



## **COMPORTAMENTOS SUICIDAS ENTRE POVOS INDÍGENAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE PREVALÊNCIA, RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO**

## **SUICIDAL BEHAVIORS AMONG INDIGENOUS PEOPLES: A SYSTEMATIC REVIEW OF PREVALENCE, RISK, AND PROTECTIVE FACTORS**

## **COMPORTAMIENTOS SUICIDAS EN PUEBLOS INDÍGENAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PREVALENCIA, RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN**

 <https://doi.org/10.56238/levv16n54-111>

**Data de submissão:** 20/10/2025

**Data de publicação:** 20/11/2025

**Adrielle Ferreira da Silva Galdino**

Bacharelanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9247359486294079>

**Valfrido Leão de Melo Neto**

Doutor em Psiquiatria

Instituição: Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3294574462181181>

**Lucas Emanuel de Oliveira Silva**

Mestrando em Ciências Médicas

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5831327139394594>

**Evelyn Borges Tenório Galdino**

Especialista em Clínica Médica

Instituição: Hospital Memorial Arthur Ramos

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0235506853409327>

### **RESUMO**

O suicídio constitui um grave desafio de saúde pública e afeta de forma desproporcional povos indígenas em diferentes regiões do mundo. Esta revisão sistemática analisou estudos publicados entre 2008 e 2023, com o objetivo de identificar a prevalência de comportamentos suicidas e os fatores de risco e proteção associados. A busca em sete bases de dados resultou em 6.530 registros, dos quais 11 atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos abrangeram populações indígenas da América do Norte, América Central, América do Sul, Oceania e Ásia. As prevalências de ideação suicida variaram de 4,2% a 48,9%, enquanto as tentativas oscilaram entre 1,2% e 27,3%. Entre os principais fatores de risco destacaram-se transtornos mentais, uso de álcool e drogas, pobreza, discriminação, violência, encarceramento e perda cultural. Os fatores de proteção incluíram suporte familiar e comunitário, identidade cultural fortalecida, espiritualidade e cuidados de saúde culturalmente sensíveis. Os resultados reforçam a necessidade de políticas e estratégias preventivas integradas, culturalmente adequadas e pautadas na equidade em saúde.



**Palavras-chave:** Povos Indígenas. Suicídio. Fatores de Risco. Fatores de Proteção. Saúde Mental. Revisão Sistemática.

## ABSTRACT

Suicide constitutes a serious public health challenge and disproportionately affects indigenous peoples in different regions of the world. This systematic review analyzed studies published between 2008 and 2023, aiming to identify the prevalence of suicidal behaviors and associated risk and protective factors. The search in seven databases resulted in 6,530 records, of which 11 met the inclusion criteria. The studies encompassed indigenous populations from North America, Central America, South America, Oceania, and Asia. The prevalence of suicidal ideation ranged from 4.2% to 48.9%, and suicide attempts ranged from 1.2% to 27.3%. Among the main risk factors were mental disorders, alcohol and drug use, poverty, discrimination, violence, incarceration, and cultural loss. Protective factors included family and community support, strengthened cultural identity, spirituality, and culturally sensitive healthcare. The results reinforce the need for integrated, culturally appropriate, and health equity-based preventive policies and strategies.

**Keywords:** Indigenous Peoples. Suicide. Risk Factors. Protective Factors. Mental Health. Systematic Review.

## RESUMEN

El suicidio constituye un grave problema de salud pública y afecta de manera desproporcionada a los pueblos indígenas de diversas regiones del mundo. Esta revisión sistemática analizó estudios publicados entre 2008 y 2023 con el objetivo de identificar la prevalencia de conductas suicidas y los factores de riesgo y protección asociados. La búsqueda en siete bases de datos arrojó 6530 registros, de los cuales 11 cumplieron con los criterios de inclusión. Los estudios abarcaron poblaciones indígenas de América del Norte, América Central, América del Sur, Oceanía y Asia. La prevalencia de ideación suicida osciló entre el 4,2% y el 48,9%, y la de intentos entre el 1,2% y el 27,3%. Entre los principales factores de riesgo se encontraban los trastornos mentales, el consumo de alcohol y drogas, la pobreza, la discriminación, la violencia, el encarcelamiento y la pérdida cultural. Los factores de protección incluyeron el apoyo familiar y comunitario, una identidad cultural fortalecida, la espiritualidad y una atención médica culturalmente sensible. Los resultados refuerzan la necesidad de políticas y estrategias preventivas integradas, culturalmente apropiadas y basadas en la equidad en salud.

**Palabras clave:** Pueblos Indígenas. Suicidio. Factores de Riesgo. Factores de Protección. Salud Mental. Revisión Sistemática.



## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio figura entre as principais causas de mortalidade prematura em escala global e representa um desafio persistente para sistemas de saúde pública, especialmente em países marcados por desigualdades estruturais. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) [1], mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, enquanto milhões vivenciam ideação ou realizam tentativas, resultando em impactos profundos sobre famílias, comunidades e instituições sociais. A compreensão desse fenômeno, no entanto, não pode ser reduzida a explicações estritamente individuais ou biomédicas. Conforme já defendido por Émile Durkheim em sua análise seminal do suicídio como fato social [2], os comportamentos suicidas são moldados por condições coletivas, normas comunitárias, vínculos sociais e estruturas históricas que influenciam a experiência individual do sofrimento.

Essa perspectiva sociológica ganha relevância particular quando aplicada às populações indígenas, grupos que enfrentam há séculos sistemas persistentes de violência sociopolítica, discriminação institucional e destituição territorial. Estudos internacionais demonstram que povos indígenas apresentam prevalências superiores de ideação suicida, tentativas e mortalidade por suicídio quando comparados às populações não indígenas, diferença que não pode ser dissociada de determinantes sociais profundamente enraizados [3]. Entre esses determinantes, destacam-se pobreza estrutural, exclusão econômica, racismo institucional, marginalização política, debilitamento de práticas culturais tradicionais e barreiras de acesso a serviços de saúde culturalmente adequados.

As expressões regionais do risco suicida evidenciam a heterogeneidade desses contextos. No Canadá, indígenas vivendo fora de reservas apresentam sofrimento psicológico elevado relacionado a desigualdades socioeconômicas persistentes [3]. Em comunidades de alta montanha na Guatemala, a ideação suicida tem sido vinculada a pobreza estrutural, conflitos familiares e exclusão social [4]. Entre idosos aborígenes na Austrália, prevalências acentuadas de depressão e multimorbidade foram diretamente associadas ao risco de comportamento suicida [5]. Em Taiwan, mulheres indígenas idosas relataram ideação suicida associada a isolamento social e depressão [6]. Em contextos ocupacionais específicos, como entre bombeiros American Indian/Alaska Native nos Estados Unidos, exposições repetidas a eventos dolorosos e potencialmente traumáticos aumentaram substancialmente a probabilidade de ideação e tentativas [7]. De forma semelhante, entre homens indígenas privados de liberdade na Austrália, histórico de violência, encarceramento prévio e uso de substâncias configuraram importantes condicionantes de risco [8].

Para além das desigualdades materiais, determinantes históricos e culturais exercem papel central. A literatura contemporânea sobre suicídio reforça que se trata de fenômeno multifatorial, influenciado por interações entre psicopatologia, fatores sociais e contextos culturais [9]. Entre povos indígenas, análises de trauma histórico enfatizam como a colonização, as remoções forçadas, a



proibição de idiomas tradicionais, os sistemas de educação assimilaçãoistas e a perda de soberania territorial produziram impactos intergeracionais duradouros sobre a saúde mental [10].

Modelos teóricos modernos contribuem para aprofundar essa compreensão. A Teoria Interpessoal do Suicídio, proposta por Joiner [11], identifica dois mecanismos proximais fundamentais para o surgimento da ideação — pertencimento frustrado e percepção de ser um fardo. Evidências empíricas entre jovens indígenas norte-americanos mostram forte aderência desses mecanismos às experiências vividas, sobretudo em contextos de discriminação ou rupturas familiares [12]. Ao mesmo tempo, estudos em populações indígenas universitárias demonstram a relevância de apoio social, religiosidade e engajamento cultural como fatores protetores efetivos [13], articulando a força das redes comunitárias a processos de resistência cultural.

Apesar das vulnerabilidades descritas, a literatura vem documentando também importantes fatores de proteção. Coesão comunitária, vínculos familiares estáveis, espiritualidade e participação em práticas culturais tradicionais emergem como amortecedores cruciais diante de adversidades estruturais [14]. Entre povos indígenas do Panamá, redes sociais de apoio demonstraram efeito protetivo relevante frente ao sofrimento psicológico [14]. Serviços de saúde culturalmente sensíveis — que reconhecem epistemologias próprias de cuidado, práticas tradicionais e valores coletivos — também têm sido apontados como fundamentais na mitigação do risco [5]. Pesquisas antropológicas mostram que muitos povos indígenas mobilizam estratégias próprias de resiliência, reforçando identidades, reconstruindo narrativas comunitárias e revitalizando práticas culturais que funcionam como fontes de proteção intergeracional [10].

## 2 METODOLOGIA

Esta revisão sistemática foi conduzida conforme as recomendações da declaração PRISMA 2020 [15] e estruturada para assegurar rigor, transparência e reproduzibilidade em todas as etapas. O protocolo metodológico baseou-se no modelo PICOS/POT, que guiou a definição da pergunta de pesquisa, a formulação da estratégia de busca, os critérios de elegibilidade, os procedimentos de seleção e extração de dados e a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

### 2.1 PERGUNTA DE PESQUISA E MODELO PICOS/POT

A pergunta de pesquisa foi elaborada com base no modelo PICOS/POT (População, Intervenção/Exposição, Comparador, Desfecho, Tipo de estudo), buscando responder:

Quais são as prevalências e os fatores de risco e proteção relacionados aos comportamentos suicidas — ideação, tentativas e suicídio consumado — em populações indígenas adultas?

- **População (P):** povos indígenas adultos ( $\geq 18$  anos).
- **Exposição (I/E):** fatores sociodemográficos, clínicos, psicossociais, culturais e históricos.



- **Comparador (C):** não aplicável (estudos observacionais sem grupo controle obrigatório).
- **Desfechos (O):** ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado.
- **Tipo de estudo (T):** estudos observacionais (transversal, caso-controle, coorte).

## 2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca sistemática foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: **PubMed/MEDLINE, Web of Science, PsycINFO, Scopus, LILACS, SciELO e OpenGrey**. Todas foram pesquisadas desde a sua criação até **setembro de 2024**, sem restrição temporal.

Foram utilizados termos do vocabulário controlado (MeSH/DeCS) combinados a termos livres. A estratégia de busca foi construída com operadores booleanos e adaptada para cada base de dados, abrangendo dois eixos principais:

- **População:** “indigenous”, “aboriginal”, “native”, “first nations”, “indigenous peoples”.
- **Desfechos:** “suicid\*”, “suicidal ideation”, “suicide attempt”, “self-harm”.

Não foram aplicadas restrições por idioma na fase inicial da busca; no entanto, durante a elegibilidade, foram considerados apenas artigos em inglês, português ou espanhol.

## 2.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

### 2.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos estudos que atendessem aos seguintes critérios:

1. Publicados em periódicos revisados por pares.
2. Apresentassem dados empíricos originais.
3. Utilizassem desenhos observacionais (transversais, coorte ou caso-controle).
4. Investigassem um ou mais desfechos de interesse: ideação suicida, tentativas de suicídio ou suicídio consumado.
5. Utilizassem instrumentos validados ou entrevistas estruturadas para mensuração dos desfechos.
6. Avaliassem populações indígenas adultas ( $\geq 18$  anos), admitindo jovens adultos quando integrados ao critério etário.
7. Disponibilizassem o texto completo para análise.

### 2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos:

- revisões (narrativas, integrativas ou sistemáticas);
- artigos teóricos, editoriais, cartas ao editor, relatórios técnicos;
- teses, dissertações e capítulos de livro;
- estudos com populações exclusivamente adolescentes;



- relatos de caso;
- artigos sem definição clara dos desfechos;
- estudos que não utilizassem instrumentos validados;
- artigos duplicados ou inacessíveis na íntegra.

## 2.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Todas as referências identificadas foram importadas para o software **Rayyan QCRI**, onde se realizou a remoção automática de duplicatas, seguida de triagem manual.

### A seleção ocorreu em duas etapas:

Dois revisores, de forma independente, avaliaram títulos e resumos com base nos critérios de elegibilidade. Em caso de discordância, a decisão foi tomada por consenso ou por um terceiro revisor.

#### 2.4.1 Leitura na íntegra

Estudos potencialmente elegíveis foram avaliados em texto completo pelos mesmos revisores. Apenas artigos concordantes foram incluídos.

#### 2.4.2 Fluxo de seleção

- Registros identificados: **6.530**
- Duplicatas removidas: **4.397**
- Registros triados (título/resumo): **2.133**
- Registros excluídos: **2.122**
- Estudos incluídos na síntese qualitativa: **11**  
(Referências 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 17, 18 — conforme ordem de aparecimento)

O fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1) apresenta detalhadamente o processo de seleção.

## 2.5 EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração de dados foi realizada de forma independente por dois revisores utilizando um formulário padronizado. As seguintes variáveis foram coletadas:

- autor, ano e país do estudo; características da população e tamanho da amostra;
- objetivos;
- delineamento metodológico;
- instrumentos utilizados;
- prevalências encontradas;
- fatores de risco identificados;
- fatores de proteção descritos;



- principais conclusões.

Divergências foram resolvidas por consenso e validadas por um terceiro pesquisador.

## 2.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada utilizando-se a **Escala Newcastle-Ottawa (NOS)**, adaptada para estudos observacionais. A escala avalia:

1. **Seleção** (0–4 pontos)
2. **Comparabilidade** entre grupos (0–2 pontos)
3. **Avaliação do desfecho ou exposição** (0–3 pontos)

A pontuação máxima é 9 pontos, classificando os estudos em:

- **boa qualidade:** 7–9 pontos;
- **qualidade moderada:** 5–6 pontos;
- **baixa qualidade:** ≤ 4 pontos.

Os resultados detalhados são apresentados na **Tabela 3**.

## 2.7 SÍNTESE DOS DADOS

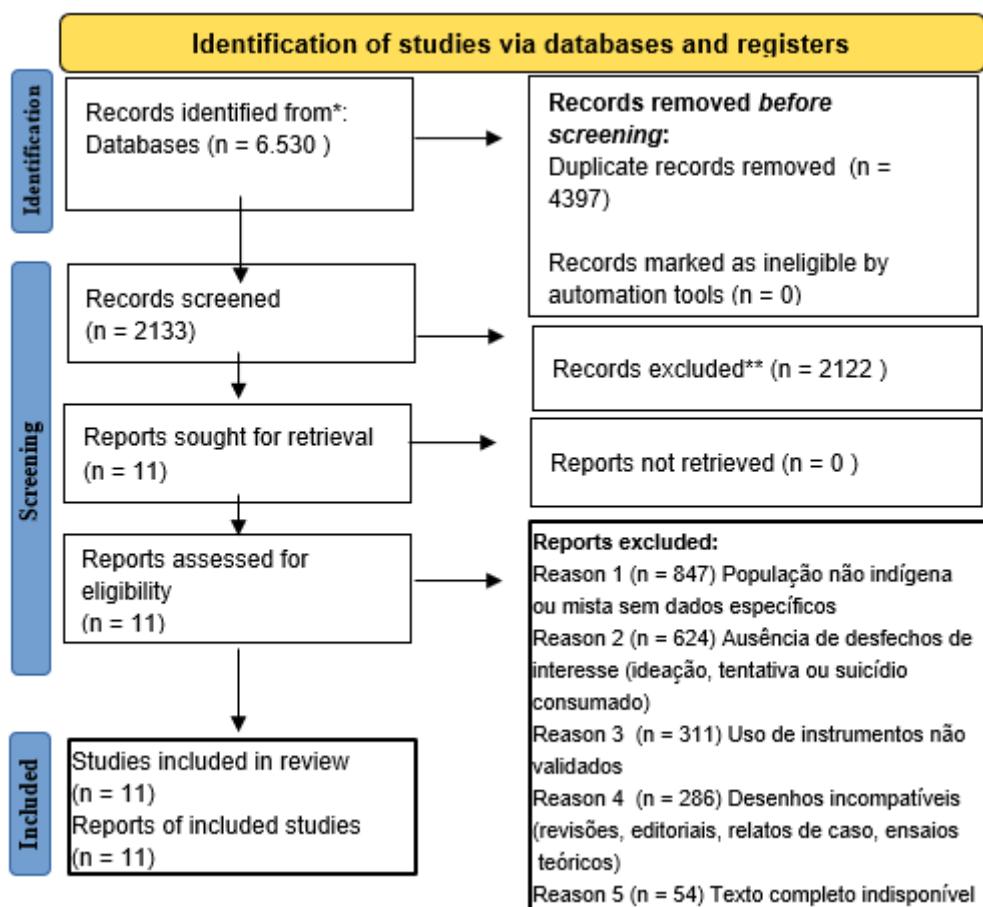
Devido à heterogeneidade metodológica observada entre os estudos — diferenças em populações, contextos socioculturais, instrumentos utilizados e operacionalização dos desfechos — **não foi realizada metanálise**. Assim, a síntese dos achados foi conduzida de forma **narrativa e temática**, estruturada em três eixos:

1. Prevalências dos comportamentos suicidas;
2. Fatores de risco associados;
- 3 Fatores de proteção identificados.

## 3 RESULTADOS

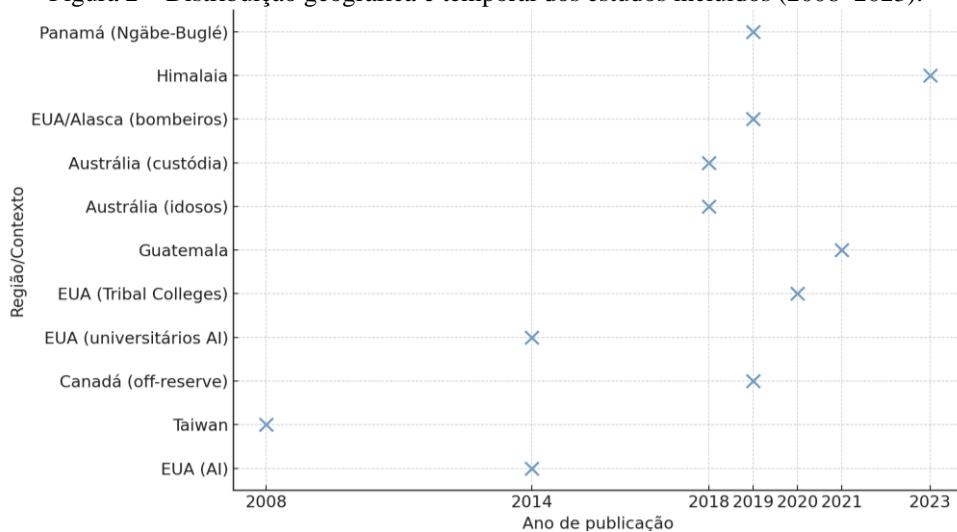
A busca sistemática identificou **6.530 registros**, dos quais **11 estudos** atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos na síntese qualitativa. Esses estudos apresentam grande diversidade geográfica, metodológica e cultural, abrangendo populações indígenas do Canadá, Guatemala, Austrália, Taiwan, Estados Unidos, Panamá e regiões do Himalaia. A **Figura 2** apresenta a distribuição geográfica e temporal dos estudos incluídos.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020.



Fonte: elaborado pelos autores com base no processo de revisão.

Figura 2 – Distribuição geográfica e temporal dos estudos incluídos (2008–2023).



Fonte: elaborado pelos autores a partir dos artigos [3–8, 12, 13, 14, 17, 18].

### 3.1 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os estudos incluídos apresentaram ampla diversidade geográfica, metodológica e populacional, abrangendo contextos socioculturais distintos — Estados Unidos, Canadá, Guatemala, Panamá, Austrália, Taiwan e região do Himalaia. As amostras variaram de 248 participantes em comunidades

indígenas da Guatemala [4] a mais de 13 mil indígenas vivendo fora de reservas no Canadá [3], refletindo grande heterogeneidade quanto à idade, sexo, contexto institucional e condições socioeconômicas das populações analisadas.

As principais características metodológicas e demográficas estão apresentadas na Tabela 1. A maioria dos estudos utilizou delineamento transversal e amostras de comunidades específicas, com tamanhos variando de 94 a 2.053 participantes. Os instrumentos empregados incluíram entrevistas estruturadas, escalas validadas e questionários padronizados, tais como K10, GHQ-12, SBQ-R, MINI, medidas de pertencimento social e percepção de fardo interpessoal. Essa variedade de instrumentos reflete tanto diferenças nos objetivos dos estudos quanto na disponibilidade de ferramentas culturalmente adequadas para as populações avaliadas.

Os desfechos investigados abrangeram ideação suicida, tentativas de suicídio e sofrimento psicológico relacionado, com predomínio de estudos que avaliaram ideação suicida. As informações detalhadas de cada estudo estão apresentadas na Tabela 1.

Geograficamente, os estudos se distribuem da seguinte forma:

- **América do Norte:** 4 estudos (3, 7, 12, 17)
- **América Central:** 1 estudo [4]
- **Austrália:** 2 estudos (5, 8)
- **Ásia (Taiwan):** 1 estudo [6]
- **Himalaia:** 1 estudo [18]
- **Panamá:** 1 estudo [14]
- **Estados Unidos (AI/AN):** 1 estudo [7]

A maioria dos estudos apresentou qualidade metodológica moderada a alta, segundo a Escala Newcastle–Ottawa (Tabela 3).

Tabela 1. Características dos estudos incluídos [n=11]

Nº	Autor/Ano	País	População	Amostra	Tipo de Estudo	Instrumentos	Principais resultados
3	Hajizadeh et al., 2019	Canadá	Indígenas fora de reservas	13836	Transversal	Questionário populacional	Desigualdades socioeconômicas associadas a ideação e tentativas.
4	Pezzia & Hernández, 2021	Guatemala	Comunidade indígena mista	248	Transversal	Entrevistas estruturadas	Ideação 13%. Pobreza e conflitos familiares = risco.
5	Shen et al., 2018	Austrália	Indígenas idosos	336	Transversal	Questionários validados	Depressão [22%] e suicídio

6	Chen et al., 2008	Taiwan	Mulheres indígenas idosas	489	Transversal	Entrevistas clínicas	elevados. Baixo suporte social = risco. Ideação 19%. Associação com depressão e baixa escolaridade.
7	Stanley et al., 2019	EUA	Bombeiros indígenas	598	Transversal	Escalas de eventos traumáticos	Eventos dolorosos/traumáticos ↑ risco de ideação/tentativas.
8	Shepherd et al., 2018	Austrália	Homens indígenas em custódia	427	Transversal	Entrevistas clínicas	Tentativas 23%. Abuso e encarceramento prévio = risco.
12	O'Keefe et al., 2014	EUA	Jovens indígenas	286	Transversal	Escalas de pertencimento e carga	Não pertencimento e fardo percebido ↑ risco de ideação.
13	Parker et al., 2020	EUA	Estudantes de faculdades tribais	3239	Transversal	Questionários autoaplicáveis	Ideação 22%. Apoio social e religiosidade = proteção.
14	Walker et al., 2019	Panamá	Indígenas Ngäbe-Buglé	2335	Transversal	Entrevistas domiciliares	Distress 36%, ideação 14%. Apoio familiar = proteção.
17	Bolton et al., 2014	EUA	Indígenas americanos [2 comunidades]	3084	Transversal	Entrevistas estruturadas	Ideação 17–23%, tentativas 10–13%. Depressão e abuso de substâncias = risco.
18	Ullah et al., 2023	Nepal [Himalaia]	Trabalhadores indígenas	1212	Transversal	Questionário socio-psicológico	Tendência crescente de ideação. Estresse ocupacional = risco.

Fonte: elaborado pelos autores com base nos artigos incluídos [3–8, 12, 13, 14, 17, 18].

### 3.2 PREVALÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS SUICIDAS

As prevalências apresentaram ampla variabilidade entre os estudos analisados, refletindo diferenças culturais, históricas e metodológicas.

#### 3.2.1 Ideação suicida

A prevalência de ideação variou de: **4,2% a 48,9%** entre populações indígenas adultas. Estudos em comunidades específicas, como na Guatemala [4] e Panamá [14], demonstraram



prevalências particularmente elevadas. Entre mulheres indígenas idosas em Taiwan, a prevalência também foi alta e fortemente associada a sintomas depressivos [6].

### **3.2.2 Tentativas de suicídio**

A ocorrência de tentativas variou de **1,2% a 27,3%**: Entre bombeiros American Indian/Alaska Native, eventos dolorosos e ocupacionais aumentaram significativamente o risco [7]. Em populações carcerárias indígenas na Austrália, níveis elevados de tentativas foram associados a violência, uso de substâncias e histórico prévio de encarceramento [8].

### **3.2.3 Suicídio consumado**

Poucos estudos incluíram dados sobre suicídio consumado. A literatura sugere subnotificação e baixa disponibilidade de dados epidemiológicos, sobretudo em regiões com pouca cobertura de vigilância em saúde indígena.

## **3.3 FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS**

Os principais fatores de risco associados aos comportamentos suicidas foram agrupados em quatro domínios:

### **3.3.1 Fatores sociodemográficos**

- baixa escolaridade;
- desemprego;
- pobreza estrutural;
- viver em áreas rurais e remotas.

Estudos no Canadá mostraram forte associação entre desigualdade econômica e sofrimento psicológico entre indígenas fora de reservas [3].

### **3.3.2 Fatores psicossociais**

- isolamento social;
- eventos traumáticos;
- violência física e sexual;
- conflitos familiares;
- histórico de encarceramento.

Estudos com bombeiros AI/AN revelaram o papel crítico de eventos dolorosos como gatilhos ocupacionais [7].



### 3.3.3 Fatores clínicos

- depressão;
- transtornos de ansiedade;
- uso de substâncias;
- múltiplas comorbidades.

Entre idosos aborígenes australianos, transtornos mentais foram fortemente correlacionados ao risco suicida [5].

### 3.3.4 Fatores históricos e estruturais

- racismo estrutural;
- perda territorial;
- trauma histórico intergeracional;
- desintegração comunitária;
- erosão cultural.

## 3.4 FATORES DE PROTEÇÃO

Apesar dos múltiplos riscos, diversos fatores de proteção foram identificados, incluindo:

- forte coesão comunitária;
- apoio familiar;
- espiritualidade;
- religiosidade;
- uso de práticas culturais tradicionais;
- serviços de saúde culturalmente adaptados.

No Panamá, redes sociais robustas demonstraram clara função protetiva [14], enquanto entre estudantes indígenas nos Estados Unidos, apoio social e identidade cultural positiva reduziram significativamente a ideação suicida [13].

Tabela 2. Síntese dos fatores de risco e proteção identificados nos estudos

Nº	Estudo (Autor/Ano)	Fatores de Risco Identificados	Fatores de Proteção Identificados
3	Hajizadeh et al., 2019 (Canadá)	Desemprego; baixa renda; desigualdade socioeconômica; condições precárias de vida	Redes comunitárias; coesão social
4	Pezzia & Hernández, 2021 (Guatemala)	Pobreza estrutural; conflitos familiares; exclusão social; estigma	Coesão comunitária; suporte social local
5	Shen et al., 2018 (Austrália)	Depressão; multimorbidade; baixo suporte social; isolamento	Acesso a serviços de saúde; apoio comunitário
6	Chen et al., 2008 (Taiwan)	Depressão; isolamento; baixa escolaridade	Suporte familiar; integração social
7	Stanley et al., 2019 (EUA – bombeiros AI/AN)	Trauma ocupacional; eventos dolorosos; exposição a risco; sofrimento psicológico	Suporte de pares; vínculos comunitários
8	Shepherd et al., 2018 (Austrália – custodiados)	Violência prévia; encarceramento prévio; abuso de substâncias; conflitos interpessoais	—
12	O'Keefe et al., 2014 (EUA – jovens indígenas)	Pertencimento frustrado; percepção de fardo; rupturas familiares; discriminação	Apoio social; fortalecimento identitário
13	Parker et al., 2020 (EUA – estudantes indígenas)	Violência; uso de substâncias; discriminação	Religiosidade; espiritualidade; engajamento cultural
14	Walker et al., 2019 (Panamá)	Pobreza; marginalização; baixa escolaridade; acesso limitado a serviços	Redes familiares fortes; coesão social
17	Bolton et al., 2014 (EUA – comunidades indígenas)	Depressão; abuso de substâncias; pobreza; conflitos interpessoais	Apoio comunitário; suporte social
18	Ullah et al., 2023 (Nepal – Himalaia)	Estresse ocupacional; condições de trabalho adversas; vulnerabilidade socioeconômica	Suporte familiar; integração comunitária

Fonte: elaborado pelos autores a partir da síntese qualitativa [3–8, 12, 13, 14, 17, 18].

### 3.5 QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

A avaliação por meio da Escala Newcastle-Ottawa revelou que:

- a maioria dos estudos obteve pontuação entre **5 e 7**, indicando **qualidade metodológica moderada**;
- as principais limitações incluíram:
  - amostras não probabilísticas,
  - ausência de análises longitudinais,
  - controle insuficiente de confundidores,
  - uso de desfechos autorreferidos.

A pontuação individual de cada estudo está apresentada na **Tabela 3**.

Tabela 3. Avaliação do risco de viés segundo a Escala Newcastle-Ottawa [NOS]

Nº	Autor/Ano	Seleção [0–4] [0–2]	Comparabilidade [0–2]	Desfecho [0–3]	Total [0–9]	Qualidade
1	Bolton et al., 2014	3	1	2	6	Moderada
2	Chen et al., 2008	3	1	3	7	Boa
3	Hajizadeh et al., 2019	4	2	3	9	Boa
4	O’Keefe et al., 2014	2	1	2	5	Moderada
5	Parker et al., 2020	3	2	2	7	Boa
6	Pezzia & Hernández, 2021	2	1	2	5	Moderada
7	Shen et al., 2018	3	1	2	6	Moderada
8	Shepherd et al., 2018	3	1	2	6	Moderada
9	Stanley et al., 2019	3	1	2	6	Moderada
10	Ullah et al., 2023	3	2	2	7	Boa
11	Walker et al., 2019	3	1	2	6	Moderada

Fonte: elaborado pelos autores com base nos artigos incluídos [3 - 8, 12, 13, 14, 17, 18].

## 4 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sistemática evidenciam que os comportamentos suicidas entre povos indígenas adultos apresentam prevalências substancialmente superiores às estimadas para a população geral. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o suicídio representa cerca de 700 mil mortes anuais em todo o mundo, com prevalência vitalícia aproximada de 9% para ideação suicida em populações gerais [1]. Nos estudos incluídos, entretanto, observou-se que a ideação alcançou proporções muito superiores, variando de 4,2% a 48,9% entre diferentes contextos socioculturais [3–8, 12, 13, 14, 17, 18]. Essa discrepância manifesta não apenas vulnerabilidades individuais, mas essencialmente **determinantes estruturais e históricos** que moldam a saúde mental desses povos.

### 4.1 DESIGUALDADES ESTRUTURAIS COMO DETERMINANTES CENTRAIS DO RISCO SUICIDA

As prevalências elevadas observadas refletem desigualdades socioeconômicas de longa data, muitas vezes enraizadas em processos de colonização, marginalização geográfica e privação territorial. No Canadá, por exemplo, desigualdades econômicas entre indígenas vivendo fora de reservas mostraram forte associação com sofrimento psicológico e comportamentos suicidas [3]. Resultados semelhantes foram encontrados no Panamá [14], onde contextos de pobreza, infraestruturas precárias e restrições de acesso a serviços de saúde intensificaram a ideação suicida.

Esses achados dialogam com análises globais que destacam a interconexão entre saúde indígena e determinantes sociais, como renda, escolaridade, saneamento, emprego e acesso a serviços



[16]. Assim, o suicídio em populações indígenas não pode ser interpretado apenas como expressão de sofrimento individual, mas como indicador epidemiológico de desigualdades persistentes.

#### 4.2 O PAPEL DAS DIMENSÕES HISTÓRICAS E CULTURAIS

A literatura tem enfatizado que a vulnerabilidade contemporânea ao suicídio entre povos indígenas deve ser compreendida dentro de uma estrutura de **trauma histórico** [10,18]. Processos como:

- remoção forçada de territórios,
- proibição de línguas nativas,
- destruição sistemática de práticas espirituais,
- perda de autonomia política,
- políticas assimilaçãoistas em escolas residenciais, reforçaram ciclos de sofrimento intergeracional que permanecem evidentes nas pesquisas atuais com adultos indígenas.

Alguns dos estudos incluídos, embora não se concentrem diretamente nesses processos, revelam suas consequências indiretas — isolamento social, rupturas familiares, perda de vínculos comunitários e dificuldade de acesso a serviços culturalmente seguros [4,5,7,13]. Esses efeitos coletivos ampliam a vulnerabilidade, fortalecendo o argumento de que a análise do suicídio entre povos indígenas exige uma perspectiva histórica e sociopolítica mais ampla.

#### 4.3 INTERAÇÃO ENTRE FATORES PSICOLÓGICOS E CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS

Os estudos demonstraram que transtornos depressivos, ansiedade, multimorbidade e sofrimento psicológico geral são correlatos importantes dos comportamentos suicidas [5,6,7]. Entretanto, diferente de populações não indígenas, onde fatores clínicos frequentemente assumem papel preditivo central, nas populações indígenas esses fatores aparecem imbricados em dinâmicas socioculturais que amplificam seu impacto.

A Teoria Interpessoal do Suicídio, de Joiner [11], mostrou alta aplicabilidade entre jovens indígenas nos Estados Unidos [12], evidenciando que:

- pertencimento frustrado
- percepção de ser um fardo são mecanismos relevantes para a compreensão da ideação suicida nesses contextos. Esses sentimentos são frequentemente intensificados por discriminação estrutural, estigmatização, racismo e exclusão sociopolítica.

Além disso, alguns grupos específicos — como bombeiros indígenas [7] e homens indígenas encarcerados [8] — apresentaram vulnerabilidades adicionais relacionadas à exposição crônica a eventos traumáticos, violência ou encarceramento, elementos que ampliam a “capacidade adquirida” para o suicídio, conforme modelos psicológicos contemporâneos [9,11].



#### 4.4 FATORES DE PROTEÇÃO: CULTURA, COMUNIDADE E ESPIRITUALIDADE

Contrapondo-se aos fatores de risco, a revisão também identificou elementos de proteção robustos, muitos deles estruturados em torno da **continuidade cultural**. Entre esses fatores destacam-se:

- coesão comunitária e pertencimento cultural [4,9,13];
- espiritualidade e religiosidade [9];
- apoio familiar e redes sociais fortes [6,14];
- práticas culturais tradicionais, como rituais, línguas e sistemas de cura próprios;
- serviços de saúde culturalmente sensíveis [5].

Esses achados reforçam perspectivas antropológicas que entendem a cultura não como complemento, mas como elemento central da saúde mental indígena [18]. Comunidades com suporte cultural sólido tendem a apresentar menores índices de ideação e tentativas, mesmo quando expostas a condições adversas.

Assim, intervenções preventivas precisam integrar práticas culturais, espiritualidade e estratégias comunitárias — não apenas abordagens biomédicas padronizadas.

#### 4.5 HETEROGENEIDADE METODOLÓGICA E LIMITAÇÕES DA LITERATURA

A qualidade metodológica dos estudos variou de moderada a boa, mas várias limitações foram observadas:

- predominância de estudos transversais (não permitem inferência causal);
- uso de amostras não probabilísticas;
- variabilidade entre instrumentos utilizados;
- dependência de autorrelato;
- ausência de dados sobre suicídio consumado em muitos contextos;
- escassez de estudos em algumas regiões, especialmente na América Latina.

Consequentemente, embora os achados sejam consistentes, a generalização deve ser feita com cautela. Há necessidade urgente de estudos longitudinais, com desenhos culturalmente adaptados e conduzidos em parceria com lideranças indígenas, respeitando princípios de soberania dos dados.

#### 4.6 IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE

Os resultados indicam que a prevenção do suicídio entre povos indígenas deve acontecer em múltiplas camadas:



#### 4.6.1 Políticas estruturais

- redução de desigualdades sociais;
- garantia de direitos territoriais;
- combate ao racismo institucional;
- expansão de condições dignas de moradia, renda e educação.

#### 4.6.2 Fortalecimento da saúde mental

- serviços que respeitem práticas, cosmovisões e epistemologias indígenas;
- equipes treinadas em segurança cultural;
- ampliação de equipes multidisciplinares em regiões remotas.

#### 4.6.3 Estratégias comunitárias

- fortalecimento de atividades culturais e espirituais;
- promoção da identidade e continuidade histórica;
- programas que incentivem redes de apoio locais.

#### 4.6.4 Intervenções específicas

- programas para ambientes de maior risco (prisões, serviços de emergência, forças de trabalho específicas);
- abordagens psicossociais integradas a saberes tradicionais.

### 4.7 SÍNTESE CRÍTICA

Esta revisão revela que os comportamentos suicidas entre povos indígenas são fenômenos complexos e **essencialmente intersetoriais**, enraizados tanto no sofrimento psicológico individual quanto nas desigualdades históricas, socioeconômicas e culturais.

Portanto, as intervenções mais eficazes serão aquelas:

- construídas com participação ativa das comunidades;
- fundamentadas em valores culturais indígenas;
- integradas a políticas estruturais de equidade;
- capazes de abordar a historicidade da violência colonial; apoiadas por sistemas de saúde culturalmente seguros.

Esses elementos são essenciais para o desenvolvimento de políticas e programas de prevenção que sejam sustentáveis, sensíveis e efetivamente transformadores.



## 5 CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática evidenciou que os povos indígenas adultos apresentam prevalências de ideação e tentativas suicidas substancialmente superiores às estimativas observadas nas populações gerais em escala global [1]. A síntese dos 11 estudos incluídos demonstrou que os comportamentos suicidas nessas populações resultam de uma combinação complexa de determinantes estruturais, socioculturais, históricos, institucionais e psicológicos. Em outras palavras, o suicídio entre povos indígenas não pode ser compreendido a partir de uma perspectiva exclusivamente individual, biomédica ou clínica: ele é a expressão de vulnerabilidades acumuladas ao longo de gerações, intensificadas por desigualdades persistentes e por processos históricos de violência colonial [10,16,18].

Entre os fatores de risco mais consistentes identificados estão pobreza, exclusão social, baixa escolaridade, desemprego, sofrimento psicológico intenso, depressão, violência, encarceramento, conflitos familiares e exposição repetida a eventos traumáticos [3–8, 12, 13, 14, 17, 18]. Esses elementos expressam tanto condições materiais adversas quanto os efeitos intergeracionais de perda territorial, racismo institucional, rupturas identitárias e fragilização de redes comunitárias. Como afirmado em modelos contemporâneos de suicídio [9, 11], esses determinantes se entrelaçam, reforçando o risco cumulativo.

Ao mesmo tempo, esta revisão demonstrou a presença de fatores protetores relevantes, especialmente aqueles enraizados na cultura e na coletividade: fortalecimento da identidade indígena, participação em práticas espirituais e tradicionais, vínculos familiares e comunitários sólidos, redes de apoio local e serviços de saúde culturalmente sensíveis [4–7,9,11,13]. Esses achados reforçam perspectivas antropológicas que destacam a cultura como componente central da saúde mental indígena e não como elemento periférico [18].

As limitações metodológicas observadas — predominância de delineamentos transversais, dependência de autorrelato, heterogeneidade de instrumentos e escassez de estudos longitudinais — indicam a necessidade de pesquisas mais robustas, culturalmente adaptadas e conduzidas de forma colaborativa com as comunidades, respeitando princípios de soberania de dados indígenas. Além disso, destaca-se uma lacuna importante na literatura da América Latina, onde a produção científica permanece fragmentada e restrita a poucos países.

Diante desses achados, conclui-se que a prevenção do suicídio entre povos indígenas exige políticas públicas **multiescalares**, capazes de integrar:

1. **redução das desigualdades socioeconômicas;**
2. **valorização das identidades, línguas e práticas culturais;**
3. **expansão e qualificação dos serviços de saúde mental culturalmente sensíveis;**
4. **participação comunitária e protagonismo indígena** em todas as fases da formulação de



políticas;

5. **intervenções específicas para grupos em maior vulnerabilidade**, como populações encarceradas, trabalhadores expostos a riscos ocupacionais e idosos.

Portanto, o enfrentamento dos comportamentos suicidas em povos indígenas requer abordagens interdisciplinares, interculturais e baseadas em equidade. Políticas e programas sensíveis à história, à cultura, à autodeterminação indígena e a justiça social, constituem o caminho mais eficaz e eticamente adequado para promover saúde mental, reduzir desigualdades e prevenir o suicídio nessas populações.



## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021.
2. Durkheim É. O suicídio: estudo de sociologia. Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
3. Hajizadeh M, Bombay A, Asada Y. Socioeconomic inequalities in psychological distress and suicidal behaviours among Indigenous peoples living off-reserve in Canada. *CMAJ*. 2019;191(12):E325–36. doi:10.1503/cmaj.181374.
4. Pezzia C, Hernandez J. Suicidal ideation in an ethnically mixed, highland Guatemalan community. *Transcult Psychiatry*. 2021;58(5):687–702. doi:10.1177/1363461520976930.
5. Shen G, Al-Asadi AM, Johnson C, Macdonald E, Dudgeon P. Depression, suicidal behaviour, and mental disorders in older Aboriginal Australians. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3):447. doi:10.3390/ijerph15030447.
6. Chen Y-Y, Chen M-C, Hsiao RC, Lin E, Huang J-H. Suicidal thoughts among elderly Taiwanese aboriginal women. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(11):1151–6. doi:10.1002/gps.2024.
7. Stanley IH, Boffa JW, Rogers ML, Hom MA, Albanese BJ, Chu C, et al. Suicidal behaviors among American Indian/Alaska Native firefighters: evidence for the role of painful and provocative events. *Transcult Psychiatry*. 2019;56(5):842–57. doi:10.1177/1363461519847812.
8. Shepherd SM, Delgado RH, Sherwood J, Paradies Y. Identifying the prevalence and predictors of suicidal behaviours for Indigenous males in custody. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1072. doi:10.1186/s12889-018-6074-5.
9. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227–39. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
10. Kirmayer LJ, Gone JP, Moses J. Rethinking historical trauma. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(3):299–319. doi:10.1177/1363461514536358.
11. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
12. O’Keefe VM, Wingate LR, Tucker RP, Rhoades-Kerswill S, Slish ML, Davidson CL. Interpersonal suicide risk for American Indians: investigating thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2014;20(1):61–7. doi:10.1037/a0033540.
13. Parker M, Pearson C, Donald C, Fisher CB. Risk and protective factors associated with moderate and acute suicidal ideation among a national sample of tribal college and university students, 2015–2016. *J Rural Health*. 2020;36(4):550–60. doi:10.1111/jrh.12510.
14. Walker RJ, Cifuentes M, Olortegui MP, Rodriguez C, Correa R. Prevalence of psychological distress, depression and suicidal ideation in an indigenous population in Panamá. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(5):599–609. doi:10.1007/s00127-019-01719-5.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.



16. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet*. 2009;374(9683):76–85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60827-8.
17. Bolton JM, Elias B, Enns MW, Sareen J, Beals J, Novins DK, et al. A comparison of the prevalence and risk factors of suicidal ideation and suicide attempts in two American Indian and a general population sample. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(1):3–22. doi:10.1177/1363461513502574.
18. Ullah I, Khan M, Ali S, Ali A, Zhu Q, Rauf A, et al. Socio-psychological factors of rising trend of suicidal ideation among Indigenous workforce: evidence from Himalayan range. *Int J Ment Health Promot*. 2023;25(3):373–88. doi:10.32604/ijmhp.2023.030577.