 2010. (Informe de Consultoria, n. 38).

\_\_\_\_\_. *Modelo explicativo cultural del suicidio: el caso de los Kaiowá Guarani de Brasil*. In: XXV Congreso Mundial de la IASP (International Association Suicide Prevention), 2009, Montevideo.

\_\_\_\_\_. O processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE O ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS, 1999, Londrina. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 127-148. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Seminario\\_sobre\\_alcoolismo\\_e\\_DST\\_Aids\\_entre\\_os\\_povos\\_indigenas.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Seminario_sobre_alcoolismo_e_DST_Aids_entre_os_povos_indigenas.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2010.

\_\_\_\_\_. *A Interculturalidade na Atenção a Saúde dos Povos Indígenas*. In: Psicologia e Povos Indígenas – CRP-SP, 2010, São Paulo.

COLOMA, C.; VICK, F. O. Epidemiología sociocultural del suicidio: el caso de los Kaiowá-Guaraní de Brasil. *Reivindicando la Vida*, México, v. 1, n. 1, p. 43-60, 2009. Disponível em: <[http://www.asulac.org/revistas/RevistaAsulacNro001\\_v1.pdf](http://www.asulac.org/revistas/RevistaAsulacNro001_v1.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *Violência contra os povos indígenas no Brasil*: relatório 2009. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes/1280418665\\_Relatorio%20de%20Violencia%20contra%20os%20Povos%20Indigenas%20no%20Brasil%20-%202009.pdf](http://www.cimi.org.br/pub/publicacoes/1280418665_Relatorio%20de%20Violencia%20contra%20os%20Povos%20Indigenas%20no%20Brasil%20-%202009.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

DARRAULT-HARRIS, I.; GRUBITS, S. *Psicossemiótica na construção da identidade infantil*: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá. São Paulo: Casa do Psicólogo; Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2000.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. Lisboa: Presença, 1973.

FERNANDES, A. N. *O suicídio, Émile Durkheim*. Web.Artigos.com, 2009. Não paginado. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/24750/1/O-Suicidio-Emile-Durkheim/pagina1.html>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

GRUBITS, S.; GUIMARÃES, L. A. M. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a07v19n1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

- GRUNBERG, F. P. *Reflexões sobre a situação dos Guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil.* Reflexões Guarani, 2002. Disponível em: <[http://guarani.roguata.com/articles/spa/gruenberg\\_reflexoes\\_2002.pdf](http://guarani.roguata.com/articles/spa/gruenberg_reflexoes_2002.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- HAMLIN, C. L.; BRYM, R. J. The return of the native: A cultural and social-psychological critique of Durkheim's suicide based on the Guarani-Kaiowa of southwestern Brazil. *Sociological Theory*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 42-57, 2006. Disponível em: <[http://www.und.edu/dept/anthro/Dr\\_Mikulak/The%20Return%20of%20the%20Native.pdf](http://www.und.edu/dept/anthro/Dr_Mikulak/The%20Return%20of%20the%20Native.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2011.
- KARUSO, K. *Suicide warning signs.* Disponível em: <<http://www.suicide.org/suicide-warning-signs.html>>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- LEENAARS, A. et. al. Arquives of Suicide Research. *Special Issue: Suicide Among Indigenous People: The Research.* Routledge Taylor & Francis Group.v. 16, n. 2, 2006.
- LOUREIRO, R. M. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 64-67, 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1622/1196>>. Acesso em: 14 jan. 2011.
- MURA, F. *Documento técnico com a caracterização sócio-histórica e cultural da população Guarani Kaiowá e Guarani-Ñandeva e seus assentamentos em Mato Grosso do Sul.* Rio de Janeiro: UNESCO/FUNASA, 2007.
- MARTINEZ, Carlos. *Introdução da Suicidologia: teoria, investigação e intervenções.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.
- PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 146-154, 2005. Disponível em: <[http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(2\)2005\\_10.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(2)2005_10.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- SHNEIDMAN, E. S. *Death of man.* New York: Quadrangle Books, 1973.
- VICK, F. O. *Relatório técnico: saúde mental nas aldeias indígenas de Mato Grosso do Sul.* Campo Grande: Funasa, 2010. Documento de uso interno.
- \_\_\_\_\_. *Saúde mental indígena: diretrizes de funcionamento e plano de ação de saúde mental na atenção básica.* Campo Grande: Funasa, 2008. Documento de uso interno.
- WANG, Y. P. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRA, A. M. A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Eds.). *Suicídio: estudos fundamentais.* São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 97-108.
- WERLANG, B. S. G. *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autopsia psicológica em casos de suicídio.* 2001. 347 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2001.
- WIKIMAPIA. [Localização espacial da Reserva Indígena de Dourados]. 1 imagem aérea, colorida, 21 x 13,5 cm, formato JPG. Disponível em: <<http://wikimapia.org/#lat=22.1725404&lon=-54.8406601&z=12&l=9&m=b>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

---

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Instrumentos para a coleta de dados



Ministério da Saúde

*Fundação Nacional de Saúde*

Coordenação Regional do Mato Grosso do Sul

Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Data: ...../...../.....

**1) Dados de identificação:**

1.a) Nome: .....

1.b) Sexo: [ ] masculino [ ] feminino.

1.c) Estado civil: [ ] solteiro [ ] casado [ ] viúvo

1.d) Data nascimento: ...../...../..... Naturalidade: .....

1.e) Escolaridade:

[ ] Ensino Fundamental completo [ ] Ensino Fundamental incompleto

[ ] Ensino Médio completo [ ] Ensino Médio incompleto

[ ] Ensino Superior completo [ ] Ensino Superior incompleto

[ ] não alfabetizado

1.f) Filiação:

Nome da mãe: .....

Nome do pai: .....

1.g) Religião:

[ ] não tem [ ] sim, tem Qual? .....

## 2) Composição familiar (pessoas que moram em sua casa):

### 3) Moradia:

- 3.a) Tempo de moradia na Aldeia: .....

3.b) Procedência: .....

3.c) Tipo de moradia:

[ ] casa de alvenaria      [ ] casa de madeira

[ ] casa de sapé      [ ] casa de lona

[ ] outra      Qual? .....

3.d) Água encanada: [ ] sim      [ ] não

3.e) Abastecimento de água: [ ] poço      [ ] encanada      [ ] rio

3.f) Energia elétrica: [ ] sim      [ ] não

#### 4) Benefícios:

- [ ] Bolsa Família       [ ] Bolsa Escola       [ ] aposentadoria  
 [ ] outro      Qual? .....

## 5) Outras informações:

- 5.a) Fala e entende quais línguas: .....

5.b) Quantos membros da família trabalham (gerando renda)? .....

Qual tipo de trabalho?

doméstico       usina       fazenda       roça

outro      Qual? .....

5.c) Possui plantação?

[ ] não      [ ] sim      Qual? .....

5.d) Tem criança baixo peso?

[ ] não      [ ] sim      Quantas? .....

5.e) Faz uso abusivo de álcool?

[ ] não      [ ] sim      Qual? .....

E membros da família?

[ ] não      [ ] sim      Quem? .....

5.f) Alguém da família já teve envolvimento com a justiça?

[ ] não      [ ] sim      Qual motivo? .....

5.g) Alguém da família encontra-se preso?

[ ] não      [ ] sim      Qual motivo? .....

5.h) Alguém da família já sofreu alguma violência?

[ ] não      [ ] sim      Qual? .....

Como ocorreu: .....

.....  
Que tipo de arma: .....

.....

5.i) Renda Familiar Mensal (média): .....



Ministério da Saúde

*Fundação Nacional de Saúde*

Coordenação Regional do Mato Grosso do Sul  
Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI/MS

**AUTÓPSIA PSICOLÓGICA – entrevista semiestruturada**

N. de série: .....

**1) Dados de identificação da vítima:**

- 1.a) Iniciais do nome: .....
- 1.b) Data do óbito: ...../...../.....
- 1.c) Sexo: [ ] masculino [ ] feminino.
- 1.d) Idade: ...../...../.....
- 1.e) N. da casa: .....
- 1.f) Estado civil: [ ] solteiro [ ] casado [ ] viúvo
- 1.g) Tem filhos:  
[ ] não [ ] sim Quantos? .....
- 1.h) Escolaridade: .....
- 1.i) Ocupação (trabalho): .....
- 1.j) Religião praticada: .....

**2) Dados do suicídio:**

- 2.a) Período do dia em que ocorreu:  
[ ] manhã [ ] tarde [ ] noite [ ] madrugada
- 2.b) Local:  
[ ] trabalho da vítima  
[ ] casa da vítima Local da casa? .....
- 2.c) Método utilizado para o ato:  
[ ] arma de fogo [ ] arma branca [ ] enforcamento  
[ ] outro Qual? .....

2.d) Fatores precipitadores ou estressores (eventos imediatos que açãoaram a vítima para o suicídio): .....

.....  
.....

2.d.1) Você se recorda de algum acontecimento (como por exemplo: alguma briga/discussão, conflito, término de relacionamento, decepção, desilusão) que ocorreu próximo ao dia em que a vítima se suicidou, que pudesse ter alguma relação com essa tomada de decisão? .....

.....  
.....  
.....  
.....

2.e) Motivação (razões psicológicas, ambientais, familiares, culturais e espirituais que podem determinar o comportamento suicida ao longo da vida): .....

.....  
.....  
.....

2.e.1) A vítima fazia uso de bebida alcoólica?

[ ] não      [ ] sim      Qual? .....  
.....

2.e.2) A vítima fazia uso de algum tipo de droga?

[ ] não      [ ] sim      Qual? .....  
.....

2.e.3) A vítima fazia uso de psicotrópico?

[ ] não      [ ] sim      Qual? .....  
.....

2.e.4) Outros membros da família já se suicidaram?

[ ] não      [ ] sim      Quantos? .....  
Iniciais do nome/data/parentesco: .....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

2.e.5) Outros casos de suicídio de amigos ou colegas?

[ ] não      [ ] sim      Quantos? .....  
Iniciais do nome/data/: .....  
.....

2.e.6) Você saberia dizer se a vítima tinha algum motivo (como por exemplo: tristeza, conflitos familiares ou amorosos, sentimentos ruins, feitiço, se sofreu algum tipo de violência (inclusive sexual), se sofreu maus tratos ou humilhação) para que viesse a se suicidar? .....

.....  
.....  
.....

2.e.7) A vítima já havia mostrando alguns sinais (como por exemplo, comportamentos estranhos, mudanças em seu caráter, mudanças de expressão, relatos sobre visões, entre outros) de que poderia se suicidar? .....

.....  
.....  
.....

2.e.8) Como era o relacionamento da vítima com os familiares? .....

.....  
.....  
.....

2.e.9) Como era o relacionamento da vítima com a comunidade? .....

.....  
.....  
.....

2.f) Intencionalidade (consciência e a voluntariedade no planejamento e objetivação do ato):

2.f.1) Você acha que a vítima tinha realmente a intenção de se suicidar? .....

.....  
.....  
.....

2.f.2) A vítima já tinha em algum momento informado que desejava morrer? .....

.....  
.....  
.....

2.f.3) A vítima já havia em algum momento informado que iria se suicidar? .....

.....  
.....  
.....

2.f.4) Por que você acha que a vítima se suicidou da forma como se suicidou (por enforcamento, arma branca, arma de fogo, entre outros)? .....

.....  
.....

2.f.5) Você acha que alguém ajudou a vítima a se suicidar?

.....  
.....  
.....

2.f.6) Na sua opinião a vítima realmente se suicidou? Se não, o que acha que aconteceu?

.....  
.....  
.....

2.g) Questões complementares:

2.g.1) Foi um ato individual ou com outra(s) pessoa(s)?

[ ] não      [ ] sim      Nome/parentesco? .....  
.....  
.....

2.g.2) A vítima já tinha realizado tentativas prévias de suicídio?

[ ] não      [ ] sim      Quantas vezes? .....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.g.3) A vítima doou alguns pertences pessoais para as pessoas com as quais mantinha um vínculo muito próximo?

[ ] não      [ ] sim      O quê? .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Iniciais do entrevistado: .....

Grau de parentesco: .....

Local da entrevista (Aldeia): ..... Data: ...../...../.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Carimbo e assinatura do entrevistador

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Projeto: ESTUDO DE CASO DE UMA FAMÍLIA INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL COM ALTA PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO.

Nome do pesquisador: FABIANE DE OLIVEIRA VICK

Objetivo: Investigar os aspectos psicossocioculturais que interferem no suicídio indígena.

Esta pesquisa faz parte da minha dissertação para fins de obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA junto a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação da Prof. Dra. Sonia Grubits.

Ao participar deste estudo fui esclarecido e estou ciente de que:

- a) Caso não me sinta à vontade com alguma questão, estou ciente de que posso deixar de respondê-la, sem que isso implique em prejuízo algum;
- b) Sei que as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado assegurando-se completo anonimato;
- c) Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente da minha vontade em colaborar com a pesquisa.
- d) Estou livre para desistir de participar em qualquer momento da entrevista.
- e) Aceito participar voluntariamente desta atividade, sem ter sofrido nenhuma forma de pressão para tanto.
- f) Caso necessite entrar em contato com o pesquisador, estou ciente de que posso encontrá-lo no telefone ou e-mail abaixo descritos.

Declaro consentir em participar, como voluntária, sem nenhum gasto, da pesquisa científica citada acima.

Dourados, MS, ...../...../.....

.....  
Nome do participante da pesquisa

.....  
Assinatura

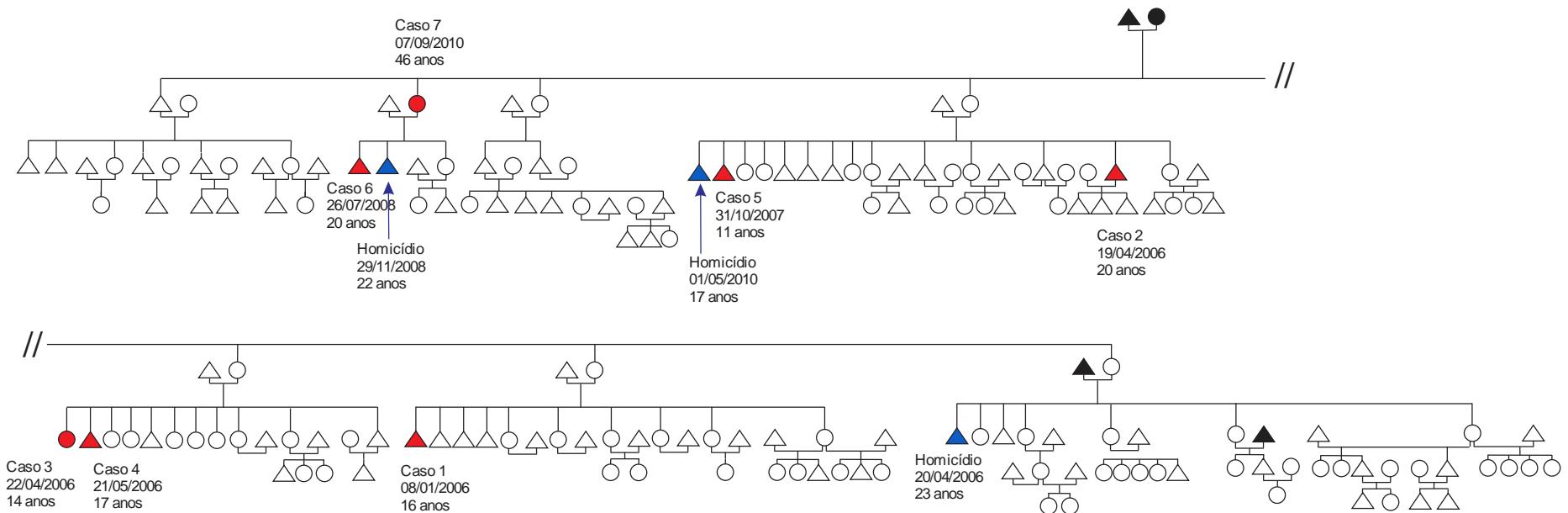
Documento de identidade: ..... SSP/.....

.....  
Pesquisadora  
*Pisc. Fabiane de Oliveira Vick*  
e-mails: favick@hotmail.com  
fabiane.vick@funasa.gov.br  
Telefones: (67) 9287-7009 / 3383-5403

.....  
Orientadora  
*Profa. PhD. Sonia Grubits*

## APÊNDICE C – Genograma familiar

### GENOGRAMA FAMILIAR



Legenda: **vermelho** – suicídio; **azul** – homicídio; **preto** – outros óbitos.

Fonte: Fabiane de Oliveira Vick, 2011.

**ANEXOS**

---

## ANEXO A – Autorizações para realização da pesquisa

## DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP DA UCDB



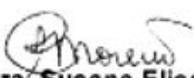
**Universidade Católica Dom Bosco**  
**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa**

*Campo Grande - MS*  
(67) 3312-3300 / 3312-3615

Campo Grande, 06 de agosto de 2010.

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **"Estudos de Caso com Família de suicidas indigenas Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul"** sob a responsabilidade da **Prof. Me. Fabiane de Oliveira Vick**, protocolo nº **047/10** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado**.

  
**Profa. Dra. Susana Elisa Moreno**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Católica Dom Bosco

## AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CAPITÃO DA ALDEIA BORORÓ

### AUTORIZAÇÃO

Eu, Cesar Isnarde, Capitão da Aldeia Bororó do Município de Dourados-MS, Autorizo para fins de Pesquisa Científica, que a Mestranda em Psicologia pela UCDB - Campo Grande-MS, **Fabiane de Oliveira Vick**, realize sua pesquisa de campo com *Famílias de Suicidas Indígenas Guarani-Kaiowá na Aldeia Bororó no Município de Dourados*. Informo que também fui esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e confidencialidade dos sujeitos.

Dourados, 21 de Abril de 2010.

*Líder Cacique  
Cesar Isnarde  
Aldeia Bororó  
RN-H-786-SSPM*  
Cesar Isnarde

## AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA FUNAI

**MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

<b>1. Projeto de Pesquisa:</b> <b>ESTUDOS DE CASOS COM FAMÍLIAS DE SUICIDAS INDÍGENAS GUARANI-KAIÚWA DE MATO GROSSO DO SUL</b>			
<b>2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)</b> <b>PSICOLOGIA</b>		<b>3. Código:</b> 7.07	<b>4. Nível:</b> ( Só áreas do conhecimento 4 )
<b>5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)</b> <b>PSICOLOGIA INDÍGENAS</b>		<b>6. Código(s):</b> I.6.	<b>7. Fase:</b> (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
<b>8. Unitemos: (3 opções)</b>			
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>			
<b>9. Número de sujeitos</b> No Centro: 0 Total: 0		<b>10. Grupos Especiais:</b> <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião/Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros (X) Não se aplica ( )	
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
<b>11. Nome:</b> FABIANE DE OLIVEIRA VICK			
<b>12. Identidade:</b> <b>00117573-90118</b>		<b>13. CPF:</b> 895.525.391-53	<b>19. Endereço (Rua, n.º):</b> RUA DO INVERNAMENTO, n.º 800 - CORONEL ANTONINO
<b>14. Nacionalidade:</b> <b>BRASILEIRA</b>		<b>15. Profissão:</b> PSICOLOGA	<b>20. CEP:</b> 58000-000
<b>16. Mayor Titulação:</b> <b>GRADUAÇÃO</b>		<b>17. Cargo (CICR, TEC ou TEC):</b> COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL	<b>21. Cidade:</b> CAMPOMARQUINHA
<b>18. Instituição a que pertence:</b> <b>FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - FUNASA</b>		<b>22. U.F.:</b> MS	<b>23. Fone:</b> (67) 9287-7009
		<b>24. Fax:</b> (67) 9383-5403	<b>25. Email:</b> FAVICK@HOTMAIL.COM
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 22/04/2010			
<i>Fabiane de Oliveira</i> Assinatura			
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>			
<b>26. Nome:</b> FUNDACAO NACIONAL DO INDI		<b>29. Endereço (Rua, n.º):</b> AV MARCELINO PIRCS, 5255 - CABECEIRAS ALEGRE	
<b>27. Unidade/Orgão:</b> FUNAI		<b>30. CEP:</b> 59.833-000	<b>31. Cidade:</b> DOURADOS
<b>28. Participação Estrangeira:</b> Sim ( ) Não (X)		<b>33. Fone:</b> (67) 3424-5280	<b>34. Fax:</b> (67) 3424-6561
<b>35. Projeto Multicêntrico:</b> Sim ( ) Não ( ) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>Maria de Fátima Rosa Oliveira</u> Cargo: <u>Coord. Reg. Enf.</u> Data: <u>22/04/2010</u>			
<i>Maria de Fátima Rosa Oliveira</i> Assinatura			
<b>36. Nome:</b> <b>39. Endereço</b>			
<b>37. Responsável:</b>		<b>40. CEP:</b>	<b>41. Cidade:</b>
<b>38. Cargo/Função:</b>		<b>43. Fone:</b>	<b>44. Fax:</b>
<b>COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>			
<b>45. Data de Entrada:</b> / / .	<b>46. Registro no CEP:</b>	<b>47. Conclusão:</b> Aprovado ( ) Data: / / /	<b>48. Não Aprovado ( )</b> Data: / / /
<b>49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:</b> Data: / / /			
<b>50. Encaminho a CONEP:</b> Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: / / /		<b>53. Coordenador/Nome</b> Assinatura	<b>Anexar o parecer consubstanciado</b>
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>			
<b>54. N.º Expediente</b>	<b>55. Processo</b>	<b>56. Data Recebimento:</b>	<b>57. Registro na CONEP:</b>
<b>58. Observações:</b>			

## AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA FUNASA

**MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

<b>1. Projeto de Pesquisa:</b> ESTUDOS DE CASOS COM FAMÍLIAS DE SUICÍDIOS INDÍGENAS <b>GUARANI - KAIOWÁ DE MATO GROSSO DO SUL</b>			
<b>2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)</b> <b>PSICOLOGIA</b>		<b>3. Código:</b> 707	<b>4. Nível:</b> ( Só áreas do conhecimento ) <input type="checkbox"/>
<b>5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)</b> <b>DOENÇAS INTRÍNSICAS</b>		<b>6. Código(s):</b> I-6	<b>7. Fase:</b> (Só área temática 3) <input type="checkbox"/> I ( ) <input type="checkbox"/> II ( ) <input type="checkbox"/> III ( ) <input type="checkbox"/> IV ( )
<b>8. Uнтерос:</b> ( 3 opções )			
<b>SUBTÍTULO DA PESQUISA</b>			
<b>9. Número de sujeitos</b> <b>No Centro:</b> 8 <b>Total:</b>	<b>10. Grupos Especiais:</b> <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc.) ( ) Outros <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica ( )		
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
<b>11. Nome:</b> FABIANE DE OLIVEIRA VICK			
<b>12. Identidade:</b> <b>01347573-0-0105095-5</b>	<b>13. CPF:</b> <b>095.525.391-53</b>	<b>19. Endereço (Rua, nº):</b> <b>RUA DO LIVRAMENTO, nº 808 - CORONEL ANTÔNIO</b>	<b>22. U.F.</b> <b>MS</b>
<b>14. Nacionalidade:</b> <b>BRAZILEIRA</b>	<b>15. Profissão:</b> <b>PSICOLOGA</b>	<b>20. CEP:</b> <b>58000-000</b>	<b>21. Cidade:</b> <b>CAMPOMARQUINHA</b>
<b>16. Maior Titulação:</b> <b>GRADUAÇÃO</b>	<b>17. Cargo (ADM/TEC. DO PROJETO):</b> <b>GRAMIA DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>23. Fone:</b> <b>(67) 9287-7009</b>	<b>24. Fax:</b> <b>(67) 3383-5103</b>
<b>18. Instituição a que pertence:</b> <b>FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - FUNASA</b>			
<b>19. Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <b>Data:</b> 03/05/2010 <b>Assinatura:</b> Fabiane de O. Vick			
<b>INSTITUIÇÃO DE PESQUISA</b>			
<b>26. Nome:</b> <b>FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE</b>	<b>29. Endereço (Rua, nº):</b> <b>RUA JORNALISTA BELISARIO LIMA, nº 283</b>	<b>31. Cidade:</b> <b>CAMPOMARQUINHA</b>	<b>32. U.F.</b> <b>MS</b>
<b>27. Unidade/Orgão:</b> <b>FUNASA / DCEI MS</b>	<b>30. CEP:</b> <b>58000-000</b>	<b>33. Fone:</b> <b>(67) 3383-5103</b>	<b>34. Fax:</b> <b>(67) 3383-5103</b>
<b>28. Participação Estrangeira:</b> Sim ( ) Não (x)	<b>35. Projeto Multicêntrico:</b> Sim ( ) Não ( ) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)		
<b>Termo de Compromisso ( do responsável pela instituição ) :</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. <b>Nome:</b> Flávio da Costa Britto Neto <b>Cargo:</b> Coordenador Regional - FUNBES/CORE-MS <b>Data:</b> 03/05/2010 <b>Assinatura:</b> Flávio da Costa Britto Neto			
<b>PATROCINADOR</b>			
<b>36. Nome:</b>	<b>39. Endereço</b>	<b>41. Cidade:</b> <b>42. U.F.</b>	
<b>37. Responsável:</b>	<b>40. CEP:</b>	<b>43. Fone:</b> <b>44. Fax:</b>	
<b>38. Cargo/Função:</b>	<b>45. Data de Entrada:</b> <b>46. Registro no CEP:</b>		
<b>47. Conclusão:</b> Aprovado ( ) <b>48. Não Aprovado ( )</b> <b>Data:</b> / / <b>Data:</b> / /			
<b>49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:</b> <b>Encaminho a CONEP:</b> <b>53. Coordenador/Name:</b> <b>Anexar o parecer consubstanciado</b> <b>50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( )</b> <b>52. Data:</b> / / <b>Assinatura:</b>			
<b>54. N° Expediente:</b> 56. Data Recebimento:		<b>57. Registro na CONEP:</b>	
<b>55. Processo:</b> <b>58. Observações:</b>			

ANEXO B – Caracterização demográfica, étnico-cultural dos povos indígenas do DSEI-MS

Pólo Base	Município (Aldeia)	Aldeia	Etnia	População												Sub Total Etnia	Total					
				Masculino						Feminino								Aldeia	Mun (Aldeia)	Pólo Base		
				<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	>60	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49					
AMAMBAÍ	AMAMBAÍ	GUARANI	5	14	25	43	23	93	10	11	9	9	20	27	29	73	4	19	414	8.602	11.895	
		KAIOWA	232	503	478	458	375	1.003	68	154	244	451	468	486	385	1.075	62	213	6.655			
		TERENA	-	1	-	2	1	1	1	-	-	1	2	1	2	2	-	-	14			
		JAGUARI	14	38	22	19	20	50	5	9	11	20	22	31	14	46	3	11	335	335		
	ARAL MOREIRA	GUARANI	1	-	-	-	1	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	11	1.184	467	467
		LIMÃO VERDE	KAIOWA	47	83	74	68	57	158	12	36	38	80	102	98	82	191	14	33	1.173		
	CORONEL SAPUCAIA	GUASSUTY	KAIOWA	25	35	36	36	12	57	9	16	14	40	42	33	21	60	6	20	462	2.826	2.826
		TAQUAPERY	KAIOWA	114	228	1	210	161	404	26	77	99	201	216	181	150	430	29	75	2.602		
ANTÔNIO JOÃO	ANTONIO JOAO	CAMPESTRE	KAIOWA	12	37	32	40	22	67	3	7	11	24	28	32	27	73	7	5	427	428	988
		TERENA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
	BELA VISTA	CERRO MARANGATU	KAIOWA	31	34	57	45	37	78	7	12	15	26	32	51	41	70	10	14	560	560	
		PIRAKUA	KAIOWA	17	37	46	31	21	61	14	13	15	40	33	33	23	60	7	13	464	464	
	PONTA PORA	KOKUE-Y	KAIOWA	7	11	11	7	5	22	2	3	1	13	11	6	7	19	2	4	131	131	
		LIMA CAMPO	KAIOWA	-	-	-	1	1	-	2	-	-	-	-	-	2	-	3	-	9	200	331
AQUIDAUANA	AQUIDAUANA	ANASTACIO	TERENA	13	20	24	21	17	63	9	18	5	19	13	22	16	69	13	14	356	356	5.425
		ÁGUA BRANCA	CINTA LARGA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	703	
		TERENA	18	36	38	45	30	120	35	37	16	37	35	35	30	135	23	31	701			
		BANANAL	KAIOWA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.170	
		COLONIA NOVA	TERENA	33	87	63	62	65	205	37	53	38	51	63	61	50	216	35	50	1.169		
		CORREGO SECO	TERENA	4	7	11	14	13	30	5	9	4	11	11	10	10	31	5	14	189	189	
		KAIOWA	5	7	5	9	14	35	2	9	3	6	6	11	9	29	3	5	158	158		
		KAIOWA	TERENA	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	188		
	NIOAQUE	IMBIRUSSÚ	KAIOWA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.177	
		TERENA	GUARANI	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		
		LAGOINHA	KAIOWA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	616		
		KINIKINAWA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.720		
		TERENA	18	47	28	45	36	103	25	35	12	24	27	41	32	92	18	29	612			
		LIMÃO VERDE	KAIOWA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.173		
		MORRINHOS	TERENA	21	60	56	63	66	230	44	63	24	57	74	71	54	222	26	42	1.173		
		YPEGUE	TERENA	7	21	25	13	14	47	5	13	6	20	9	19	20	51	5	5	280	280	
BODOQUENA	PORTO MURTINHO	AGUA BRANCA NIOAQUE	TERENA	20	46	47	61	38	185	40	47	27	47	38	39	47	181	17	62	944	1.429	
		BREJÃO	TERENA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	520		
		CABECEIRA	TERENA	-	-	-	3	2	6	1	2	-	1	1	2	-	5	-	2	518		
		TABOQUINHA	TERENA	6	17	13	20	20	55	9	7	3	19	17	17	19	56	7	8	293		
	BONITO	KAIOWA	TERENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	305	1.587	
		ALVES DE BARROS	KAIOWA	23	42	61	55	46	155	11	19	23	37	50	59	53	135	16	23	808		
		CAMPINA	KAIOWA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	518		
		CORREGO DE OURO	KAIOWA	-	4	2	2	3	6	1	2	2	2	1	3	6	1	-	37	37		
BONITO	SÃO JOÃO	KAIOWA	TERENA	1	3	1	3	3	5	1	1	1	3	6	4	1	8	1	-	42	361	
		BARRO PRETO	KINIKINAWA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1		
		TERENA	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	4	47		
		GUARANI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1		
	TOM ÁSIA	KAIOWA	TERENA	4	16	7	8	10	18	1	3	7	9	5	6	6	16	2	1	119	226	
		KINIKINAWA	-	1	7	5	6	12	27	3	4	-	1	10	6	8	16	4	6	116		
		TERENA	1	2	-	3	-	6	1	2	-	-	4	4	2	9	1	-	35	95		
	GUIA LLAGUNA	CERRO Y	KAIOWA	3	10	8	7	9	14	-	2	4	5	4	6	4	15	1	1	93	95	

**CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, ÉTNICO-CULTURAL DOS POVOS INDÍGENA DO DSEI-MS**

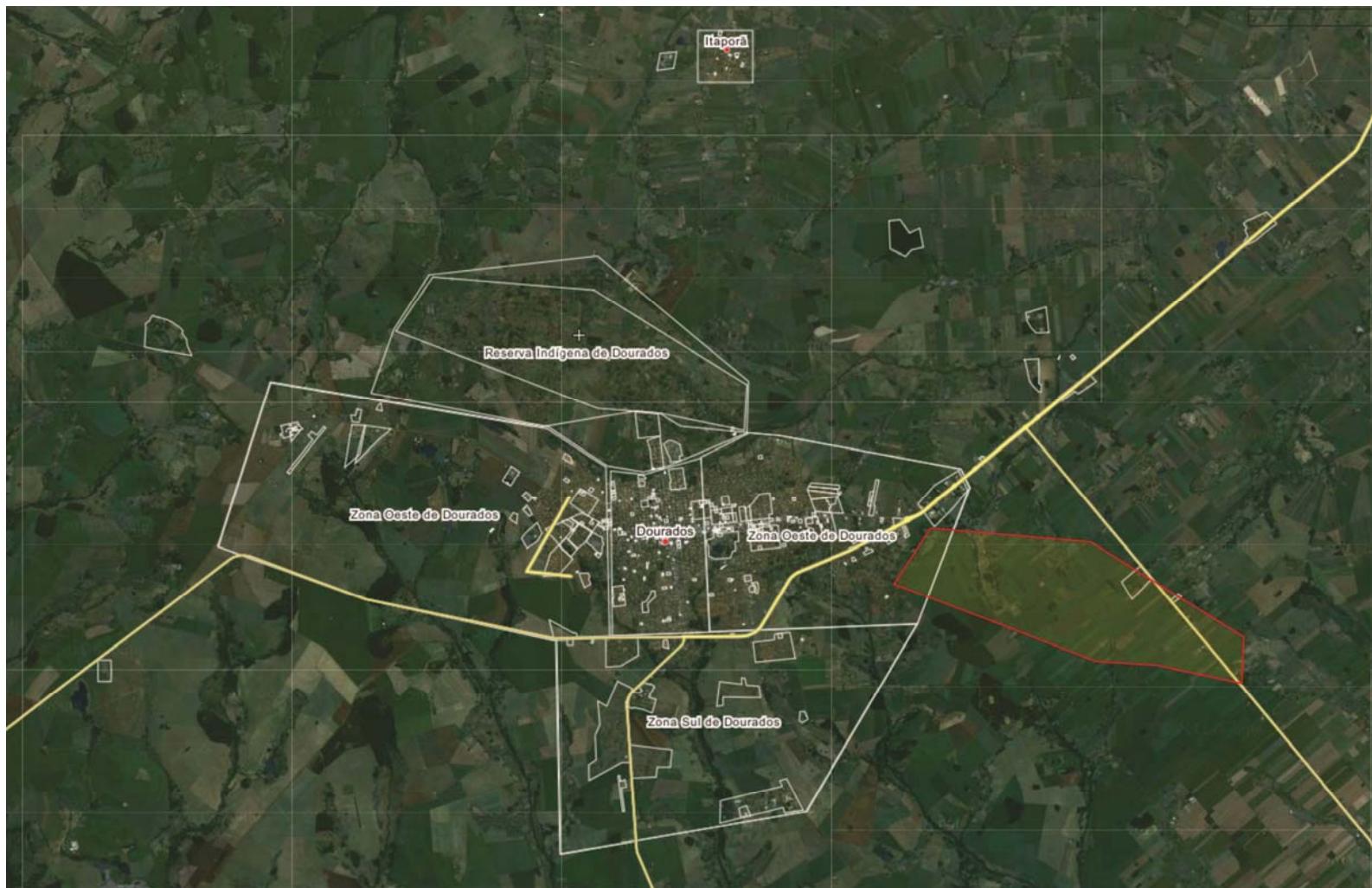
Pólo Base	Município (Aldeia)	Aldeia	Etnia	População																Sub Total Etnia	Total				
				Masculino								Feminino										Aldeia	Mun (Aldeia)	Pólo Base	
				<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	>60	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	>60						
CAARAPÓ	CAARAPÓ	GUARANI	-	2	19	18	20	41	3	5	-	4	18	23	14	42	3	4	216	4.452	5.968				
		KAIOWA	169	351	296	263	225	640	43	104	180	335	339	289	226	612	46	118	4.236	4.529					
	JUTI	GUARA-ROKA	4	6	5	3	5	8	1	6	3	1	8	4	5	10	1	7	77	77					
		TAQUARA	17	20	17	18	18	35	3	8	12	13	18	19	16	33	5	12	264	292					
		JARARÁ	-	-	1	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	288					
	LAGUNA CARAPA	GUAIM BÉ	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	448	859				
		GUARANI	-	11	36	40	34	17	58	12	12	19	35	31	37	19	61	9	14	445					
		RANCHO JACARÉ	1	-	3	1	-	3	-	-	1	2	1	2	1	1	-	-	15	411					
BRASILANDIA	BRASILANDIA	OFAIÉ XAVANTE	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	-	1	2	-	-	1	8	105	105	105		
CAMPO GRANDE	CAMPO GRANDE	MARÇAL DE SOUZA	GUARANI	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	1	2	-	-	1	9	2.807	2.807	2.875		
			KAIOWA	-	-	2	1	3	8	-	2	1	1	3	5	6	6	-	-	38					
	ROCHEDO	BALSAMO	OFAIÉ XAVANTE	2	4	5	5	-	11	1	2	-	6	3	6	3	9	2	-	59					
CORUMBA	CORUMBA	TERENA	GUARANI	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	147	149	149	149		
	TERENA	TERENA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	149					
DOURADOS	DOURADINA	PANAMBI	GUARANI	3	5	-	-	-	-	-	1	6	-	-	-	1	-	-	16	860	860	13.826			
			KAIOWA	16	45	62	69	48	140	14	13	19	52	74	60	54	146	13	17	842					
	DOURADOS	BORORÓ	TERENA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2						
			GUARANI	16	38	52	60	36	95	13	8	24	46	50	44	46	89	10	11	638	6.077	6.219			
		JAGUAPIRÚ	KAIOWA	184	386	397	417	262	746	67	99	195	395	420	361	301	872	80	132	5.314					
			TERENA	2	3	12	5	25	4	6	2	8	6	11	9	28	1	3	125						
			GUARANI	93	160	131	129	101	318	39	31	74	197	98	126	110	302	37	51	1.997					
			KADIWEU	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	3						
			TERENA	59	60	139	205	142	462	60	58	51	56	158	217	158	468	40	43	2.376					
	PORTO CAMBIRA	PANAM BIZINHO	GUARANI	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	5	338					
		GUARANI	KAIOWA	4	20	19	21	20	66	7	10	9	16	23	19	26	53	11	9	333					
	MARACAJU	TERENA	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	5	82					
		SUCURI	GUARANI	-	1	1	3	1	2	1	-	-	1	1	-	1	2	1	-	15					
IGUATEMI	ELDORADO	CERRITO	TERENA	8	17	16	21	12	36	5	3	3	21	17	17	14	35	1	5	231	250	250	250		
			TERENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	4	4.606	3.838	3.533			
	JAPORA	ACAMPAMENTO YVY KATU	TERENA	9	18	14	20	18	38	1	10	9	25	25	15	10	37	2	14	265	305				
			TERENA	-	3	2	3	8	1	1	-	4	4	2	3	4	1	4	40						
	SETE QUEDAS	ACAMPAMENTO SOMBRITO	TERENA	114	246	249	257	192	492	53	112	132	257	251	256	179	512	36	114	3.452	3.771				
			TERENA	5	15	11	17	10	32	-	12	5	10	13	16	15	23	3	9	196	198				
			TERENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2					
MIRANDA	MIRANDA	ARGOLA	TERENA	15	36	42	41	29	135	22	28	16	33	43	47	33	120	20	22	682	6.771	6.771			
			TERENA	25	38	42	44	33	131	22	22	18	35	36	48	38	124	12	17	685					
		BABAQU	TERENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3						
			CACHOEIRINHA	34	70	64	97	75	317	43	59	25	82	74	88	88	254	45	65	1.480					
		LAGOINHA	TERENA	3	12	11	11	9	25	4	5	5	5	8	6	19	4	4	4	136					
			TERENA	36	71	66	82	87	294	42	47	28	58	82	97	72	244	33	35	1.374					
		LALIMA	TERENA	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	6						
			KADIWEU	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	3	1.031					
		MOREIRA	TERENA	10	38	57	63	40	233	29	39	17	45	47	67	55	212	38	32	1.022					
			TERENA	13	20	15	16	16	65	7	8	9	22	14	22	17	55	3	7	309	309				
		MORRINHO	TERENA	20	39	47	63	74	231	34	43	23	39	58	67	59	219	25	32	1.073	1.073				
			PASSARINHO	TERENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.073					

**CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, ÉTNICO-CULTURAL DOS POVOS INDÍGENA DO DSEI-MS**

Pólo Base	Município (Aldeia)	Aldeia	Etnia	População																Sub Total Etnia	Total			
				Masculino								Feminino									Aldeia	Mun (Aldeia)	Pólo Base	
				<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	>60	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-59	>60					
PARANHOS	PARANHOS	ARROIO CORÁ	GUARANI	21	39	21	24	21	38	5	11	27	33	25	25	18	45	7	10	370	449	4.253	4.253	
			KAIOWA	-	1	9	4	5	14	1	1	-	3	8	9	9	12	2	1	79	214			
		PARAGUASSÚ	GUARANI	20	38	13	5	2	17	1	1	23	53	11	3	9	15	1	2	420	634			
			KAIOWA	1	3	29	43	25	84	4	13	3	3	41	56	24	71	6	14	19	2.052			
		PIRAJUI	GUARANI	70	178	170	147	100	328	35	47	88	146	138	114	120	282	19	51	2.033	621			
			KAIOWA	-	2	6	1	-	3	-	-	3	2	-	1	1	-	-	-	17	638			
		POTRERO-GUASSU	GUARANI	25	54	57	45	31	92	11	18	25	46	44	41	31	84	7	10	369	480			
			KAIOWA	-	2	2	1	-	2	-	1	-	1	-	2	4	-	1	-	111				
		SETE CERROS	GUARANI	10	25	8	8	7	5	1	1	10	16	4	5	5	6	-	-	-	369			
			KAIOWA	5	12	38	45	24	48	4	12	4	14	27	40	25	52	4	15	369	480			
SIDROLÂNDIA	DOIS IRMÃOS DO BURITI	ÁGUA AZUL	TERENA	2	15	15	23	18	61	6	15	6	8	11	20	18	44	6	11	279	282	1.777	3.211	
			XAVANTE	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3				
		BARRERINHO	KADIWEU	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	5	106			
			TERENA	-	3	6	6	6	17	4	4	-	1	6	19	7	16	3	3	101				
		BURITI	KADIWEU	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	848			
			TERENA	20	34	34	62	56	171	22	26	13	24	47	59	62	171	24	22	847	193			
		OLHO DAGUA	TERENA	6	13	7	18	13	34	3	8	2	9	13	12	14	30	7	4	136	136			
			OLIVEIRA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	3	136			
		RECANTO	TERENA	3	10	6	6	9	23	5	3	3	10	5	11	10	23	2	4	10	2.212	1.434	3.240	3.240
			TERENA	5	6	18	15	15	47	3	8	2	9	10	16	8	42	2	6	656	668			
TACURU	TACURU	CORREGO DO MEIO	TERENA	5	18	26	29	34	92	14	19	17	18	24	35	34	94	16	10	485	485	1.434	3.240	3.240
			LAGOINHA	-	15	13	22	13	51	13	12	4	17	21	24	15	45	10	6	281	281			
		SIDROLANDIA	GUARANI	1	-	1	-	2	2	-	-	-	1	2	-	-	3	-	-	12	668			
			TERERÉ	11	44	38	49	41	143	12	14	8	30	31	39	32	134	17	13	2.214	2.281			
		JAGUAPIRÉ	GUARANI	2	3	3	3	5	11	1	2	3	3	6	9	5	12	1	1	70	959	3.240	3.240	3.240
			KAIOWA	35	73	69	55	53	131	9	31	30	46	72	77	46	116	5	41	889				
		SASSORÓ	GUARANI	2	5	6	5	4	7	2	4	3	8	4	4	4	8	1	-	67	2.281			
			KAIOWA	82	151	154	159	137	349	30	49	66	152	157	181	19	338	17	73	2.214	2.281			
15	29	75		2.018	4.298	4.533	4.717	3.796	11.353	1.316	1.988	2.008	4.082	4.489	4.735	3.833	11.168	1.161	2.079	67.574	67.574	67.574	67.574	

Fonte: SIASI - FUNASA/MS, 30/01/2010

ANEXO C – Mapa da localização da reserva indígena de Dourados, MS



Fonte: Wikimapia (2011).