

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TANIA ELENA BONFIM

Saúde Mental e Sofrimento Psíquico de Indígenas Guarani-Mbyá de  
São Paulo: um relato de experiência

São Paulo  
2010

TANIA ELENA BONFIM

SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE INDÍGENAS GUARANI-MBYÁ DE SÃO  
PAULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade  
de São Paulo – IPUSP, como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Salomão de La Plata  
Cury Tardivo

SÃO PAULO  
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Bonfim, Tania Elena.

Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência / Tania Elena Bonfim; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2010.  
192 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Aconselhamento psicoterapêutico 2. Índios Guarani 3. Saúde mental 4. Grupos operativos 5. Identidade 6. Setting (psicanálise) 7. Psicologia comunitária I. Título.

BF637.C6

Nome: BONFIM, Tania Elena

Título: Saúde Mental e Sofrimento Psíquico de Indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de  
Doutor em Psicologia

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Instituição - Universidade São Paulo –USP  
(orientadora)

Ass \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Kayoko Yamamoto  
Universidade de São Paulo – USP

Ass \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Tânia Maria José Aiello Vaisberg  
Universidade de São Paulo – USP

Ass \_\_\_\_\_

Membro Titular (externo):

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Geralda Viana Heleno  
Universidade Metodista de São Paulo

Ass \_\_\_\_\_

Membro Titular (externo):

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Sonia Grubtis  
Universidade Católica Dom Bosco/MS

Ass \_\_\_\_\_

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico esse trabalho aos indígenas Guarani-Mbyá das aldeias Krucutu e Tenonde Porã que me receberam para dentro de suas vidas e seu cotidiano, sempre prontos para ouvir e colaborar. Com eles aprendi o verdadeiro sentido dos termos - confiança e respeito.*

## *AGRADECIMENTOS*

A realização desse trabalho, que entre estudos, autorizações e interrupções, demandou alguns anos e só se concretizou com a colaboração de muitas pessoas, algumas das quais só vim a conhecer no decorrer do processo.

Quero inicialmente manifestar minha imensa gratidão aos indígenas Guarani-Mbyá das duas comunidades - *Krucutu* e *Tenondê Porã*, pois sem sua recepção e permissão, jamais poderia ter realizado esse estudo.

Expresso meus agradecimentos aos caciques Marcos Tupã e Timóteo Verá que sempre participaram de várias atividades com interesse e atenção para com seu povo e para com o trabalho que lá desenvolvi.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Leila S. L.P Cury Tardivo, que ao aceitar-me como orientanda, confiou-me ao estudo dessa temática, incentivando-me com sua peculiar alegria e otimismo nos momentos mais difíceis que enfrentei e que, com competência, assegurou os sérios momentos de entraves.

Também agradeço à Gleise Sales Arias, minha colega de trabalho junto aos indígenas e com quem partilhei tantos momentos de satisfação e com quem dividi as insatisfações no dia-a-dia de nosso trabalho.

Ao Fundo Cultura e Extensão da USP expresso meus agradecimentos, pelo incentivo e confiança nesse trabalho, subsidiando transporte, materiais de trabalho das oficinas e bolsa para os graduandos, durante os dois primeiros anos dessas intervenções.

Expresso meus agradecimentos especiais aos graduandos da Universidade de São Paulo – USP, que integraram a equipe nas oficinas com adolescentes e jovens, e que ajudaram sobremaneira para essas oficinas fossem levadas a cabo: Alice Turqueto Soares, Matias, Carlos Hideaki Fujinaga, Erica Zerwes, Marcos Lanner Moura, Paulo Munari.

Agradeço às professoras Dr<sup>a</sup>. Maria Geralda Viana Heleno e Dr<sup>a</sup>. Kayoko Yamamoto, que na oportunidade do exame de qualificação redirecionaram meu trabalho e deram luz ao relato de experiência.

Quero agradecer à equipe de enfermagem das aldeias Guarani, em especial à enfermeira Lucimar, que por sua dedicação e amor por esse povo, pôde me apoiar em vários momentos e prestar auxílio em pequenos detalhes que se tornaram grandes soluções durante as várias dificuldades no processo interventivo.

Agradeço à Psicóloga Juliana dos Santos Rodrigues, que também esteve comigo nos encontros finais das oficinas lúdicas com crianças, sempre disposta a participar e aprender.

Agradeço às minhas coordenadoras do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo, Dra. Hilda R. C. Avoglia e Profa. Elaine Lima de Oliveira, que puderam dar maleabilidade em meu trabalho na universidade para eu pudesse levar a cabo meu trabalho nas aldeias.

Agradeço à amiga Dr<sup>a</sup>. Claudia Aranha Gil, que iniciou o trabalho nas aldeias junto com nossa orientadora e que participou das oficinas iniciais com supervisão e discussão dos encontros grupais; além do constante apoio para comigo durante todo curso de doutorado.

Agradeço à Universidade Metodista de São Paulo, instituição que trabalho, pela confiança em mim depositada. Estendo esses agradecimentos aos colegas professores com quem partilhei discussões sobre o trabalho e de quem recebi apoio nesse difícil período: Profa. Dra. Fraulin Vidgal de Paula; Profa. Mirian Angulo. Em especial também quero prestar meus agradecimentos às colegas Sonia Marques e Mariantonia Chippari. Também à secretária Andrea Pasqualetti.

Aos meus alunos e supervisionandos do curso de psicologia da Universidade Metodista de São Paulo, que confiaram sentido ao meu empreendimento chamado doutoramento, expresso meus agradecimentos.

Faltam-me palavras para expressar minha gratidão à amiga Marília M. Vizzotto que também esteve comigo nas aldeias e nessa empreitada, além disso, tem me apoiado no difícil período de convalescença que venho enfrentando e me auxiliou na montagem e digitação final desse trabalho.

Aos meus fisioterapeutas, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Alouche; Fisioterapeuta Fernanda Leitão; Fisioterapeuta Nelson Henrique Jr., que não só me puseram para andar novamente, mas também me puseram a andar com esse trabalho.

Quero também agradecer a todos os colegas do Grupo de Trabalho – GT/ CRP 06 - Psicologia e Povos Indígenas, em especial aos colegas Psicólogos Elizabeth Passero Pastore, Luiz Eduardo Berni, Lumena Celi Teixeira, Marília Vizzotto, pela iniciativa de organização de um grupo dessa natureza e pelas calorosas discussões.



BONFIM, T. E. (2010) **Saúde Mental e Sofrimento Psíquico de Indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência**. Tese [doutorado] Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pós Graduação em Psicologia Clínica, 192 fls.

## RESUMO

O presente estudo relata uma experiência psicológica em uma comunidade indígena Guarani-Mbyá. Especificamente propõe-se a descrever uma experiência de atenção psicológica na aldeia indígena Krucutu e descrever formas de intervenção psicológica utilizadas, suas vicissitudes e a importância do *setting* e do campo das relações emocionais estabelecidas nessa experiência psicoterapêutica. Este trabalho se deu em aldeia Guarani de Parelheiros, na região metropolitana da cidade de São Paulo num período de quatro anos, entre 2004 até início de 2009. São descritas duas intervenções grupais, denominadas oficinas, sendo uma delas realizada com adolescentes e jovens e outra com crianças; são também descritos dois casos de atenção psicoterapêutica individual: o acompanhamento de um jovem psicótico e o de uma mulher com distúrbio de comportamento. Os resultados dessa experiência revelaram, entre outros fatores, a presença de "ambigüidade", entendida como uma dificuldade na constituição da identidade pessoal. Essa ambigüidade, causadora de sofrimento psíquico foi revelada no conteúdo verbal, não verbal e nas produções gráficas. Denotou intensa angústia, gerada pelo conflito entre o desejo, quase nunca consciente, de ter aquilo que é atrativo do mundo moderno capitalista e o sentimento de lealdade às origens, à preservação de hábitos, costumes, valores, ou seja, uma devoção à vida Guarani. Quanto ao manejo técnico-clínico, houve dificuldades na manutenção do *setting*, porém a partir da compreensão do campo das relações emocionais foi possível a elucidação de conflitos. A própria compreensão dos entraves, de vicissitudes relacionadas com os aspectos culturais e das relações emocionais (advindos do mundo externo ou interno) foi fundamental na manutenção e desenvolvimento dos grupos e dos atendimentos individuais. Foi possível observar que a utilização das técnicas e do arcabouço teórico psicanalítico puderam ser eficazes e contribuíram para compreensão e intervenção na saúde e sofrimento psíquico dessas pessoas de etnia Guarani-Mbyá, respeitando-se sua cultura e seus valores.

**Palavras-Chave:** Índios Guarani; Aconselhamento psicoterapêutico; Grupos operativos; Identidade; Setting (psicanálise); Saúde mental Indígena

BONFIM, T. E. (2010) **Psychological Stress and Mental Health of Indigenous Guarani-Mbyá São Paulo: an experience report.** Thesis [Ph.D.] Institute of Psychology, University of São Paulo, Graduate Clinical Psychology, 192 fls.

#### ABSTRACT

This is a report of a psychological experience in a Guarani-Mbyá indigenous community. It specifically reports a psychological intervention in the community and describes the psychological tactics that were used and the importance of the establishment of the setting and the *emotional relational field in this psychotherapeutic experience. It was a four years experience, till 2009, held in a Guarani* community located at Parelheiros, in the São Paulo metropolitan region. Here, it is reported two *group intervention, called oficina, one of them with children, and the other with adolescents and young adults; it too describes two individual interventions: one for a psychotic young male and the other for a woman with behavior disorder. The common aspect in these four interventions is the presence of the so-called ambiguity. The ambiguity among them, and the related psychological stress, is shown as difficulties in the construction of one's self identity* that appeared in verbal and non verbal expressions and graphic materials. They are torn between the *rarely conscious* desire of maintaining their cultural expression (language, customs, kinship concepts, religious notions) and the patterns of a non- indigenous society. This ambiguity appears in the *emotional relational field of the psychotherapeutic* context. There are ups and downs in the process and the comprehension of them is fundamental to maintain and improve the individual and group interventions. The psychoanalytical approach used in this experience was useful for the comprehension and treatment of the Psychological Stress and Mental Health of Indigenous Guarani-Mbyá.

**Key words:** Mental Health; Indigenous Psychology; Indigenous Mental Suffering;

BONFIM, T. E. (2010) **Le stress psychologique et de santé mentale des indiens Guarani-Mbyá São Paulo: un rapport d'expérience.** Thèse [Ph.D.] Psychologie clinique supérieures. Institut de Psychologie-Université, São Paulo, 192 fls.

## RÉSUMÉ

Cette étude concerne à une expérience psychologique dans une communauté indigène qui s'appelle *Guarani-Mbyá*. Précisément, l'étude se propose à décrire une expérience d'attention psychologique dans le village indigène *Krucutu* et aussi à décrire des formes d'interventions psychologiques utilisées, ses diversités et l'importance du «setting» et du domaine des relations émotionnelles établies dans cette expérience psychothérapeutique.

L'étude a été réalisée dans le village *Guarani de Parelheiros*, situé dans la région métropolitaine de la ville de São Paulo, pendant quatre ans, dès 2004 jusqu'au début de 2009. Ils sont décrits deux interventions des groupes, appelés ateliers, un d'eux réalisé avec des adolescents et des jeunes et l'autre réalisé avec des enfants; sont également décrits deux cas d'expérience thérapeutique individuel : l'accompagnement d'un jeune homme psychotique et d'une femme avec des troubles des comportements.

Les résultats de cette étude ont révélé, parmi d'autres facteurs, la présence de l'ambiguïté comprise, probablement, comme une difficulté de la formation de l'identité personnelle. Cette ambiguïté, l'origine de souffrance psychique, a été révélée dans le contenu verbal, non verbal et dans les productions graphiques. Il a été constaté une intense anxiété créée par un conflit parmi le désir, presque jamais conscient, d'avoir les attractifs du monde capitaliste moderne et les sentiments de loyauté aux origines, à la préservation des us et coutumes, aux valeurs, ou soit, un dévouement à la vie *Guarani*. En ce qui concerne à la gestion technique et clinique, il y a eu des difficultés avec l'entretien du «setting», mais a été possible élucider les conflits à partir de la compréhension du domaine des relations émotionnelles

La compréhension des obstacles, des diversités rapportées aux aspects culturelles et des relations émotionnelles (survenant du monde extérieur ou intérieur), a été fondamentale à l'entretien et développement des groupes et des expériences thérapeutiques individuels. Il a été possible d'observer que l'utilisation des techniques et du cadre théorique psychanalytique ont pu être efficaces et ont contribué pour la compréhension et l'intervention sur la santé et la souffrance psychique de ces personnes d'origine ethnique *Guarani-Mbyá*, en respectant sa culture et ses valeurs.

**Mots-clés:** le conseil psychothérapeutique; les Indigènes *Guarani*, la santé mentale; les groupes opérationnels; l'identité; le cadre théorique psychanalytique, la psychologie communautaire.

## Lista de Figuras

Fig. 1 Foto ilustração, manejo do material fotos e vídeo na oficina 1.....	76
Fig. 2 Foto ilustração, manejo do material fotos e vídeo na oficina 2 .....	76
Fig. 3 – Fotos Oficinas (1) .....	76
Fig. 4 - vista da aldeia, representação de telhados de sapê (1) .....	83
Fig. 5 - vista da aldeia, representação de telhados de sapê (2) .....	83
Fig. 6 - vista da aldeia, representação de telhados de sapê (3) .....	83
Fig. 7 – vista da aldeia, representação de telhados de sapê (4) .....	83
Fig. 8 – vista da aldeia, representação de telhados de sapê (5) .....	83
Fig. 9 – vista da aldeia, representação de telhados de sapê (6) .....	83
Fig. 10 – Casa de Reza .....	88
Fig. 11 – crianças no preparo para as filmagens (1) .....	88
Fig. 12 – crianças no preparo para as filmagens (2) .....	88
Fig. 13 - Cena cântico .....	93
Fig. 14 – Adolescentes participantes do Grupo .....	93
Fig. 15- no preparo do barco .....	95
Fig. 16 - adolescente participante .....	95
Fig. 17- Paisagens/ barco .....	95
Fig. 18 – Foto exercício “Paisagens da aldeia 1” ( Foto - exercícios da oficina) ....	96
Fig. 19 – Foto exercício “Paisagens da aldeia 2” ( Foto - exercícios da oficina) ....	96
Fig 20 - Flor com mensagem (1) .....	101
Fig 21 - Flor com mensagem (2) .....	102
Fig 22 - Flor .....	103
Fig.23 – Flores .....	104
Fig.24 – Representação do Centro Educação e Cultura Indígena .....	104
Fig.25 – tentativa de representação da bandeira do Brasil .....	105
Fig 26 – representação do ônibus escolar .....	105
Fig 27 - Paisagem da aldeia (1) .....	106
Fig 28 - Paisagem da aldeia (2) .....	107
Fig 29 – Paisagem da aldeia (2) .....	107
Fig 30– Paisagem e cotidiano da Aldeia. ....	108
Fig 31– Paisagem da aldeia (3) .....	108
Fig 32 – paisagem aldeia .....	112
Fig 33 – máquinas “star wars” .....	112
Fig 34- uma casa da aldeia .....	113
Fig. 35 - Casas e arvores da aldeia .....	113
Fig.36 – Um Menino, um Mangá. ....	114
Fig 37– Dois monstros brigando .....	115
Fig.38 - Casas na Aldeia com TV .....	115
Fig. 39 – “Encontro na Aldeia .....	118
Fig. 40 - Prédios de São Paulo .....	119
Fig. 41 - Convite para festa .....	119
Fig. 42 - Convites para a festa. ....	120
Fig.43 - Convites para a festa. ....	120

## *SUMÁRIO*

APRESENTAÇÃO .....	15
Objetivos .....	20
 <b>Capítulo I - Apontamentos sobre os indígenas Guarani-Mbyá .....</b>	<b>22</b>
Organização Social e Familiar .....	26
As Aldeias Guarani Mbyá da Capital Paulista .....	28
 <b>Capítulo II - Saúde e Sofrimento Mental Indígena .....</b>	<b>32</b>
A colaboração dos saberes para compreensão da saúde e sofrimento mental de indígenas Guarani-Mbyá .....	35
O Binômio Saúde/ Doença Indígenas .....	38
Contribuições da psicologia para a saúde/ sofrimento psíquico indígena no Brasil .....	40
O Suicídio entre indígenas .....	41
Alcoolismo: um grave problema .....	44
Aspectos Psicodinâmicos da Saúde/Sofrimento Psíquico Indígena .....	45
Binômio Saúde/ Doença Mental: o vértice psicanalítico .....	47
A Noção do funcionamento do campo das relações emocionais para compreensão do fenômeno psíquico .....	51
 <b>Capítulo III - Método - Relato de Experiência como Trabalho Científico...</b>	<b>54</b>
Participantes e o instrumental .....	56
Ambiente e Procedimentos .....	60
Aspectos éticos .....	62
 <b>Capítulo IV - A Experiência: o encontro com os Guarani Mbyá .....</b>	<b>67</b>
Os primeiros contatos e a demanda dos Guarani .....	68
Recortes das oficinas com adolescentes e jovens .....	73
O enquadre e o campo emocional .....	77
Ambigüidade .....	78
 Recortes da oficina lúdica com crianças .....	100
Os primeiros contatos com as crianças Guarani-Mbyá .....	102
Recortes dos encontros grupais .....	102
A aceitação .....	103
Desejo de nos agradar .....	105
Produções do cotidiano da aldeia .....	109

Ambigüidade e os conflitos .....	114
Oportunidades de Elaboraões .....	120
Os atendimentos individuais .....	125
Caso 1: Sr. X. “o ninja” .....	125
Escuta e compreensão psicológica: primeiros contatos com Sr. X. ....	127
Estabelecimento do campo psicológico .....	131
Entraves e vicissitudes no campo .....	139
Importância das crenças e da religiosidade associados à saúde e doença .....	142
Uma breve leitura psicológica do caso do Sr. X .....	145
Caso 2: Moema “a culpa persecutória” .....	148
Escuta e compreensão psicológica: primeiros contatos com Moema .....	148
Entraves do enquadre .....	155
A internação e as tentativas de manipulação .....	157
Uma breve leitura psicológica do caso Moema .....	163
<b>Considerações Finais</b> : saúde mental e sofrimento psíquico de de indígenas Guarani-Mbyá .....	166
<b>Referências</b> .....	174
<b>ANEXOS</b> .....	183
ANEXO 1 - Termo de Autorização para Realização de Pesquisa .....	184
ANEXO 2 - TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	185
ANEXO 3 - Aprovação - Área Técnica da Saúde de População Indígena da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo/ CONEP .....	186
ANEXO 4 - RESOLUÇÃO CFP Nº 016/2000 - Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. ....	187
ANEXO 5 - Conselho Nacional de Saúde - RESOLUÇÃO Nº 304, DE 09 DE AGOSTO DE 2000 .....	191

## *APRESENTAÇÃO*

O presente estudo relata uma experiência de atenção psicológica em comunidade indígena Guarani Mbyá e busca descrever três fases distintas de intervenções que giraram em torno de um mesmo eixo; um eixo dicotômico, ou seja, a saúde /sofrimento mental.

Com relação à relevância de se estudar esse complexo tema - Saúde/Sufrimento mental Indígena - é possível dizer que este é de extrema visibilidade, tanto de um ponto de vista acadêmico-científico quanto de um ponto de vista da aplicação clínica social. As questões indígenas têm sido hoje debatidas com mais intensidade por órgãos públicos nacionais e internacionais, organizações não governamentais e pela sociedade em geral, do que eram nos anos noventa. A saúde indígena vem percorrendo um período singular no Brasil, uma vez que vêm tendo profundas modificações, principalmente no que se refere às reestruturações no sistema de saúde. No que diz respeito à saúde mental, essa também tem sido vista com mais preocupação, tanto na esfera pública quanto no âmbito científico, principalmente pela visibilidade das ocorrências de suicídio e uso abusivo de álcool.

Acresce-se a essas ocorrências, a velocidade e a facilidade e com que a interação entre diferentes etnias e culturas tem se dado no mundo moderno contemporâneo, principalmente pelo acesso aos veículos de comunicação; fato que tem trazido conseqüências de complexa compreensão. Toda complexidade que envolve as questões indígenas suscitou a criação de novas políticas públicas, inclusive para a atenção em saúde mental, e que pode ser observada na Portaria do Ministério da Saúde – MS/GM nº. 2759/2007 , que “Estabelece diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas e cria o comitê gestor” (MINISTÉRIO SAÚDE, 2007). O referido documento veio contribuir de modo significativo para a pesquisa

científica ao solicitar a abordagem compreensiva, bem como formalizou ao longo dos seus artigos o convite para o meio acadêmico na participação do processo de investigação/intervenção da saúde mental das populações indígenas.

No artigo primeiro incisos I e II, se mostra enfática a necessidade de considerar o respeito às comunidades indígenas quanto: a) à especificidade cultural; b) ao conhecimento tradicionalmente produzido; e b) à capacidade de auto-determinação dessas comunidades.

Ainda no artigo primeiro, mas no inciso III solicita-se o envolvimento da comunidade científica que sistematicamente tem estudado o impacto do contato dessas comunidades com as sociedades envolvidas; sendo que no inciso VI, sugere-se a modalidade de pesquisa-ação participativa como forma de investigação, pois esta toma em consideração os conhecimentos já produzidos pelas próprias comunidades, e no inciso VII preconiza-se a necessidade de avaliação continuada das intervenções subsequentes, tanto na modalidade qualitativa quanto quantitativa (epidemiológica).

Nos demais incisos (IV, V e VIII) deste mesmo artigo sugere-se a inserção da atenção à saúde mental indígena nos vários segmentos institucionais (união, estado e municípios) aproveitando os programas já existentes, também para a capacitação de recursos humanos necessários ao empreendimento proposto.

O presente documento sela o convite de participação de vários segmentos da sociedade na construção de projetos de pesquisa e intervenção em saúde mental pautados pela interdisciplinaridade, enfatizando a necessidade do envolvimento das comunidades indígenas ao longo das diferentes etapas do processo de produção de conhecimento.

Assim, ante a uma preocupação tão recente, também a produção científica tem sido tímida no âmbito psicológico e psiquiátrico no Brasil. São encontrados alguns poucos trabalhos que versam sobre o suicídio em populações indígenas como, Morgado (1991), Cassorla e Smeke (1994), Levcovitz (1998), Dal Poz (2000), Erthal (2001), Oliveira e Lotufo Neto (2003),



Moure (2005) e sobre a depressão e suicídio associados ao desenvolvimento adolescente (TARDIVO, 2004; 2007). Já em relação ao uso abusivo de álcool destacam-se os estudos de Souza (2005); Souza e Garnelo (2006; 2007) e Guimarães e Grubtis (2007). Com relação à descrição de conteúdos psíquicos, realizados por estudos de modelos compreensivos e relatos de casos clínicos, são encontrados os trabalhos de Souza (2002), Grubtis (2003), além de Tardivo (2004) e de Arias (2008). Desde um ponto de vista da epidemiologia em saúde mental em populações indígenas, também é escassa a literatura. A esse respeito, só é possível destacar trabalhos latino-americanos como o de Míguez; Pecci e Carrizosa (1992) sobre a prevalência de abuso de substâncias psicoativas e tabagismo em população de 12 a 45 anos, mestiços, da República do Paraguai, identificando depressão entre jovens de 12 a 24 anos, consumo de inalantes e maconha. Também o trabalho de Maldonado (2000) que detectou alto consumo de bebidas alcoólicas entre povos indígenas do Equador.

Em nosso país, as veiculadas ocorrências de alcoolismo e suicídio pela mídia são consideradas pela FUNASA (2002) como o reflexo da situação complexa por que passam as sociedades indígenas que vivem hoje no território nacional. Situação essa que passa por questões políticas de demarcação de território, aldeamento, manutenção da identidade grupal, bem como a própria promoção e manutenção da saúde desses povos. Destaca-se também as recentes preocupações com saúde geral e saúde mental de indígenas que fazem tratamentos nas cidades. E sobre isso o Ministério da saúde, através da Fundação Nacional de Saúde FUNASA (FUNASA, 2004 a.) criou as Casai – Centros de Atenção à Saúde Indígena e com esse modelo alguns êxitos foram alcançados. No ano de 2004 as ações em prevenção do alcoolismo, câncer de útero e mama, DST, estavam para ser implantadas e houve ainda nesse mesmo ano a implantação de ações de “educação em saúde” (FUNASA, 2004 b.) dirigidas para algumas comunidades no estado do Acre em forma de oficinas e, mais tarde foram realizadas oficinas de educação em saúde em comunidade indígena Geripancó no estado de Alagoas; as avaliações feitas pelos técnicos desse órgão mostraram que tal procedimento se fez positivo,

(FUNASA, 2004 c.). Essas experiências com oficinas de “educação em Saúde a FUNASA já havia realizado anteriormente, tanto que em 2001 foram publicados resultados dessas experiências (FUNASA, 2001) apontado-se os indicadores de acompanhamento e avaliação das estratégias utilizadas nessas oficinas com povos de comunidades no estado do Amazonas sobre tratamento e prevenção de saúde (em males como malária). Os resultados dessas experiências apresentaram-se otimistas, pois houve tanto aumento da procura por saúde, como meios preventivos foram tomados como novas aprendizagens.

Porém, ainda é um grande desafio na compreensão dos eventos de natureza mental nestas populações e que se funda na necessidade de se tomar em consideração os diferentes vértices do fenômeno a ser estudado por diferentes áreas do saber, tais como, biologia, ciências médicas (Medicina e Psiquiatria), Antropologia, Sociologia e Psicologia; incluindo os contextos, histórico, político e ecológico que dão peculiaridade a cada comunidade indígena existente. Nesse sentido, além de ser um tema que por si mesmo é pouco estudado em nossa área de conhecimento, oferece muitos entraves à sua compreensão.

Assim, é possível dizer que a abordagem dos problemas de natureza mental que envolve a diversidade étnica não é inédita, mas pouco difundida no meio acadêmico-científico. Representam esta modalidade de abordar o fenômeno os estudos empreendidos em etnopsiquiatria e etnopsicologia, quase sempre utilizando a etnografia como modelo de estudo, os quais permitem resultados compreensivos, mas raramente explicativos acerca dos fenômenos estudados. Daí sua modesta inserção no meio acadêmico-científico, cuja tradição prioriza métodos objetivos com alto poder explicativo.

Mas, no presente estudo, proponho essa forma compreensiva de abordar o fenômeno - um relato de experiência em clínica comunitária. Trata-se, pois, o presente estudo, de uma descrição de minha experiência de quatro anos junto aos indígenas Guarani-Mbyá em São Paulo. Procuro descrever as intervenções psicológicas realizadas em três momentos distintos e com

diferentes participantes de uma mesma etnia indígena e que, em parte, fora um trabalho em equipe, atendendo aos objetivos de uma investigação do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com a coordenação e supervisão da Dra. Leila Tardivo. É importante relatar que esse trabalho tinha, em princípio, um grande objetivo epidemiológico de levantar doenças e ocorrências mentais nas duas aldeias Mbyá e sistematizar concepções de saúde mental, extraídas do discurso de pajés (conforme pode visto nas autorizações anexas a esse trabalho). Entretanto, nesse processo deram-se algumas intercorrências que inviabilizaram a proposta inicial em sua totalidade; ou seja, deparei-me com algumas dificuldades na coleta de dados dos prontuários mais antigos, tendo muitas vezes de contar com informações complementares da dedicada equipe de enfermagem. No que se referia às entrevistas com pajés, para que fossem completadas, havia necessidade de percorrer outras aldeias paulistas e também do estado do Paraná; e isso se tornou inviável já que o trabalho efetivo em atendimentos individuais com pacientes na UBS e os trabalhos nas oficinas vinham sendo efetivados; além disso, houve um aumento na procura espontânea por atendimentos individuais, de casais e outras orientações.

Assim, tendo em vista que entre os objetivos da proposta aprovada estavam contempladas as descrições do conteúdo da expressão psíquica dessas pessoas atendidas, julguei pertinente levá-las a cabo. Ressalto ainda, que ante a escassez de estudos sob a perspectiva psicológica, ante a relevância do tema, somados ao fato de que essa experiência viria trazer a público uma riqueza imensa no que tange à observação de comportamentos, de hábitos e costumes, de percepção de emoções e sentimentos, entre outras variáveis psicológicas, busquei restringir esse relato a um grande eixo discursivo, ou seja, a descrição da “atenção psicológica” oferecida e nela a observação da expressão dos aspectos salutares e do sofrimento psíquico porque passam essas pessoas.

Na opção pelo relato dessa experiência, procurei guiar-me por dois grandes **objetivos**:

a) descrever a experiência de atenção psicológica em uma aldeia indígena Guarani Mbyá e as formas de intervenção psicológica utilizadas, suas vicissitudes e a importância do *setting* e do campo das relações emocionais estabelecidas nessa experiência psicoterapêutica;

b) descrever o conteúdo da expressão psíquica dos aspectos salutaros e do sofrimento porque passam essas pessoas.

Assim, na elaboração desse relato, considerei importante descrever os contatos iniciais, as dificuldades em estabelecê-los, assim como os entraves e as vicissitudes na condução das intervenções – grupais e individuais. Tais aspectos, além de auxiliarem na compreensão dessa experiência, emolduraram um campo de relações necessário para o vislumbre das emoções, percepções e sensações que deste mesmo campo emergiram.

E na estruturação do presente texto, procurei, num primeiro capítulo, contextualizar o tema e descrever dados da história e contexto social e comportamental dos Guarani Mbyá. Seguindo ainda esse raciocínio, num segundo capítulo, busquei também trazer à tona o contexto atual da saúde e do sofrimento mental indígena no Brasil a partir das políticas e concepções de saúde atualmente empreendidas; das produções científicas realizadas na área e, por fim, um esboço da noção de saúde doença, segundo o vértice psicanalítico, com o qual procurei trabalhar e entender os Guarani, ressaltando a questão das relações estabelecidas – o campo. Num terceiro capítulo, procurei delinear a experiência como um modelo científico que visa, além de transmitir uma forma de observação e intervenção em psicologia, levantar possibilidades de novas intervenções num campo ainda pouco explorado pela ciência psicológica. No quarto capítulo procurei expor as etapas da experiência nessa comunidade Guarani-Mbyá e, com uma finalidade didática, busquei

distribuir os contatos, as observações e formas de intervenção em temas ou categorias de análise discursiva, tentando valorizar a técnica psicanalítica traduzida no que se denomina – compreensão do campo das relações emocionais e na compreensão do conteúdo psíquico apresentado nos grupos e nos atendimentos individuais.

Por fim, num quinto e último capítulo, busquei elaborar as considerações finais dessa experiência, a qual culminou numa breve análise conclusiva do que considerei “Saúde Mental e Sofrimento Psíquico” nessa comunidade indígena.

## *CAPÍTULO I*

### *APONTAMENTOS SOBRE OS INDÍGENAS GUARANI MBYÁ*

Os povos indígenas que hoje vivem na América do Sul são originários de povos caçadores que aqui se instalaram, vindos da América do Norte através do istmo do Panamá, e que ocuparam virtualmente toda a extensão do continente há milhares de anos. De lá para cá, estas populações desenvolveram diferentes modos de uso e manejo dos recursos naturais e formas de organização social distintas entre si (FUNAI, 2004 a.).

Esses povos indígenas brasileiros compreendem diferentes grupos étnicos que habitam ou habitaram nosso território, e suas raízes remontam às Américas desde antes da chegada dos europeus a este continente, em torno de 1500. Segundo a FUNAI (2004 a.) esses grupos étnicos se distribuem em tribos e nações, muitos deles com laços culturais e territórios que adentram os países vizinhos. De diferentes troncos indígenas, esses falam centenas de línguas diferentes, além de terem cultura material e espiritual diversificadas. Contando com histórias de massacres e escravização, muitas etnias desapareceram, seja pela violência a que foram expostos desde a colonização, seja pela própria absorção na sociedade colonial e pós colonial, seja pelas lutas entre os diferentes grupos étnicos. A influência de nossa sociedade levou não só à miscigenação, como também ao desaparecimento ou enfraquecimento de suas crenças religiosas e tradições culturais. Hoje, muitos dos diferentes grupos étnicos sobrevivem em meio à miséria, doenças, além de problemas territoriais e discriminação social.

A nação Guarani (FUNAI, 2004 a.) migrou do oeste em direção ao litoral em anos relativamente recentes e hoje vive em diversos estados do Sul e Sudeste do Brasil; são povos oriundos (LITAIFF; DARELLA, 2000) principalmente das regiões sul do Brasil e do Paraguai, tem seu idioma próprio - o Guarani, que pertence ao tronco lingüístico Tupi e à família lingüística Tupi-Guarani. Em terras brasileiras os Guarani se ramificam em três subgrupos

étnicos, sendo os Ñandeva (também Chiripa) que habitam regiões do sul e sudeste brasileiros; os Kayová que habitam principalmente regiões do estado Mato Grosso do Sul, e os Mbya, que habitam em regiões litorâneas e interior dos estados do sul e sudeste. Atualmente os Guarani Mbya habitam várias regiões do Estado de São Paulo; contam nove aldeias, sendo três nas proximidades da capital e seis ao longo do litoral.

Os primeiros Guarani que chegaram em São Paulo remontam a meados do século XIX. Os primeiros grupos de Guarani-Ñandeva que surgiram na região de Iguape datam de 1835, ocasião em que entraram em confronto com a comunidade não-índia local. Os relatos de Nimuendaju (1987)<sup>1</sup> contam, que esse grupo oriundo do Paraguai vinha em peregrinação messiânica rumo à "terra-sem-males", paraíso mítico Guarani localizado ao leste, ao sol nascente. Já os Guarani Mbya começaram a chegar, ao que se sabe, a partir do início do século XX, sendo que em 1921, o mesmo autor teve a oportunidade de acompanhar pessoalmente a migração de um pequeno grupo Mbyá rumo ao mar. Tal experiência do referido antropólogo alemão influenciou de maneira decisiva a maneira como a maioria dos antropólogos passaria a ver a sociedade Guarani. Isto é, esse autor elabora a pergunta que modificaria toda a literatura produzida a partir de então sobre os Guarani, da seguinte forma: - não será a causa das migrações dos grupos tupi-guarani e, conseqüentemente, dos Guarani, orientada por um viés religioso e não por seu caráter guerreiro? O autor expressa literalmente o seguinte:

"(...) poderá a marcante expansão daquelas hordas ao longo do mar, observada no início do século XVI, ser atribuída a causas bélicas, como se costuma supor, ou a motivos religiosos?"  
(NIMUENDAJU, 1987, p. 107)

Observam-se assim, com os antigos registros desse antropólogo Nimuendaju (1987), que esses não eram povos guerreiros, e que tampouco

---

<sup>1</sup> Nimuendaju - nome indígena dado ao antropólogo alemão que viveu por um período de tempo no Brasil, acompanhou os Guarani em processos migratórios e descreveu muito de seus costumes, hábitos e crenças, trazendo grandes contribuições à compreensão desse povo. A publicação original de Nimuendaju data do início do século XX; porém, na dificuldade em localizá-la, utilizei da publicação de 1987.

suas migrações ocorriam por conta de um solo infértil ou da agricultura escassa ou de qualquer tipo de infortúnio, a não ser pela busca incessante de um certo “lugar”, um lugar ideal ou idealizado, considerado mítica e culturalmente “sem males”.

Egon Schaden, outro importante antropólogo alemão que viveu no Brasil e estudou com afinco a cultura Guarani, principalmente os Mbyá de São Paulo, afirmara que essa cultura é marcadamente masculina, e essa característica pode ser observada ante aos fatos de que as lideranças, tanto políticas quanto religiosas são ocupadas por homens (SCHADEN, 1969). Porém, continua o autor, é difícil precisar quais aspectos fazem parte realmente da cultura desse povo e quais aspectos foram perdidos e incorporados a partir das reduções jesuíticas, da convivência com os caboclos e da própria colonização, pois todos esses fatores levaram-nos a um grau de homogeneização cultural entre os subgrupos Guarani.

A relação desses povos, principalmente dos Mbyá, com a terra, parece ter se mantido ao longo desses séculos. Meliá (1991) observa que esses indígenas possuem uma íntima relação com a terra, mas essa terra não é entendida como algo material, pois dela se desprendem também aspectos religiosos e sócio-culturais. Porém, hoje as reservas de terras adaptadas para Guarani impõem-lhes restrições e determinam variações em seu modo de viver.

Essa relação dos Guarani com a terra também é discutida por Grubits; Darrault-Harris (2003), embora esses autores não se refiram aos Mbyá e sim aos Kaiowá, analisam que a terra (tekohá) para o povo Guarani não é um simples meio de produção econômica, mas sim um espaço sociopolítico. Assim, a terra é concebida por esse povo como lugar onde se dão as condições e possibilidades do modo de ser Guarani. É nesse lugar em que se efetivam as atividades socioeconômicas e políticas e onde circulam crenças, valores e normas. O tekohá significa e produz ao mesmo tempo relações econômicas, relações sociais e organização político-religiosas, essenciais para



os Guarani, representando a flexibilidade para absorver novos valores, desde que estes não agridam seus elementos básicos.

Pereira (1995) também observa que essa questão da terra (tekohá) é mais do que um lugar concreto, afirmando que há um lugar da imortalidade, a chamada “terra-sem-males” ou *yvy marã ey* citada primeiramente por Nimuendaju (1987). Nesse espaço, continua Pereira (1995) a condição humana é abandonada, de modo que o homem possa realizar-se numa condição divina. Mas, a tekohá também tem um sentido próprio e material que determina seu estilo de vida; esse sentido é a necessidade de permanecer durante um período razoável de tempo numa região pela vocação agrícola desses Guarani. Assim, pode-se até sugerir que os deslocamentos dos Guarani no passado podem ter sido dados pela busca da “terra-sem-males” (*yvy marã ey*).

De modo que essa característica de homem ideal se aproxima do que é divino e tem uma importância fundamental para esse povo; a religiosidade é a mais importante marca do povo Guarani. Os Mbyá são o grupo em que o mito do paraíso “*aguiydjê*” tem papel fundamental, pois esses indígenas ainda são os únicos que ainda se dirigem para a região litorânea em busca do suposto “paraíso”.

Schaden (1969) entendeu que para os *Ñandéva e Mbyá* as rezas e demais aspectos de sua cultura e religiosidade não são propriamente ensinadas às crianças, já que crêem que elas são enviadas diretamente pelas divindades. Percebe-se que a criança aprende as rezas e outros aspectos da cultura pela participação nas cerimônias desde a mais tenra idade, bem como pela imitação dos adultos.

Os Mbyá identificavam-se, no passado, pelo uso comum do mesmo tipo de vestimenta, o tambeao (veste de algodão que os antigos teciam), bem como pelos hábitos alimentares e por expressões lingüísticas. Reconheciam-se coletivamente como *Ñandeva ekuéry* (“todos os que somos nós”). E hoje, mesmo com os diversos tipos de pressões e interferências que os Guarani vêm sofrendo no decorrer de séculos e da grande dispersão de suas aldeias, os

Mbyá se reconhecem plenamente enquanto grupo diferenciado (ASSOCIAÇÃO GUARANI NHE´Ê PORÁ, 2010).

Dessa forma, o que os textos citados indicam é que apesar da ocorrência de casamentos entre os subgrupos Guarani, de misturas interétnicas, da influência dos meios urbanos sobre sua cultura, os Mbyá mantêm uma unidade religiosa e lingüística que lhes permite reconhecerem-se com uma identidade própria.

### **ORGANIZAÇÃO SOCIAL E FAMILIAR**

A organização social e familiar dos Guarani- Mbyá orienta-se, segundo o que denominou Schaden (1969), de “família-grande”, ou seja, aquela que é composta pelo casal, filhas casadas, genros e a geração seguinte. A Mulher tem uma grande ligação com a mãe, mesmo depois de casada, de modo que nessa organização, é comum que após o casamento o genro passe a habitar em uma casa ao lado da casa dos sogros.

Mas, não é só essa família que tem autoridade e deveres para com suas crianças. A aldeia ou mesmo parte dela é também uma unidade que tem participação efetiva e direta na vida da criança; os adultos têm direitos e deveres de sancionar uma criança ou mesmo recompensá-la. É interessante ressaltar que nessa organização (SHADEN, 1969) a criança não aprende dirigir suas emoções ou desejos e suas expectativas de recompensa e punições a determinadas pessoas, uma vez que os adultos da comunidade também exercem funções que, em nossa cultura, são tradicionalmente exercidas pelos pais.

Grubits; Darrault-Harris; Pedroso (2005) também observaram aspectos similares como a solidariedade do grupo parental entre os Guarani Kaiowá, embora suas redes sociais na aldeia são instáveis, levando a freqüentes modificações na organização da comunidade.

Esses dados mostram indicativos de modificações na forma de organização social familiar entre aqueles Guarani. Com relação aos Mbyá,

depois de Shaden (1969) não encontramos estudos detalhados que indiquem com precisão a existência de modificações severas nessa forma de organização. Mas, o fato de que em regiões brasileiras existirem reservas indígenas muito próximas aos centros urbanos, e os homens necessitarem de sair para cidade em busca de trabalho, como também observou (GRUBTIS; DARRAULT-HARRIS, 2003), certamente vêm produzindo transformações nas relações de gênero e nas relações parentais.

Na descrição de Shaden (1969) é observado que as crianças exercem atividades laborais, tais como, as meninas cuidam de irmãos menores carregam água, os garotos são ativos na lavoura ou transportam produtos necessários para a casa. A criança Guarani é independente e participa da vida e dos problemas dos adultos logo que seu desenvolvimento físico permita.

O mesmo autor explica que entre os Mbyá existe a crença de que não é possível interferir no processo do desenvolvimento da personalidade da criança e, por conseguinte do adulto, uma vez que acreditam numa “alma” que já nasce pronta. Deste modo, historicamente, nunca acreditaram na eficácia de métodos educativos, a não ser por via mágica ou em casos excepcionais. Assim, é para eles quase impossível o processo educativo com práticas repressivas.

Acrescenta ainda esse autor, que dado ao respeito que têm os Mbyá à vontade individual desde a mais tenra infância, não existem métodos de domínio do temperamento infantil, de modo que, na vida adulta o indivíduo torna-se um queixoso de tudo, e é quase inconcebível a noção de arrependimento, tendendo sempre a atribuir ao outro as causas de seus sofrimentos.

Em estudos com desenhos da população infantil Guarani/Kaiowá do estado do Mato Grosso do Sul, Grubits; Darrault-Harris (2003) perceberam que a mulher Guarani revela uma tendência para assumir o papel de guardiã da cultura, permanecendo na reserva, representando a cosmologia Guarani e buscando a identificação com sua etnia, enquanto a maioria dos homens sai da reserva para procurar trabalho e meios de sobrevivência e constroem uma

identidade de homem da cidade, conforme os trabalhos de expressão artística das crianças.

Os mesmos autores assinalam que entre os demais grupos Guarani tem havido indicativos de desorganização sócio-familiar que se traduzem em instabilidade das uniões conjugais. Entre os Mbyá não se tem esse registro oficialmente publicado, principalmente em São Paulo.

Os dados relatados por Grubits; Darrault-Harris (2003) sobre a etnia Kaiowá parecem preocupantes, uma vez essa desorganização na família elementar repercute em toda a comunidade, considerando que a estrutura social Guaraní se apóia nas relações da família. Em muitos grupos a família grande não pode subsistir, pois já é precária a existência da própria família elementar.

Assim, é interessante observarmos ante as contribuições desses autores, que essa estrutura e organização social e familiar vem permitindo certa estabilidade não só social grupal, mas também psíquica e de personalidade individual, ao longo de suas vidas, historicamente. A condição de mudança desse modelo de vida vem permitir, possivelmente, crises que exigirão deles algumas formas de enfrentamento. Nesse processo de enfrentamento individual e coletivo que poderão expressar as mais diversas formas de reações, entre essas as patológicas – e o sofrimento psíquico.

### **AS ALDEIAS GUARANI MBYÁ DA CAPITAL PAULISTA**

Como dito anteriormente, os Mbyá identificam seus “iguais”, mesmo ante os diversos tipos de pressões e interferências que os Guarani vêm sofrendo no decorrer de séculos e da grande dispersão de suas aldeias. Os Mbyá se reconhecem plenamente enquanto grupo diferenciado apesar da ocorrência de casamentos entre os subgrupos Guarani e mesmo vivendo em aldeias separadas geograficamente e envolvimento em distintas sociedades nacionais.

As aldeias Guarani Mbyá da cidade de São Paulo – são distribuídas em: Tekoá Pyaú e Tekoá Ytú que se situam nas proximidades do Pico do Jaraguá e “Tenonde Porã” e “Krucutu” localizadas na zona sul da capital. As pequenas Tekoá Pyaú e Tekoá Ytú, são ainda consideradas uma só terra Guarani Mbyá e desejam desmembramento atualmente. A Tekoá Pyaú está entre as menores aldeias do Brasil e aguarda demarcação de sua terra (2,7 hectares), onde vivem aproximadamente 80 famílias. Enfrentam problemas como a inserção de grandes projetos na região, carências no atendimento à saúde e educação. Estas são conhecidas como uma das terras indígenas, mas que se consideram politicamente separadas (ASSOCIAÇÃO GUARANI NHE´Ê PORÃ, 2010).

O mesmo aconteceu nas terras que hoje se situam as aldeias - “*Tenonde Porã*” e “*Krucutu*” localizadas na zona sul da capital. São essas duas aldeias em que vivi as experiências que serão aqui relatadas (embora os relatos específicos de intervenções psicológicas descritos mais adiante aconteceram na aldeia “Krucutu”).

A aldeia Krukutu e Tenondé Porã são as duas comunidades existentes no extremo sul da cidade, no bairro de Parelheiros, região da represa Billings. Essas aldeias tiveram origem nas famílias que se fixaram na região de Parelheiros na década de 1950. Fixaram, em princípio, num local de passagem para o povo Guarani que migrava para o litoral, oriundos dos estados do Paraná e Rio Grande do Sul. Segundo dados escritos pelos próprios indígenas, eles lá se fixaram pela facilidade do acesso à *yvy marae’i*, ou seja, a “terra-sem-mal”, que fica além mar, pois nestes lugares é que se pode reproduzir o *nhandereko*, o modo de ser Guarani (ASSOCIAÇÃO GUARANI NHE´Ê PORÃ, 2010).

Segundo essa mesma fonte bibliográfica, A aldeia *Tenonde Porã* surgiu em 1955 quando a família do Sr. Nivaldo Martins da Silva Karai Roka Ju, liderados pela sua avó Dona Vitalina, se fixou na área (Barragem). Esses indígenas vinham de Mangueirinha no Paraná e passaram algum tempo em Itariri, em Santos e Rio Silveira (São Sebastião). Chegaram ali depois que o sitiante japonês chamado Kugo Igo os vira nas proximidades da Ponte do

Socorro, onde tentavam vender seu artesanato. O sitiante ofereceu-lhes trabalho e moradia na plantação de mandioca em sua propriedade. Algum tempo depois, o sitiante mudou-se para o Japão e deixou para o pai do Sr. Nivaldo, o Sr. Eduardo Martins da Silva, um documento de posse da terra a eles. Hoje essa aldeia conta com aproximadamente 700 habitantes. Conta-se na aldeia uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de Educação e Cultura Indígena – CECI (unidade municipal que presta apoio educacional para crianças e conta com equipe formada por coordenadora e de agentes de educação indígenas e não indígenas), Escola Estadual, com ensino que vai da primeira ao nono ano do ensino fundamental.

A aldeia Krucutu - que conta em média 250 habitantes e aproximadamente 45 famílias, tem vivido até então de doações dos poderes públicos municipal e estadual. Maior parte das famílias são constituídas apenas por membros indígenas. Essa aldeia conta com uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de Educação e Cultura Indígena – CECI (centro apoio educacional para crianças), Escola Estadual (ensino de primeiro ao quarto anos do ensino fundamental) e cujas aulas são ministradas por professores indígenas (ASSOCIAÇÃO GUARANI NHE´Ê PORÃ, 2010).

Os Guarani enfrentaram e enfrentam ainda situações diversas que afetam seu território (LADEIRA, 2000) e vivem com preocupação constante frente ao crescimento desordenado e ocupações irregulares que inserem suas aldeias. Assim, escreve essa autora num relatório especial sobre a situação que vivem esses povos:

“complexidade da situação atual das aldeias do município de São Paulo (Barragem [*tenondê Porã*] Krukutu, Jaraguá), devido sobretudo à exigüidade das áreas demarcadas, às inúmeras pressões e intervenções advindas do maior centro urbano do país e ao grande contingente populacional dessas aldeias, merecem estudos antropológicos mais aprofundados ....” (LADEIRA, 2000, p. 9).

Essas comunidades, segundo Arias (2008) têm vivido de doações dos poderes públicos municipais e estaduais, além da venda de artesanatos e de

algumas poucas apresentações culturais de canto e dança. Por estar situada em região muito próxima ao centro urbano, a fauna e a flora se encontram escassas e, apesar de ser oficialmente uma reserva na mata atlântica, essa não lhes permite realizar tradicionais atividades de subsistência de sua cultura, tais como agricultura, pesca e caça. O solo não é fértil o suficiente para plantio, mas também a área é insuficiente para suprir a demanda de subsistência de toda a aldeia.

## *CAPÍTULO II*

### *SAÚDE E SOFRIMENTO MENTAL INDÍGENA*

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNASA, 2002), à qual a Portaria do Ministério da Saúde – MS/GM nº. 2759/2007, que “Estabelece diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas e cria o comitê gestor” (MINISTÉRIO SAÚDE, 2007) está em consonância, tem como princípio que norteia suas diretrizes o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

No atendimento desse princípio diretor inclui-se a consulta e participação das comunidades indígenas nas diferentes etapas dos projetos de pesquisa e intervenção, bem como a consideração dos sistemas tradicionais de saúde indígenas, os quais são baseados em uma abordagem holística de saúde, que têm como fundamento a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. De acordo com a FUNASA (2002) esses sistemas e práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Para a FUNASA (2002) a importância de se considerar e conhecer os sistemas tradicionais reside no fato dos mesmos condicionarem a relação dos indivíduos com a saúde e a doença, influenciarem sobremaneira na relação desses indivíduos com os serviços e profissionais de saúde, como também na interpretação dos casos de doença, repercutindo na procura ou não dos serviços de saúde oferecidos, na aceitação das ações e projetos de saúde, como também, na compreensão das mensagens de educação para a saúde.

O incentivo para o estudo dos sistemas tradicionais de atenção à saúde faz parte das preocupações da Organização Mundial da Saúde e de seus colaboradores, que reconhecem seu largo emprego principalmente nos países



que possuem populações indígenas. A OMS (2002) no documento “Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005” define medicina tradicional:

“como práticas, enfoques, conhecimentos e crenças diversas que incorporam tratamentos baseados em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou combinada para manter o bem estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades” (p. 7, tradução livre).

Tais premissas implicam numa importante alteração de significado do que vem a ser atenção à saúde. Trata-se do abandono da noção “assistencialista” pautado pelo “paternalismo”, para a adoção de uma noção de atenção à saúde pautada no respeito à autonomia. Como bem coloca a FUNASA (2002), a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorrerá pela transferência de conhecimento e tecnologias da biomedicina, pura e simplesmente, pois este modelo concebe os povos indígenas receptores passivos e desprovidos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. Sendo que as sociedades indígenas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e tratamento das doenças.

Esse modo de conceber atenção à saúde que reconhece a condição autônoma dos indivíduos, implica em profundas alterações não só na prestação dos serviços, mas fundamentalmente, nos modelos de pesquisa utilizadas na área da saúde, pois se faz necessário compreender os sistemas tradicionais de cada comunidade particular para então implementar ações condizentes e efetivas.

Portanto, o estudo dos fenômenos de ordem mental em populações indígenas requer um olhar ampliado sobre as dimensões históricas, políticas, sociais e culturais. Dados da FUNASA (2002) indicam evidências de que diversos problemas atingem a saúde mental das populações indígenas. As dependências químicas, especialmente o alcoolismo e, em algumas áreas o suicídio, representam agravos importantes dentro da especialidade. Esses problemas, além de suas manifestações clínicas são entendidos como sinais que expressam um processo de deterioração da pessoa e da sociedade, tendo

estas duas últimas noções, definições dadas pelas culturas onde o fenômeno se apresenta. Nesse processo encontram-se diversas associações, com ocorrência de consumo alternativo de diversas substâncias tóxicas, refletindo a intensidade emocional das tensões vividas.

No caso das populações indígenas, as características dos processos históricos, o impacto e tipo de contato mantido com a população não indígena, são fundamentais para entender as mudanças, tanto materiais, como psicossociais, resultantes dessas relações interétnicas.

Schaden (1969) considera que os processos de mudança advindos dos contatos entre grupos culturalmente diversos ocorrem em três planos distintos, embora interdependentes: o cultural, o social e o psíquico. Sendo ainda necessário acrescentar a esfera biológica, em decorrência dos casamentos interétnicos. Assim um cientista/pesquisador, há de focalizar um desses planos de acordo com a sua especialidade, mas adverte o que seria ilusória e estéril na prática a manutenção dos saberes compartimentados, pois cada um dos aspectos poderá ter uma compreensão *“satisfatória somente se encarado como uma faceta de um todo mais amplo e sobremaneira complexo”* (SCHADEN, 1969, p. IX).

Assim, ante tais considerações desses órgãos bem como dos diferentes autores acima citados, pode-se entender que uma proposta de promoção de saúde ou de tratamento de doenças psicológicas em populações indígenas requer uma interlocução entre saberes, tal como apregoa Japiassú (1976) em que se exige a integração de diferentes saberes acerca de um mesmo fenômeno. Saberes esses que devem estar organizados sempre por uma vertente; no caso do presente estudo a psicologia. Ao se adotar um eixo de análise para a compreensão de um recorte da realidade, busca-se evitar a análise compartimentada em saberes isolados considerando-se os aspectos culturais, sociais, políticos, biológicos, concorrentes e indissociados. Todavia, a compreensão desse tema da saúde mental indígena, bem como as possíveis intervenções psicológicas que se valham também do conhecimento de outros saberes, faz-se importante, mas é uma difícil tarefa.

## **A COLABORAÇÃO DOS SABERES PARA COMPREENSÃO DA SAÚDE E DOENÇA MENTAL DE INDÍGENAS GUARANI- MBYA**

A colaboração ds saberes acerca do fenômeno mental, antes de ser uma proposta, apresenta-se como um verdadeiro desafio, pois as noções sobre a natureza do homem e sua constituição essencialmente humana ainda se fazem polêmicas no bojo do discurso científico.

Schwarcz (1997) no artigo “Dos males da medida” traz importante advertência sobre o risco das avaliações psicométricas empregadas na psicologia, quando ainda aprisionadas pela lógica determinista. A autora, numa visão crítica ao determinismo biológico predominante no discurso científico do século XIX argumenta que há resquícios desse raciocínio ainda nos dias hoje, e que o emprego de novos termos como: etnia no lugar de raça e desigualdade ao invés de diferença, não elimina a visão etnocêntrica da cultura ocidental. A autora comenta que a previsibilidade prometida pelas ciências naturais dilui as inseguranças do homem diante um cotidiano complexo e problemático, portanto de difícil investigação e com poucas promessas de respostas absolutas, por isso, sugere que o desafio persiste e indica a proposta de Lévi-Strauss sobre a importância de diferenciar, mas sem hierarquizar, como uma forma sensata na busca de conhecimento sobre o tema.

Ainda segundo Schwarcz (1997) a tradição determinista na psicologia precisa ser compreendida a partir da própria história e evolução da ciência, empreendimento que escapa do objetivo deste estudo. Contudo, vale lembrar que o fundador da psicologia experimental Wilhelm Wundt propôs a divisão da psicologia em duas grandes áreas de estudo, a psicologia experimental e a cultural. A primeira abarcaria uma dimensão biológica do comportamento humano, denominada psicologia fisiológica que propunha estudar as experiências imediatas a partir do método experimental. A segunda abarcaria a dimensão cultural, denominada psicologia dos povos que, propunha investigar as funções psicológicas superiores e culturais como os mitos, a religião, a linguagem, etc..

Como lembra Baztán (2002), para Wundt as funções psicológicas superiores deveriam ser estudadas com métodos das ciências descritivas (*Geisteswissenschaften*), enquanto que as experiências imediatas, próprias do mundo “natural” deveriam ser estudadas pelos métodos próprios das ciências naturais (*Naturwissenschaften*).

É possível observar a evolução que a psicologia experimental teve no meio acadêmico científico, sendo que o mesmo não aconteceu com a psicologia dita cultural. Pode-se compreender a partir das considerações desses autores que o poder explicativo e objetividade do conhecimento produzido pelas ciências naturais diminuía as incertezas que aplacavam a angústia pela falta de respostas imediatas acerca da natureza humana. Entretanto, não se pode arvorar que outro método possa abarcar a complexidade do fenômeno mental característico do comportamento humano considerado multideterminado e complexo. Pode-se sim, humildemente, propor um olhar atento para as variáveis culturais a partir de um método compreensivo.

No estudo da interface mente e cultura há contribuições importantes da psicologia e áreas afins. Segundo Baztán (2002), estudiosos como Sigmund Freud, Carl Jung, Franz Boas, Ruth Benedict, Margareth Mead, G. Batenson, G. Gorer, Bronislaw Malinowski, Geza Roheim, Vigotski, Luria, Erik Erikson, E. Fromm, Paul Parin, Fritz Morgenthaler, George Devereux, Michael Cole, François Laplantine, apenas para lembrar alguns, investigaram, cada qual a seu tempo e a partir de pressupostos diversos, o funcionamento mental pelo prisma cultural. Tal sorte de estudos e propostas de abordagem da interface mente e cultura, culminou em diferentes nomenclaturas (Etnopsicologia, Psicologia Cultural, Psicologia Transcultural, Etnopsicanálise, Etnopsiquiatria, Psiquiatria Antropológica, Psiquiatria Transcultural), cuja variedade reflete fundamentalmente os esforços empreendidos pelas áreas, mais do que uma suposta dificuldade de sistematização.

O caminho já trilhado pelas referidas áreas veio permitir que se estreitasse o estudo específico sobre esse binômio saúde/doença - entre

indígenas. A compreensão da saúde e do sofrimento mental de integrantes de comunidades indígenas demanda uma observação cuidadosa, bem como o manejo das práticas de saúde. Ayres (2001) considera que a própria conceituação (saúde/doença) para estar em sintonia com os valores e pressupostos que orientam as propostas de renovação de conceitos e práticas de saúde na atualidade, deve apresentar “caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas” (p.64). Ao mesmo tempo Vieira (1998) afirma que existe uma representação dos espaços de saúde e doença que depende intimamente da noção de pessoa, ou da noção de pessoa que predomina em cada sociedade. Por isso, a importância de se considerar a noção de pessoa Guarani que é distinta de outros povos, já que cada povo constrói formas distintas de interação a partir de valores também distintos.

Isso parece que também nos leva a outra questão clássica psicológica, a da identidade. Não se pretende entrar na especificidade do tema da identidade no presente estudo, porém, cabe lembrar os exaustivos estudos de Erik Erikson (ERIKSON, 1972) quando, principalmente, assinala que o sentimento de identidade é o que nos permite experimentar a nós mesmos como algo que possui continuidade e uniformidade.

Estudiosos têm dirigido diferentes olhares para a questão da identidade – grupal, entre indígenas. Como exemplo, Borges (2002) apresenta as peculiaridades da identidade do homem Guarani a partir do estudo da educação de suas crianças. Assinala que os Guarani Mbyá privilegiam para suas crianças as vivências místicas e a constante relação com o sagrado para assegurar a formação do “*Guarani ete*”, o homem Guarani verdadeiro que entre outras características é ser religioso e avesso à sedução das coisas do mundo não-índio.

Levcovitz (1998) em seu trabalho sobre suicídio entre os Guarani de Mato Grosso, relembra que a preservação dos costumes e da tradição, também constituiu um tipo de resistência frente o intento catequizador das missões jesuítas durante o período de colonização.

Observo assim, que sob diferentes óticas de compreensão e de diferentes concepções teórico-metodológicas, muito se tem discutido e privilegiado as interfaces mente e cultura. Mesmo que alguns se curvem mais à cultura e aos valores e outros à mente e suas bases naturalistas, é inevitável tentar enxergar o fenômeno humano sem um olhar mais amplo e que abarque os campos biológicos, psicológicos, sociais, culturais.

### **O BINÔMIO SAÚDE/ DOENÇA INDÍGENAS**

Existem distinções marcantes entre os distintos grupos no que se refere às concepções de saúde, às crenças, misticismo, religiosidade, enfim, na concepção de homem e mundo. Sendo assim, os pesquisadores, em suas investigações, debruçam olhares sobre objetos específicos e em cada etnia em particular. Entretanto, é cabível trazer ao presente texto algumas contribuições sobre as poucas investigações realizadas e as tentativas de sistematizações das concepções de saúde e doença, mesmo que em diferentes etnias. Essas investigações abriram caminhos que se tornaram importantes para a compreensão e posteriores intervenções na saúde desses grupos indígenas.

Na compreensão do binômio saúde doença, é interessante lembrar o trabalho de Garnelo e Wright (2001) que versa sobre as representações sociais do grupo “*Baniwa*”, mostrando que no âmbito da vida cotidiana desse grupo, por suas relações de contato com outros povos, houve e há um processo de transformação constante, de modo que as representações sociais orientam práticas e são por elas influenciadas. Os sujeitos, inseridos em um processo de transformação histórica e em contato com diversas formas de saber e de organização de atitudes frente ao fenômeno de doença, desenvolvem práticas e concepções científicas, míticas e de senso comum, que se imbricam e se reproduzem em processo de interferência mútua e retroalimentação contínua.

Sob outra perspectiva de análise, Vidille (2006) também aborda essa questão ao relatar sua experiência com povos indígenas do Alto do Rio Negro. Explica que a mitologia desses povos apreende fatos que sempre instigaram a curiosidade humana, como: “a criação do mundo, a origem do fogo, dos sons e das plantas, as relações entre os seres humanos, a inveja e rivalidade entre

irmãos, a união entre os sexos etc “ p.51. Seus relatos míticos indicam a maneira com que seus ancestrais se tornaram humanos e povoaram a terra, como os seres míticos interferem na vida e no destino humano. Assim também, continua o autor, suas concepções sobre doenças e os métodos que utilizam para curá-las estão relacionados com a cultura e misticismo, e suas estratégias preventivas e curativas incluem o arcabouço terapêutico tradicional e, os rituais xamanísticos, que em outro momento devem ter sido a única forma de tratamento acessível àquelas populações, são de composição e expressão bastante complexa. Suas concepções sobre a etiologia de algumas doenças – atribuídas a uma agressão externa perniciosa – são, de maneira geral, fundadas no conceito de apropriação por “maus espíritos”. Entre os lanomäe, um subgrupo lanomâmi, as noções de doença revelam as relações entre a essência dos diferentes tipos de seres humanos e não humanos. Segundo sua cosmogonia, as doenças são causadas por reversões no equilíbrio do cosmos, um super organismo frágil e pesado, constituído por caminhos e florestas por onde transitam seres sobre-humanos; este mesmo cosmos seria também afetado pelas ações dos homens. Assim, as epidemias (*xawara*) são dadas por contatos fora do grupo e “causadas pela fumaça produzida pela queima das coisas dos brancos” p. 52. Através desta fumaça, que pode ser invisível chegam espíritos canibais (*xawararibë*) que devoram a vida das pessoas.

Entre os Guarani-Mbyá, Hita (1994) apresenta um exaustivo trabalho em que busca também sistematizar as concepções de saúde/doença nesse grupo étnico. A autora observou que, em princípio, não existe a presença de elementos que mostrem algum sistema classificatório na concepção Mbyá das doenças. Aparecem, no entanto, algumas regularidades nos conceitos de doença/não doença, doenças pesadas/leves, doenças do corpo/doenças da alma. Essas regularidades permitem estabelecer um esboço do sistema no qual opera a caracterização do estado enfermo, tais como: a) as não doenças e a bifurcação em variantes - em que há uma dualidade que se bifurca em diversas variantes. As “não doenças” se referem de modo específico àquelas que correspondem a ciclos naturais do organismo, assim como às lesões causadas por acidentes, fraturas, picaduras, casuais ou de aparição

esporádica. b) as doenças verdadeiras - são doenças podem ser divididas em leves ou pesadas. As doenças leves - ou comuns são aquelas cuja cura é simples e não oferecem grande perigo para o corpo, como coceira na garganta, tosse, febres ou dores leves. As doenças pesadas - podem levar inclusive à morte e, entre elas, as enfermidades da alma constituirão as de maior risco. Entre as doenças pesadas estão os sapinhos, gripes, parasitas, diarreias fortes e a dor de cabeça, esta última relacionada com o sangue. A autora cita a fala de um indígena que expressa que “o sangue segue um pequeno caminho e onde está parado te dói; pode ser a cabeça e às vezes as pernas” (informante Mbyá). Há as doenças pesadas da alma e as doenças pesadas do corpo. Acrescenta ainda a autora, que há uma dupla natureza na caracterização indígena do sangue: - sangue periférico, que escapa das feridas, tem uma natureza imperfeita, *achy*, e deve ser submetido à purificação por exercícios de oração e ascetismo. O sangue que se guarda no coração é de natureza divina e é transmitido ao sujeito por *ñande ru ete*, nosso pai verdadeiro e não está sujeito a impurezas.

Observa-se diante de tais contribuições, que tanto na compreensão de saúde quanto na de doença, há uma estreita relação corpo/espírito e um sistema de crenças que deve ser mais bem compreendido por aqueles que se dedicam às práticas de saúde e de saúde mental em particular, para que se torne viável métodos e técnicas, bem como o planejamento de intervenções mais eficazes.

### **CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA A COMPREENSÃO DA SAÚDE E SOFRIMENTO PSÍQUICO INDÍGENA NO BRASIL**

Em relatório que trata da “política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas”, a FUNASA no ano 2002, propôs a promoção de ações específicas em situações especiais e, entre essas ações, cita:

“ o acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da



precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas” p. 19

Observam-se assim, que já nesse ano surge oficialmente uma preocupação governamental com os aspectos relacionados à violência e dentro dela variáveis de natureza psicológica; embora a FUNASA atribua a esses males à precariedade e à influencia não indígena dada a intrusão de estranhos em comunidades indígenas.

A própria atribuição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2002) pôde indicar que ainda pouco se conhece sobre a multiplicidade de causas para os diversos males de ordem psicológica desses povos. Atenta-se assim para o fato de que é muito recente a participação da Psicologia como ciência e área de aplicação na entre indígenas brasileiros e particularmente entre os Guarani de São Paulo.

Com relação à população indígena e seu estado de saúde mental, alguns trabalhos têm sido feitos sob diferentes óticas e recortes metodológicos distintos e que serão citados a seguir; porém ainda são considerados escassos os estudos com análise e interpretação de dados sob a perspectiva psicológica.

### **O SUICÍDIO ENTRE INDÍGENAS**

Com relação à preocupação com o suicídio entre indígenas brasileiros, é possível citar os trabalhos de Morgado (1991); Cassorla e Smeke (1994); Levcovitz (1998); Dal Poz (1999); Erthal (2001); Oliveira e Lotufo Neto (2003); Moure (2005); Tardivo (2004). Esses trabalhos, mesmo sob diferentes enfoques parecem concordar que os contatos com nossa cultura e indicativos de perda de identidade indígena têm trazido agravos à saúde mental desses povos e, entre esses prejuízos estão os crescentes os casos de suicídios. Numa visão mais ampla que versa sobre o dinamismo psíquico, Tardivo (2004; 2007) analisou que o sofrimento dos jovens, a depressão, a falta de perspectivas e uma dificuldade na constituição da personalidade, estavam intimamente associadas ao suicídio. Morgado (1991) ao estudar o suicídio entre os Guarani-Kaiowá, levanta uma hipótese que denomina de ‘Recuo Impossível’. O autor explica que o recuo das tribos indígenas do litoral/meio

urbano para o interior sempre foi uma constante nos séculos passados, quando estes povos percebiam que sua cultura estava sendo ameaçada e quando havia degradação dos recursos ambientais pela dominação do não índio; porém, com o aumento da população e privatização das terras, as chances dos Guaraní-Kaiwá recuarem para algum outro espaço foram fracassadas, de modo que o que prevalece é, senão, uma situação de desvalia extrema. Assim, o recuo impossível seria a ocorrência simultânea de dois tipos de sujeição máximas do indivíduo - o primeiro, refere-se ao total esgotamento de opção para recuar ou mudar; o segundo a degradação das condições universais de dignidade do ser humano, independente da pessoa ser um indígena ou não, tendo como pano de fundo a liquidação do patrimônio cultural, dos costumes e dos valores. Sob uma perspectiva dinâmica, Cassorla e Smeke (1994) apontam não só a preocupação com suicídio em si, do ponto de vista epidemiológico, mas com a presença marcante de fantasias autodestrutivas entre os Guarani. Por outra forma de análise do tema, Levcovitz (1998) recorre a Durkheim na tentativa de observar a questão do suicídio entre os Guarani do Mato Grosso, e relembra a tipologia para a explicação do suicídio: - suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico. O primeiro, é uma auto-agressão que consiste numa ruptura dos laços que unem o indivíduo com seu grupo social; o segundo, altruísta, seria dado pela ausência de quase total de individualismo em favor absoluto do grupo social. E, a anomia social e a desorganização aculturativa dada pelo contato com sociedade e outras culturas não explicam o suicídio entre certas comunidades indígenas, já que tantas delas estabelecem contatos com outra cultura e não apresentam essa forma de auto-agressão. Entretanto, o autor explica que as contribuições de Durkheim não atendem àquilo que encontrou entre esses povos. Os Guarani entendem o suicídio como um feitiço – que representa uma morte provocada pelo inimigo, e também entendem o homicídio da mesma forma, pois há um inimigo e, esse deve ser vingado.

Desse modo, sendo o povo Guarani essencialmente mítico e religioso, ao perder seus valores e sua busca de seu ideal pelo atual confinamento a que estão submetidos, perdem qualidade de vida e seu modo de ser. Talvez essas

questões (LEVCOVITZ, 1998) possam se relacionar com os agravos como o suicídio.

Com relação ao mesmo tema, Erthal (2001) observou que entre os índios Tikúna do Alto Solimões (Amazonas) havia uma relação entre eventos de suicídio da última década com a exacerbação dos confrontos entre diferentes grupos faccionais; acrescenta que na base desses confrontos está o abandono a que tal população tem sido submetida pelos órgãos responsáveis que implementam políticas públicas indígenas, bem como falência do modelo de assistência proposto. Acrescenta a autora, que este tema necessita de abordagem interdisciplinar; porém parece que o suicídio não seja somente um ato de agressão dirigido ao próprio indivíduo, mas também expressão de raiva contra os parentes. Uma parte da alma "*nac*" permanecerá no lugar onde o indivíduo morre, podendo ocasionar infortúnios àqueles que com ela entrarem em contato. Assim, a sucessão de suicídios que ocorreu a partir de 1990 pôde ser relacionada não em termos das aproximações religiosas, encadeamentos geográficos e temporais que são mais evidentes, mas como possível descritor de momento específico da interação social e das percepções que os diferentes grupos têm dele. O trabalho de campo deste autor indica o ato do suicídio como resposta a determinadas situações de conflitos culturais de relacionamento intrafamiliar, que têm sido interpretadas como "problemas de nação". A desqualificação do indivíduo envolvida na recusa de um pedido de casamento, por exemplo, pode estar de modo mais contundente na base do ato do suicídio do que propriamente a "perda da amada" ou, ainda, a explicação do "problema de nação".

Dando importância à psicopatologia, Oliveira e Lotufo Neto (2003) ao estudarem nativos de diferentes regiões do planeta, apontam invariavelmente para a importância dos fatores de risco vinculados à psicopatologia, além daqueles ligados aos aspectos socioeconômicos e culturais. Os autores ressaltam que na medida em que o suicídio pode ser explicado como expressão da psicopatologia, susceptível à intervenção, isso nos coloca diante da ocorrência de mortes potencialmente evitáveis. Tardivo (2004; 2007) ao estudar jovens indígenas do Alto do Rio Negro, também tem uma posição

similar aos autores acima citados, no que se refere a essa visão do evitável. Todavia, com uma visão mais ampla e que versa sobre o dinamismo psíquico, a autora analisou que o sofrimento dos jovens, como a depressão, parecia estar relacionado às crises da adolescência de forma bastante intensificada; acrescentando que, a gravidade maior estava relacionada a um impedimento de os jovens superarem essa crise adolescente e, por conseguinte, não apresentavam uma configuração saudável da identidade adulta no sentido eriksoniano. Pareceu então que tais adolescentes já repetiam uma crise que fora de seus pais. A autora indica que situações de crise e intenso sofrimento porque passam essas famílias são evidenciadas nos comportamentos de pais que não conseguem orientar e se sentem perdidos. O evitável, também estudado por essa autora, referiu-se ao fato da possibilidade de se intervir de forma preventiva com esses jovens e um cuidadoso trabalho psicológico com as famílias.

Assim pode-se observar o suicídio como preocupação epidemiológica entre indígenas, e destacando-se os Guarani Kaiowá do Mato Grosso e indígenas amazonenses do alto rio negro, entre esses, além dos aculturados estudados por Tardivo (2004), também lanomâmis. Todavia, essa problemática não tem sido percebida entre os Guarani de São Paulo, que apresentam, outrossim, outra manifestação preocupante e que refere-se ao beber excessivo.

#### **ALCOOLISMO: UM GRAVE PROBLEMA**

Um número crescente em casos de alcoolismo tem sido apontado por diversos autores (FERREIRA, 2003, SOUZA, 2005, SOUZA; GARNELO, 2006, GUIMARÃES; GRUBITS, 2007, SOUZA; SCHWEICKARDT; GARNELO, 2007, SOUZA; GARNELO, 2007) bem como a própria FUNASA (2002) já havia apontado essa preocupação no começo dessa última década. Souza (2005) relata um caso clínico de dependência ao álcool em um paciente indígena do Alto Rio Negro e discute a importância da análise de elementos sócio-culturais na contribuição para instalação do quadro, e ressalta a migração da aldeia-cidade como fator importante de vulnerabilidade para o desenvolvimento problemas relacionados ao uso de álcool em populações indígenas.

Guimarães e Grubtis (2007) apontam que muitas doenças atingem estes povos, além de que novas ameaças, como o aumento da prevalência de transtornos mentais, do alcoolismo, do suicídio e da violência interpessoal. Ressaltam que o alcoolismo não deve ser visto de uma forma isolada, pois deve ser considerado o contexto sociocultural, lembrando que as bebidas alcoólicas sempre foram utilizadas como arma de dominação de populações indígenas, e que algumas delas, por fatores próprios apresentaram uma resistência diminuída frente ao contato nestes séculos. Souza e Garnelo (2006; 2007) fazem algumas críticas aos estudos e levantamentos sobre alcoolismo entre indígenas, abordam as dificuldades geradas pelo uso indiscriminado da noção de alcoolismo e apresentam um modelo teórico em que são articulados conceitos de dependência, problemas relacionados ao uso de álcool e alcoolização, que vêm pautando os autores na construção do objeto de pesquisa no campo da saúde indígena. Os autores, e 2007 também mostram as limitações e a inviabilidade e do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool em indígenas. Chamam atenção portanto para o cuidado no estudos a partir de referenciais não índios.

Esse quadro mostra a necessidade de intervenções específicas, pois pode haver significados distintos em cada grupo étnico, além da necessidade de adequação no emprego de métodos e técnicas.

### **ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA SAÚDE / SOFRIMENTO PSÍQUICO INDÍGENA**

Poucos trabalhos têm se dedicado ao estudo das questões intrapsíquicas relacionadas à saúde mental indígena. Numa perspectiva psicodinâmica Souza (2002) descreve o problema dos transtornos mentais propriamente ditos. O autor traz a descrição de reação esquizofrênica em paciente indígena e assinala a escassez de trabalhos publicados sobre o tema, destacando a necessidade de estudos cujo foco esteja sobre a discussão diagnóstica ou fenomenológica da sintomatologia. Afirma que se têm privilegiado estudos sobre alcoolismo e suicídio entre indígenas e que, sem

dúvida, os casos constituem um desafio diagnóstico, principalmente quando se objetiva realizar diagnóstico baseado nos critérios padronizados pelos DSM IV ou CID-10; o autor referiu-se ao Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV (2009) e à Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a saúde (CID 10, 2009). Porém, assinala o mesmo autor, mesmo compreendendo a reação psicótica e prescrevendo a medicação, há sempre de se prestar atenção na diversidade cultural e étnica de nosso povo, nas realidades culturais que atuam como agentes estressores para o surgimento de transtornos mentais.

De fato, concordando com Souza (2002), encontram-se raros estudos disponíveis na literatura atual. Entre esses, destacamos os trabalhos de Tardivo (2004; 2007) conforme abordei anteriormente, uma vez que a autora estudou o sofrimento psíquico de adolescentes indígenas do Amazonas - São Gabriel da Cachoeira, município habitado fundamentalmente por descendentes de diversas etnias indígenas. Entre seus importantes resultados, evidenciam-se as condutas agressivas dos jovens, bem como a presença de depressão, muitas vezes assentadas nos conflitos familiares, e que principalmente se reportam a uma dificuldade na constituição de uma identidade adulta amadurecida.

Certa similaridade de resultados referentes à identidade pessoal também foram encontrados por Arias (2008) em seu estudo com crianças Guarani-Mbyá de São Paulo; a autora observa uma confusão na identidade da criança, expressada pela percepção que têm a respeito da dinâmica familiar e das relações com as figuras parentais. Tal confusão pareceu ter origem a partir das introjeções, projeções e identificações com figuras parentais frágeis, ausentes e por uma dinâmica familiar ambígua e confusa. A ambigüidade estava relacionada com a influência externa (social) sobre o grupo (comunidade) indígena, pois os adultos, talvez perdidos em seu sistema de valores e crenças, não conseguiam exercitar suas funções de pai e mãe.

Quanto à influência externa ao grupo indígena sobre a identidade desses povos, Grubits e Darrault-Harris (2003) chamam atenção para essas interferências na cultura causadas pelo fácil acesso que tem a comunidade aos

meios de comunicação e pela proximidade das cidades de suas aldeias, o que permite uma influência permanente no desenvolvimento da identidade das crianças da reserva e mesmo da população adulta. Também Grubits (2003) observa essa mesma problemática expressada nas produções gráficas de crianças indígenas de diferentes etnias.

Observamos assim que diferentes autores buscaram estudar o fenômeno da saúde e da doença no campo psicológico ou afim, sob diferentes recortes e com distintas abordagens teórico-metodológicas. Chamo atenção para a perspectiva de análise psicanalítica com a qual trabalhei nessas intervenções. Cabe, portanto, discorrer sobre o referencial adotado no presente estudo e que constituiu a base de análise de minhas observações.

#### **O BINÔMIO SAÚDE E DOENÇA MENTAL INDÍGENA: O VÉRTICE PSICANALÍTICO**

A tarefa mais difícil de um pesquisador e de um clínico da área psicológica é justamente a tentativa de esclarecimento do que é saúde e do que é doença. De modo que não tenho a intenção de construir todo um aparato teórico bem como metodológico sobre o que é saúde mental numa visão psicanalítica; procuro sim expressar em que concepções o presente estudo foi sustentado. É por isso que retomo os dizeres de Knobel (1986, p. 11) em seu capítulo sobre “saúde, saúde mental e normalidade” quando levanta a questão: “*normal para que e normal para quem?*”

Esse autor assim se coloca para chamar a atenção para o fato de que quando um clínico é chamado a intervir (como foi a minha condição), há necessidade de observar se aquilo se trata de um preconceito, de visualização de mera anormalidade no outro por *projeção*, ou se de fato há um sofrimento. Assim, continua o autor, a questão seria: – pode o sujeito lidar com situações danosas externas ou internas sem se autodestruir? Conseguiria o indivíduo subsistir aos ataques ao seu equilíbrio psíquico (homeostase)?

Deste modo, na tentativa de dizer “para quem”, lembro o que já foi exposto anteriormente, sobre os diversos problemas que atingem a saúde mental das populações indígenas (FUNASA, 2002) e entre esses as dependências químicas, especialmente o alcoolismo (FERREIRA, 2003, SOUZA, 2005, SOUZA; GARNELO, 2006; 2007, GUIMARÃES; GRUBITS, 2007) bem como, o suicídio em alguns povos (TARDIVO, 2004; 2007). Esses são agravos importantes, em geral autodestrutivos, dentro do que se denomina saúde/doença mental em povos indígenas e talvez possam ser uma tentativa de dizer “para quem”; posto que não se trata de mera observação preconceituosa, mas sim de sofrimento humano.

Contudo, essas manifestações clínicas podem ser entendidas como sinais que expressam um processo de deterioração da pessoa e do grupo. Por isso, além da identificação de ocorrência e prevalência de tais manifestações clínicas, o desafio tem residido na busca de compreensão do sentido determinado por cada cultura à manifestação clínica detectada. E nessa busca compreensiva, os autores acima citados, inclusive a FUNASA (2002; 2004 a.) têm entendido que a forma de contato que mantém com a sociedade envolvente interfere nos hábitos e costumes tradicionais. Ou seja, os eventos externos a interferirem no equilíbrio psíquico.

É interessante aqui retomar Bleger (1963) que bem apresenta as seguintes características do ser humano: a) o homem pertence à natureza “humana”; b) o homem é um ser concreto, pois pertence a uma certa classe social, uma certa etnia, uma certa cultura, e que essa pertença integra seu ser e sua personalidade; c) o homem é um ser social, condição que lhe confere características humanas ao incorporar e organizar experiências com outros indivíduos; d) o homem é um ser histórico que, individualmente e socialmente, desenvolve suas potencialidades de maneira mutável; e) o homem é um ser cujo meio ambiente é social, sendo que estímulos daí provenientes são fundamentais para a organização de sua personalidade; f) o homem não se faz conhecer pela pura reflexão, pois tal conhecimento está socialmente condicionado; g) o homem é o único ser vivo que pensa a si mesmo como objeto, que concebe símbolos universais, que cria uma linguagem, que prevê e



planifica sua ação, que utiliza instrumentos e técnicas que modificam sua própria natureza, que produz meios de subsistência; h) o homem é o ser que ao produzir meios de subsistência cria a matriz fundamental das relações humanas.

Dada a complexidade e a multiderminação do fenômeno humano, Bleger (1963) propõe denominar o fenômeno central da psicologia como “conduta”, sendo esta didaticamente compreendida em áreas: a) área da mente; b) área do corpo e 3) área do mundo externo. Ressalta-se, que a conduta sempre implica manifestações coexistentes nas três áreas, pois a conduta humana é uma manifestação unitária do ser total, por isso, explica o autor que não pode aparecer nenhum fenômeno em nenhuma das três áreas sem que as outras duas estejam implicadas. A possibilidade de se conhecer o fenômeno humano ainda depende de sua contextualização. Os seres humanos estudados em psicologia, sejam de forma individual ou grupal, devem sê-los sempre em função e em relação estreita com o contexto real de todos os fatores concretos que configuram a situação, definida como “conjunto de elementos, fatos, relações e condições que cobre sempre uma fase ou um certo período, um tempo” (p. 35).

De modo que, nesse jogo de relações entre aquilo que é constitucional, social- externo e mundo interno, há de se compreender as questões referentes à capacidade de cada indivíduo e de cada grupo em lidar com eventos conflituosos. Por isso é interessante lembrar as concepções da teoria das relações de objeto (KLEIN, 1946; 1948) que trabalha com a noção de psiquismo que se estabelece numa base biológica, constitucional e onde se dá todo palco das relações psico-afetivas e sociais do sujeito humano. A própria Melanie Klein (KLEIN, 1960) coloca que o conceito de saúde mental é complexo e multifacetado, e se dá num interjogo da vida mental, num vai e vem de pulsões de vida e morte (amor e ódio); porém, ao se prevalecer e predominar a capacidade amorosa tem-se a saúde. Assim, fundamentalmente, o equilíbrio psíquico para Melanie Klein depende de um insight sobre emoções contraditórias e a uma capacidade de enfrentar os conflitos internos; e uma

forma de se observar essa capacidade ou o equilíbrio, é através da adaptação à realidade externa.

De modo geral, os conceitos kleinianos se fundam num interjogo de relações, de modo que os conflitos internos e externos existirão e serão enfrentados; mas nessa lida, se prevalecer a capacidade amorosa, o sujeito encontrará meios, com mais facilidade, de experimentar o prazer e a gratidão.

Mas, cabe remeter novamente a Knobel (1986) ao escrever sobre o quanto o sujeito (ou o grupo, acresço) poderá resistir aos ataques externos (e internos) sem que seu equilíbrio psíquico pereça. E ainda as contribuições de Barus-Michel (2001) ao entender que o sofrimento está relacionado tanto aos acontecimentos e às situações externas que o desencadeiam, como também se relaciona aos aspectos individuais, na medida em que são reativadas fragilidades arcaicas. É nessa noção de homeostase psíquica que me amparei e que então procuro seguir com Knobel (1986) para quê.

Cabe salientar que nas intervenções, bem como na análise de seus resultados, o raciocínio psicanalítico fundamentalmente kleiniano e neokleiniano foi utilizado, numa tentativa de ajudar àquelas pessoas da comunidade que buscaram esse auxílio. Mais adiante, no capítulo “método”, procuro esclarecer com detalhes esse percurso. Quero antes apontar, que no propósito de auxiliar as pessoas para que pudessem esclarecer conflitos predominantes, procurei me assegurar nas concepções neokleinianas de setting e de campo das relações emocionais descritas por Baranger e Baranger (1961) e por Bleger (1963, s./d./1984).

De modo que, com a utilização desse referencial técnico, a noção do binômio saúde/doença na qual me amparei, só poderia estar coerente com essa concepção teórico-metodológica; por isso entendo ser necessário expor como raciocinei na compreensão dessa ajuda que ora realizei – a compreensão de campo.

## **A NOÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO CAMPO DAS RELAÇÕES EMOCIONAIS NA COMPREENSÃO DO FENÔMENO PSÍQUICO**

O conceito de campo e de seu funcionamento, não tem fundamento na psicologia e nem na psicanálise. A concepção origina-se da física e é trazida ao corpo de conhecimentos psicológicos, conforme destacou Bleger (1963), por Kurt Lewin e é ampliado por Merleau-Ponty que introduziu a intersubjetividade atuante entre os elementos da relação. E a noção de campo veio e vem sendo usada na clínica há muito tempo e muitas aplicações e acréscimos técnicos e teóricos têm sido feitos em seu conceito, de modo que isso exige, de nós clínicos, muitos cuidados e alguma reflexão na utilização deste. A amplitude e vastidão de conceituações exigem, portanto, que efetuemos recortes didáticos para entendermos esse como sendo (JOSEPH, 1985) uma situação total.

Os termos “campo”, “setting”, “enquadre”, “moldura”, cujos conceitos foram muito bem descritos por Baranger e Baranger (1961), por Bleger (1963) e Herrmann (1983; 2001), dão, num sentido etimológico, a idéia de espaço delimitado, denotando normalmente aspectos materiais e físicos. A idéia pode ainda, como já havia colocado anteriormente (BONFIM, 1998), ser considerada como um lugar específico no qual determinado fenômeno acontece ou ‘tem lugar’; e mais, o fato de se acrescentar um adjetivo ao substantivo em questão, parece não ter sido suficiente para melhor qualificá-lo. Por isso encontramos os termos setting analítico, setting psicanalítico, campo psicanalítico, campo clínico, campo bipessoal, campo transferencial, campo observacional, campo relacional, campo emocional.

Mas, como bem demonstra Herrmann (1983; 2001) o setting não é o campo. Em certa medida são interdependentes, uma vez que o primeiro permite que o segundo surja, pois na medida em que o enquadre assegura uma consistência e constância de regras, ele também dá constância ao campo. De modo que, o próprio objeto psicanalítico passa ser então uma construção operacional do campo transferencial (HERRMANN, 1991).

Quanto a esse objeto psicanalítico, Jose Bleger (BLEGER, 1963) procura mostrar de maneira mais ampla, o seguinte: que a qualidade de todos os objetos depende não só da natureza do objeto em si, mais que essas qualidades são sempre relativas, pois emergem das relações que se estabelecem num dado momento. De maneira que o autor procura mostrar que para se estudar um determinado fenômeno ou objeto, em qualquer ciência (BONFIM, 1998) deve-se fazê-lo em função de suas relações em um dado momento. A situação compreende e situa os fenômenos num limite demasiado amplo e para se estudar esses fenômenos com mais precisão, necessita-se do campo, o qual em sua concepção não é outra coisa senão a situação total – considerada num dado momento. Na verdade é o que Bleger (1963) chamou de “corte transversal da situação”.

A situação ainda compreende os fenômenos que se quer estudar em limites demasiadamente amplos, sendo uma exigência metodológica reduzir a amplitude para um estudo mais preciso. Bleger (1963) propõe a utilização do conceito de campo, que é a situação total, tomada em um determinado momento, portanto um corte hipotético e transversal da situação. O estudo do campo como um corte é um artifício, pois o campo é dinâmico já que está em constante reestruturação e modificação.

A conduta humana, fenômeno central da psicologia, é sempre emergente de um campo. Bleger (1963) denomina contexto ou meio, a parte do campo ou da situação que rodeia o indivíduo. Reserva, porém, a designação de meio ambiente ao contexto social humano, entendendo que a relação indivíduo-meio não se dá de forma linear de causa a efeito entre dois objetos separados e distintos, mas que ambos são integrantes de uma só estrutura total.

Assim sendo, é possível passar a entender que em termos de localização, temos o próprio processo psicoterapêutico que se trata de uma sucessão de estados ou mudanças que ocorrem ao longo de uma psicoterapia. Portanto, um processo psicoterapêutico é composto de momentos diferentes, por conseguinte, de situações psicoterapêuticas diversas. Madalene Baranger

(M. BARANGER, 1992), a esse respeito descreve que numa psicoterapia é possível acompanhar os passos de um processo e nele ocorre, dentro de uma história, a também história da relação analítica, que tem momentos de avanço, de estancamento e às vezes de interrupções.

Desse modo, destaco como já o fiz em outra ocasião (BONFIM, 1998, p. 62), que tendo em conta as contribuições desses autores acima citados, compreendo, em síntese o seguinte:

- o *setting* é como uma moldura do campo
- o objeto psicanalítico como uma criação do campo,
- a situação psicoterapêutica como um conjunto de elementos, fatos, relações e condições, num dado período de tempo.
- o campo como um corte hipotético transversal da situação total.
- o processo psicoterapêutico englobando uma sucessão de estados e mudanças ao longo do período da psicoterapia .

Essa visão do campo, das concepções acerca da situação terapêutica, bem como objeto como criação do campo, só se fazem possíveis a partir das concepções da teoria das relações de objeto de Melanie Klein, da introdução do conceito de identificação projetiva e sua ampliação por seus colaboradores. E, como também já abordado anteriormente (BONFIM, 1998) é diante da preocupação de não fragmentação e de não dispersão, mas defrontados pela necessidade de estudar o fenômeno que tem lugar na situação psicoterapêutica, que o conceito de campo tem se mostrado a melhor opção pela possibilidade dele suportar a realização de recortes dessa realidade irreduzível e indivisível. É nessa visão humana, de concepção de objeto psicológico, que este estudo se sustenta.

### ***CAPÍTULO III – MÉTODO***

#### ***O RELATO DE EXPERIÊNCIA COMO TRABALHO CIENTÍFICO***

Esse relato baseia-se, como já salientado anteriormente, na descrição de três fases distintas e que se fundem em um mesmo eixo; um eixo dicotômico, ou seja, a saúde mental /sofrimento psíquico. Busco descrever as intervenções psicológicas realizadas em três momentos distintos e com diferentes participantes de uma mesma etnia e de duas comunidades indígenas e que, em parte, fora um trabalho em equipe.

Assim, torna-se importante uma explanação, mesmo que breve, a respeito do caminho trilhado nesse estudo, que não revela opção metodológica pura e simples, pois a definição do método de investigação (SAFRA, 2006), depende da perspectiva subjacente à própria definição do objeto.

#### **RELATO CIENTÍFICO DE EXPERIÊNCIA**

Um relato de experiência ancora-se nos estudos científicos exploratórios e descritivos. Esses, chamados exploratórios vêm, como próprio nome anuncia, “explorar” uma situação ou um objeto de estudo ainda pouco estudado em determinada área. Importante destacar que, segundo Gil (1999), as pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo.

Ao mesmo tempo em que explora, esse caminho científico busca também descrever, por isso torna-se descritivo. No presente, ressalto também a observação e o manejo clínico como métodos e técnicas coadjuvantes a essa exploração. Por isso entendo que o presente estudo vem a proporcionar a descrição direta da experiência, como ela é; acrescentando-se com Gil (1999), de que a realidade não é tida como algo objetivo e passível de ser explicado, e sim interpretada, comunicada e compreendida. Não existe, portanto, uma única realidade.

Dada a complexidade e a multiderminação do fenômeno humano, como já o disse Bleger (1963) é que esse propõe o corte hipotético transversal da situação como uma exigência metodológica de reduzir a amplitude para um estudo mais preciso.

Assim, a iniciativa de se compreender o fenômeno humano, notadamente complexo, como estrutura indissociada, não dispensa esforço sistemático que tem como consequência minuciosas definições das subestruturas que compõem a estrutura total. Entende-se que o risco não reside na existência de várias definições, mas na consideração da dinâmica entre as subestruturas. De modo que, mesmo recorrendo ao relato de experiência como estudo científico, também me vali do método clínico na realização de toda observação e intervenção. É assentada nessa concepção de campo que trabalhei nessas intervenções a serem relatadas.

Ressalto ainda, que o interesse fundamental era, necessariamente no surgimento do campo e, para tal, sigo aqui uma vertente científica já utilizada por outros pesquisadores, como Tardivo (2003; 2004) que prefere denominar esse tipo de trabalho de “encontros terapêuticos”.

Ao tratar desse tipo de investigação científica que ao mesmo tempo é indagação e ação, lembro Okazaki e Sue (1998) ao exporem que a investigação psicológica em populações consideradas minorias étnicas requerem atenção no que diz respeito aos modelos teóricos adotados, aos instrumentos de avaliação e aos delineamentos de pesquisa utilizados. Um cenário constituído de poucos estudos de adaptação, validação do instrumental psicológico e revisão teórica leva os autores a indicarem os estudos qualitativos, bem como os instrumentos projetivos para tais investigações, pois possibilitam uma visão mais abrangente sobre o fenômeno e permitem uma aproximação compreensiva dos significados, padrões, regras e comportamentos existentes nestas populações.

Para garantir compreensão realista do ser humano nos seus diversos níveis de integração, recorreremos ao método clínico, que segundo Bleger (1963, p.168) permite um “estudo detalhado e profundo baseado na observação direta

e na anamnese com um enfoque global e unitário”. Além disso, o mesmo autor acrescenta que o método clínico é sempre prático, por isso caracteriza-se por um contato direto e pessoal do investigador com a pessoa estudada, contato este que pode se estender a outros membros de seu meio. Tal método é o mais apropriado na investigação em psicologia clínica, pois permite acesso mais direto à conduta dos seres humanos e à sua personalidade.

Com isso quero dizer que esse relato pauta-se numa experiência clínica comunitária e, para tal, se valeu da observação, do levantamento de hipóteses, das intervenções e do levantamento de novas hipóteses clínicas; num ciclo que pode ser considerado infundável, mas que, num recorte hipotético e transversal – nos dizeres de Bleger (1963; 1972), torna-se ali finalizado.

#### **OS PARTICIPANTES E O INSTRUMENTAL**

Como exposto anteriormente, esse relato baseia-se na descrição de uma experiência de intervenções psicológicas realizadas em três momentos distintos e com diferentes participantes de uma mesma comunidade indígena. Esses momentos foram:

a) As oficinas com Adolescentes e Jovens – chamadas oficinas dado ao fato de que os encontros grupais se apoiaram em alguma tarefa (no caso em questão foi a aprendizagem do manuseio de câmeras fotográficas e elaboração da arte fotográfica e de filmagem) e que ocorreram semanalmente, por tempo aproximado de 2 horas, em espaço próprio, na aldeia Guarani - Krucutu, durante os anos de 2004 e 2005. Cada oficina teve um total de 15 encontros, num período de tempo que, contando com o espaço entre elas, ocorreram nos anos de 2004 e 2005. Entretanto, no presente estudo, proponho relatar uma dessas oficinas em que participaram inicialmente 12 jovens e adolescentes e ao final contavam apenas 4 deles.

b) As oficinas Lúdicas com crianças - também encontros grupais com as crianças, realizadas nas dependências da escola primária na própria aldeia. Num total de 20 encontros, ocorridos uma vez por semana, por tempo aproximado de 2 horas, essas oficinas ocorreram durante o ano de 2007, 2008,



2009 sucessivamente uma após a outra. Destes encontros participaram 15 a 20 crianças. Também me proponho a relatar uma dessas oficinas.

c) Os atendimentos individuais – que são aqui apresentados recortes de 2 casos ilustrativos de pessoas adultas que apresentaram: em um caso de um homem de 29 anos de idade, que apresentou queixa de distúrbios psiquiátricos; e outro caso, de uma mulher, de 18 anos de idade, com sinais e sintomas de distúrbios comportamentais. Essas pessoas foram atendidas na própria comunidade em sessões semanais no ambulatório da aldeia.

Julgo importante relatar esses atendimentos por entender que seus resultados podem auxiliar os profissionais da área de saúde mental a conhecerem essa dinâmica e o manejo dessas intervenções, podendo ainda ser úteis na elaboração e planificação em saúde e organização de recursos. De modo que os relatos por parte daqueles que sofrem e que buscaram ajuda, contribuem para compreensão contextualizada e atualizada de tais noções presentes nessa etnia.

É sabido que cuidados especiais devem de ser tomados, pois se trata de pessoas pertencentes a grupos especiais e membros de população considerada vulnerável conforme descreve a Resolução CNS 196/96. Os cuidados pertinentes se encontram descritos e pormenorizados mais adiante num item especial sobre “aspectos éticos”.

Com relação ao instrumental utilizado, pode parecer redundante a tentativa de explaná-los, já que o próprio método clínico e a ancoragem nos pressupostos psicanalíticos por si revelam-se como métodos, técnicas, além de corpo teórico – como bem explica Herrmann (1983). Porém, cabem aqui alguns apontamentos, uma vez que não utilizei de uma intervenção ortodoxa-tradicional psicanalítica kleiniana, embora tivesse me amparado nessa abordagem teórica.

As intervenções grupais (as oficinas) tiveram um caráter preventivo e de promoção de saúde tal como propõe Bleger (s/d) em psicohigiene. Também se baseiam em trabalhos anteriores, realizados por outros pesquisadores, como Tardivo e Vaisberg (2002), Tardivo (2003; 2004; 2007), embora com

abordagem diferente da que utilizei no presente estudo, pois o que denominaram de “encontros terapêuticos” tiveram como âncora os trabalhos iniciados por Winnicott (1971) que fundamentou sua prática – “consultas terapêuticas” ou encontros com crianças de modo a favorecer a emergência de um brincar mútuo e de uma comunicação significativa e que Lescovar (2004) explicou como um *setting* equivalente à *mãe-ambiente* em que o analista oferece constância, previsibilidade e confiabilidade, tanto pelo ambiente físico quanto pelo cuidado pessoal e aceita ajustar-se às expectativas da criança.

A proposta que ora relato aproxima-se dessas autoras acima citadas, na medida em que, no contato com os pacientes, valorizou aquilo que emergiu, buscou amparar e compreender as pessoas; além de levar em conta o contexto em esses sujeitos estavam inseridos. Porém, procurei me apoiar nos princípios de grupos operativos (embora não fosse a proposta de Pichon-Riviére) e que são explicados por B. Fernandes (2003) e Fernandes (2003) como aqueles em que se busca esclarecer situações, tarefas e proporcionar algum aprendizado; não se trabalha com a interpretação dos aspectos inconscientes, resistências individuais e nem com a transferência-contratransferência, mas se valoriza os vínculos. Também me apoiei nas contribuições de Oliveira Jr (2001) sobre os princípios de grupos de reflexão. Ou seja, essas propostas grupais, podem ser harmônicas na medida em trabalham com conteúdos que emergem, valorizam o enquadre e tomam as próprias tarefas como regras a fazer parte do enquadre e não se trabalha com as relações transferenciais e nem tampouco se busca a interpretação de aspectos inconscientes.

Nos atendimentos individuais, minhas intervenções se basearam nas idéias de Mauricio Knobel (KNOBEL, 1986) no sentido da utilização de conceitos da técnica da psicoterapia breve. Utilizei-me desses raciocínios na tentativa de ajudar àqueles que buscaram esse auxílio, tratando de auxiliá-las a encarem conflitos (KNOBEL, 1986) ou esclarecerem conflitos predominantes e em alguns momentos acessíveis. Não busquei mobilizar ansiedades a fim de descortinar situações conflituosas predominantes como propunha Sifneos (1972; 1989); nem tampouco utilizei técnica focal a qual busca resolver uma queixa do paciente.

O trabalho caminhou no que Knobel (1986) denominou de “entrevistas terapêuticas”, uma vez que propus que os sujeitos pudessem perceber seus desajustes, conflitos, seu sofrimento e auto-destrutividade. Numa linha de raciocínio que girava em torno de dois fios condutores – um de que pudesse o sujeito ter a percepção do sofrimento e noutro de que pudesse permitir que aspectos sadios fossem resgatados. E, como afirmou Tardivo (2004; 2007) validar a busca do prazer e discutir alternativas de vida.

Assim, nesse processo, privilegiei a escuta e a continência. As relações transferenciais também não foram trabalhadas. Como explica Simon (1989) as interpretações feitas nos casos a serem relatados referiram-se única e exclusivamente à tradução das ansiedades subjacentes relacionadas ao medo e a suspeita de incompreensão por parte do terapeuta sobre os fatos a serem relatados. As interpretações a respeito do conteúdo do material relatado não foram feitas, pois como explica Ryad Simon (SIMON, 1989; 2007) essas são invasivas e inócuas; acrescentando-se ao fato de que nos casos em questão, eu tinha a intenção de encaminhá-los para uma atenção ambulatorial de longo prazo.

Faço aqui um comparativo das intervenções realizadas com o que Bleger (1972) explica sobre a entrevista, ou seja, minhas intervenções não deram e nem tinham a intenção de dar todo o conhecimento e investigação de caráter mais extenso e profundo que se obtém num tratamento psicanalítico. Permiti sim um enquadramento, na medida em busquei transformar um conjunto de variáveis em constantes; e nele, deixei que aparecesse o campo de relações emocionais com as quais procurei lidar e clarear. E, não se tratou apenas de uma relação de empatia, pois, como lembra Knobel (1986) a intuição ou a empatia podem, sem dúvida, ajudar a quem tem formação, mas não a substituem. De modo que precisei sim da técnica (BARANGER; BARANGER, 1961) e nela o manejo do campo e compreensão de seus baluartes.

É nesse sentido que caminhei com esses atendimentos na comunidade, lembrando do que minha orientadora sempre nos propôs no Laboratório de

Saúde Mental e Psicologia Clínica da USP, ou seja, buscar sempre a maneira mais apropriada para poder empregar a psicanálise no grupo e na comunidade, numa clínica diferenciada (TARDIVO 2007); tendo em vista que estava diante de um povo que vive em condições de pobreza material e mudanças culturais e sociais, vítimas de condições psicopatológicas novas.

#### **AMBIENTE E PROCEDIMENTOS**

Toda experiência ao longo desses anos - o contato com a população, as solicitações e permissões junto às lideranças indígenas, as interações com os agentes de saúde - deram-se nas duas aldeias Guarani Mbyá da cidade de São Paulo – “*Tenonde Porã*” e “*Krucutu*”. Porém, as intervenções que são aqui relatadas restringem-se aquelas acontecidas na aldeia “Krucutu”.

Na aldeia Krucutu contei com a utilização dos espaços da Unidade Básica de Saúde para os atendimentos individuais, com o espaço do Centro de Educação e Cultura Indígena - CECI, para a realização das oficinas iniciais (fotografia e filmagem) e com o espaço da Escola Estadual de primeiro grau (pátio) para realização das oficinas lúdicas com as crianças. Estes foram locais viáveis, já que se pode neles preservar uma neutralidade necessária durante as intervenções, além de serem de fácil acesso tanto para mim quanto para os participantes.

Com relação aos procedimentos adotados, também esses se misturam ao que mencionei anteriormente sobre o instrumental, bem como com a experiência propriamente dita. Entretanto, como já adiantei na apresentação desse trabalho, o objetivo inicial fora o de realizar um levantamento estatístico das doenças e ocorrências mentais nas duas aldeias Mbyá e sistematizar concepções de saúde mental, extraídas do discurso de pajés; além de descrever o conteúdo da expressão psíquica dessas pessoas a quem atendi durante esses anos na aldeia Krucutu.

Entretanto, como também mencionei anteriormente, durante o processo, a totalidade da proposta inicial tornou-se inviável de ser realizada. A coleta de dados dos prontuários para análise estatística era inviável, tanto por conta das próprias informações de prontuários mais antigos que deveriam ser complementadas com informações da equipe de enfermagem; e a coleta de

informações de pajés haveriam de ser ampliadas para outras aldeias paulistas e também do estado do Paraná. O tempo que dispunha era escasso, pois ainda eu tinha de levar a cabo os atendimentos que já vinham se realizando na UBS e nas oficinas.

Assim, procurei cumprir parte dos objetivos iniciais e ampliá-los com observações da própria experiência. Como as descrições do conteúdo da expressão psíquica dessas pessoas atendidas estavam previstas na proposta inicial, julguei pertinente fazê-las. Ainda assim considerei que diante da quantidade escassa de estudos psicológicos sobre saúde/doença indígenas, somada à própria percepção dessa experiência, poderia trazer contribuições à comunidade científica de nossa área de conhecimento. A riqueza observada na expressão de comportamentos, de hábitos e costumes, de percepção de emoções e sentimentos permitiram suprir parte desses objetivos iniciais.

Entretanto é importante lembrar que esse estudo partiu primeiro de um pedido das próprias comunidades para que lá fosse feito algum tipo de intervenção psicológica e não propriamente de uma pesquisa em especial.

Dada a preocupação dos líderes com o alcoolismo entre seus membros, esses buscaram o apoio psicológico. Com isso deram-se as primeiras reuniões, tanto nas aldeias quanto nos órgãos públicos responsáveis (Secretaria de Saúde e Funasa). Após, estruturou-se as propostas de oficinas e logo depois, quando de minha permanência na comunidade é que surgiram as demandas por atendimentos individuais.

Porém, foram realizados vários outros encontros que possibilitaram a discussão da temática “saúde mental”. Essas reuniões possibilitaram esclarecer aos líderes o sentido da temática, e os próprios indígenas expuseram suas preocupações e necessidades percebidas nas suas comunidades no que tange à saúde mental. A partir dos pontos discutidos foram pesadas as idéias de levantamentos estatísticos e entrevistas, concomitante às intervenções que já seriam realizadas, dado ao anseio da liderança. Assim foram feitos os Termos de Autorização para Realização de Pesquisa (ANEXO 1) encaminhados aos líderes (caciques) das aldeias para assinatura, como também o texto do TCLE – Termo de Consentimento Livre

Esclarecido (ANEXO 2). Os referidos Termos de Autorização para Realização de Pesquisa foram assinados pelo líder responsável por cada uma das aldeias em duas vias, para cada cópia ser anexada - uma ao projeto e outra para arquivo da comunidade indígena. O próximo passo foi a reapresentação de projeto de pesquisa reformulado à Área Técnica da Saúde de População Indígena da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo, para avaliação e autorização (ANEXO 3). Digo reapresentação, porque já havia apresentado esboço anterior que permitiu contato prévio com as comunidades em questão. É importante salientar que, como se trata de povos indígenas, mesmo que o pedido tivesse partido deles próprios, os estudos científicos devem ter autorização prévia de autoridades competentes.

A manifestação de interesse das lideranças pelo projeto e anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, representada pela Área Técnica da Saúde de População Indígena, levou à próxima etapa, que foi a consulta aos comitês de ética em pesquisa. A documentação necessária foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS-SP), e concomitante registro no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa) para autorização.

Obtidas as autorizações dos órgãos competentes teve início a realização das diferentes etapas. Saliento que houve nesse estudo a preservação da identidade dos participantes, com algumas modificações no conteúdo do material relatado evitando que o mesmo permitisse a identificação das pessoas atendidas.

### **Aspectos éticos**

É possível considerar as comunidades indígenas participantes do presente estudo como índios em vias de integração, definidos assim pelo Estatuto do Índio de 1973 (FUNAI, 2009) quando:

“[...] em contato intermitente ou permanente com grupos estranhos, conservam menor ou maior parte das condições de sua vida nativa, mas aceitam algumas práticas e modos de existência comuns aos demais setores da comunhão nacional, da qual vão necessitando cada vez mais para o próprio sustento”

Os grupos Guarani-Mbyá do Estado de São Paulo mantém íntimo contato com a sociedade não-indígena. O íntimo contato com a cultura não-indígena caracterizado por: visitas ao centro urbano para compras, presença de aparelhos televisores e de rádio nas residências, acesso ao ensino formal (escolas indígenas com aprendizado da língua portuguesa), acesso a variados itens de consumo como roupas e alimentação, itens de entretenimento como filmes e músicas em cd e dvd, uso de computadores com acesso à internet, etc.,. Porém não exige da atenção às recomendações éticas necessárias para realização de pesquisas com populações vulneráveis, no caso relacionadas à área temática denominada Povos Indígenas, constantes nas Resoluções do Conselho Nacional da Saúde 304/2000 e 196/1996.

A Res. CNS304/00 que incorpora as diretrizes da Res. CNS196/96 procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. Reconhece ainda o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem.

Cabe mencionar que cuidados éticos nem sempre resultam em documentos burocraticamente assinados, embora alguns possam ser assim explicitados e registrados. São eles os Termos de Autorização para Realização de Pesquisa e os Termos de Consentimento Livre Esclarecido. Assim, houve de minha parte, todos os cuidados éticos que estão implícitos no delineamento desse estudo, mas que procuro explicitar com base nas recomendações das Res. CNS304/00, CNS196/96 e CFP16/00 (ANEXOS 4 e 5):

a) Quanto ao respeito às peculiaridades de cada povo e/ou comunidade (CNS304/00, item III), busquei compreender especificamente a saúde/sofrimento mental de pessoas Guarani-Mbyá, sendo que não poderão ser generalizadas a outros povos cujas tradições e cosmologias diferem às dos Guarani-Mbyá.

b) Quanto ao cuidado dos benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa atenderem às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo (CNS304/00, item III-1) - foi atendido na medida em que realizei reuniões prévias com as lideranças, as quais contribuiram para a reformulação de objetivos, permitindo que os resultados decorrentes dessa experiência possam ser aplicados aos serviços de saúde dessas comunidades envolvidas.

c) Quanto ao respeito à visão de mundo, aos costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política (CNS304/00, item III-2.1) - privilegiei delineamento de pesquisa descritivo qualitativo, no sentido ético descrito por Schmidt (2008, p. 49) que permite conhecer os membros das comunidades, evitando inferências baseadas em concepções não-indígenas, mesmo considerando a imersão da psicóloga durante seu trabalho.

d) Quanto ao cuidado de não admitir exploração física, mental, psicológica ou intelectual e social dos indígenas (CNS304/00, item III-2.2) - , busquei realizar reuniões com as lideranças com o intuito de avaliar o impacto do contato da psicóloga com os participantes.

e) Quanto ao cuidado de não admitir situações que coloquem em risco a integridade e o bem estar físico, mental e social (CNS304/00, item III-2.3) - esse fora contemplado pela utilização do método clínico que focalizou a espontaneidade da expressão do participante como fenômeno estudado; atendendo assim, os dispositivos da resolução CFP 16/00 comentados no artigo 3º., parágrafos 1,2, 3 e 4 – referentes ao risco da pesquisa em psicologia com seres humanos.

f) Quanto à concordância da comunidade alvo da pesquisa: pôde ser obtida por intermédio das respectivas organizações indígenas ou conselhos locais, sem prejuízo do consentimento individual, que em comum acordo com as referidas comunidades designaram o intermediário para o contato entre psicóloga e a comunidade. Em pesquisas na área de saúde deverá ser comunicado o Conselho Distrital (CNS304/00, item III-2.4). Conforme já



mencionei anteriormente, houve reuniões com as lideranças das comunidades alvo que participaram na re-elaboração dos objetivos da proposta e consentiram formalmente minhas propostas a partir da assinatura Termo de Autorização para Realização de Pesquisa. Foi acordado nas mesmas reuniões que os caciques se incumbiriam de comunicar o Conselho Distrital sobre sua anuência para a realização do presente estudo.

g) Quanto à garantia da igualdade de consideração dos interesses envolvidos, levando em conta a vulnerabilidade do grupo em questão (CNS304/00, item III-2.5), cabe mencionar que as intervenções emanaram de interesse e busca de ajuda das próprias comunidades envolvidas, por isso prevaleceu a igualdade de interesses, bem como tomou em consideração a condição vulnerável do grupo.

h) Quanto à descrição do processo de obtenção e de registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, assegurada a adequação às peculiaridades culturais e lingüísticas dos envolvidos (CNS304/00, item IV-2), tive o cuidado de elaborar o texto do TCLE seguindo sugestões dos membros da própria comunidade.

i) Quanto à suspensão da pesquisa (CNS304/00, item V-1; 1.1; 1.2 e 1.3) foi acordado que esta só ocorreria em caso de solicitação da própria comunidade, de ocorrência de conflitos e mal estar na comunidade proveniente do contato, e/ou violação nas formas de organização e sobrevivência da comunidade indígena.

j) Quanto à avaliação de riscos e benefícios a resolução CNS196/96, (item V-1a) que considera admissíveis riscos potenciais presentes em qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, quando as pesquisas oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos. Neste aspecto entendo que a compreensão a respeito da “saúde/Sofrimento mental de indígenas Guarani Mbya” poderá contribuir para o refinamento das estratégias de tratamento e prevenção em saúde mental oferecidos pelos órgãos públicos responsáveis por tais comunidades.

Considero ainda que os contatos com as pessoas realizados sob a ótica do respeito e da reciprocidade, tendem iluminar o obscurecido panorama que circunda os eventos de natureza psíquica, facilitando o diálogo presente e futuro entre comunidades indígenas e órgãos de saúde.

#### CAPÍTULO IV

##### *A EXPERIÊNCIA: O ENCONTRO COM OS GUARANI MBYÁ*

Procuro, nesse capítulo, descrever essa experiência de quatro anos junto aos Guarani Mbyá, desde os primeiros contatos, da demanda vinda da comunidade e de suas lideranças, até as intervenções individuais e grupais. Os relatos provenientes de cada fase foram transcritos e também agrupados em categorias por uma questão didática e de facilitação da própria descrição.

Por se tratar de um estudo descritivo e exploratório, justificado pelo fato de que há poucas informações psicológicas científicas suficientemente sistematizadas acerca do tema em questão, as categorias de análise buscaram uma aproximação do sentido dado pelos interlocutores ao fenômeno da saúde/sofrimento mental, permitindo o alcance dos objetivos propostos.

Lembro que os estudos qualitativos permitem que novos dados e variáveis surjam e se refinem ao longo do processo; assim o relato dessa experiência se deu. Na medida em que descrevia, novos temas e sub-temas foram surgindo desse conteúdo que ora exponho.

Faz-se mister mencionar que minha formação em psicologia denunciará necessariamente uma perspectiva para compreensão do fenômeno estudado. E, embora minha base teórico-metodológica seja a psicanálise inglesa *kleiniana* e *neokleiniana*, a posição de Laplantine (1998, p.73) não é contraditória quando diz que o psicólogo e o etnólogo não trabalham com objetos distintos, mas a partir de pontos de vista diferentes com um objeto rigorosamente idêntico. De modo que é nessa perspectiva de análise de orientação psicanalítica e que se atenta para um posicionamento epistemológico e metodológico que toma em consideração a indissociabilidade do fenômeno psíquico que trabalhei no presente estudo.

De um ponto de vista prático, das intervenções, além das contribuições dos psicanalistas a que me referi anteriormente (BLEGER, 1963, 1972;

BARANGER; BARANGER, 1961, SIMON, 1989, KNOBEL, 1986) e das contribuições de psicologia de grupo (ZIMERMAN, 1997; FERNANDES, 1997, 2003), também me vali das contribuições de Devereux (1967) que considera as emoções emergentes no campo intersubjetivo constituído pelo encontro pesquisador e pesquisado são os dados mais básicos e mais produtivos das ciências da conduta; sendo que as emoções emergentes são perturbações provocadas pela observação de campo que cria ansiedade no pesquisador, bem como as perturbações produzidas pela própria presença e atividades do pesquisador no sistema que investiga.

Passo então à descrição dos primeiros contatos com a comunidade Guarani e como foi possível observar a demanda dessas pessoas em relação aos cuidados que necessitavam.

### **1) OS PRIMEIROS CONTATOS E A DEMANDA DOS GUARANI**

Em meados de 2003 o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, na pessoa da Dra. Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo foi procurado pelo Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para dar assistência psicológica aos casos de consumo abusivo de bebidas alcoólicas ocorridas nas aldeias Krukutu e Tenondê-Porã. Neste período foram realizados vários contatos e trabalhos preventivos promovidos pelo Fundo de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo em parceria com membros da comunidade, cuja experiência conjunta e resultados alcançados permitiram a elaboração de propostas subseqüentes (BONFIM; TARDIVO, 2008), inclusive dessa a que relato.

Foi então formalizada uma proposta entre o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da USP e as comunidades indígenas. A idéia foi de compreender o sofrimento expresso por essa população, estudar o fenômeno do alcoolismo, do qual decorriam comportamentos desajustados na comunidade. Também buscou propor medidas que levassem informação e intervenção, em especial trabalhos com

grupos, baseados em atividades por eles eleitas como: pintura, desenhos e artesanato, visando uma reestruturação dessa situação.

Iniciei o trabalho nas comunidades em meados do ano de 2004. Anterior ao meu ingresso, no início desse mesmo ano, pesquisadores e discentes do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) já haviam realizado visitas às aldeias “*Tenondê-Porã*” e “*Krukutu*”, com o propósito de tomar contato com a realidade desses povos, levantar dados e informações para formularem um plano de ação (BONFIM; TARDIVO, 2008). Após reuniões com lideranças, os estagiários ligados ao projeto estabeleceram um plano de visitas domiciliares para um levantamento sócio-demográfico e de indicadores de saúde geral e mental. Contudo, apesar do incentivo de lideranças da aldeia (cacique e agentes de saúde indígenas) houve grande resistência por parte da população indígena, que segundo relato dos estagiários, tinha dificuldade em responder as perguntas, parte por causa da língua, mas, sobretudo, notou-se que se sentiam melindrados em responder questões, principalmente sobre alcoolismo, pois estas os remetiam a assuntos relacionados aos conflitos intra e extra-familiares e a episódios de violência e agressão.

Concomitante a esse levantamento de condições de saúde, foram propostas oficinas de pintura para as mulheres da aldeia. Alguns encontros foram realizados e houve participação de mulheres envolvidas com o problema de consumo de álcool, fossem seus maridos, fossem parentes próximos. Suas produções gráficas expressaram dificuldades relacionadas ao alcoolismo e sofrimento dos familiares. Porém, o número de participantes nestas oficinas foi diminuindo, até não haver presença de mais nenhum dos membros (BONFIM; TARDIVO, 2008).

No decorrer deste ano de 2004 a equipe de pesquisadores, após várias reuniões, observações participantes e discussões em grupo de supervisão chegou à proposta de elaboração de um documentário em vídeo sobre os Guarani-Mbyá das duas aldeias de Parelheiros em parceria com uma produtora de vídeo de São Paulo interessada na problemática indígena. Das supervisões com os pesquisadores iniciantes do curso de psicologia do IPUSP, surgiu a

idéia de se realizar “oficinas de fotografia e vídeo”. A idéia de oficina foi a de exigir uma prática concreta e, subjacente a ela, trabalhar-se-ia as questões psicológicas, subjetivas, que viessem a surgir. Mais especificamente, a equipe tinha um grande objetivo preventivo de atingir um público vulnerável ao alcoolismo – adolescentes da comunidade indígena.

A equipe, na ocasião, entendeu que a utilização de um veículo mediador (vídeo e fotografia) também atendia aos interesses de jovens, pois esses já haviam sido relatados em encontros e visitas anteriores. A idéia foi a de que fosse diminuído o número de desistência entre os participantes da comunidade. Ingressei na equipe nessa ocasião e pude então participar de seu planejamento (em meados de 2004).

Neste ponto, é interessante salientar que as discussões e a conseqüente proposta, foram baseadas nas clássicas contribuições de Caplan (1964) e Bleger (s/d./1984) sobre a prevenção e as estratégias de programas preventivos ou promotores de saúde. Ambos os autores comungam da tese de que antes de se criar uma proposta preventiva em saúde mental é fundamental que se levante as necessidades, anseios e conflitos da referida comunidade para depois se estruturar e propor a estratégia de ação. Caplan (1964) entende que se deve tomar contato e conhecer a comunidade antes de montar um programa em “psiquiatria preventiva”. Bleger (s/d.,1984) ao tratar do que denomina “psicohigiene” valoriza o método clínico e o primor da observação que ao método subjaz, para levantar hipóteses e posteriormente lançar as propostas interventivas.

Também com relação à brevidade dos atendimentos, em princípio, foi proposto uma base para sua realização. A equipe buscou se amparar na proposta de psicoterapia breve de Simon (1989) com um número de sessões máximo de 12 encontros; porém, a contar com o manuseio do material, com o planejamento das tarefas específicas e próprio contato com a etnia, chegou-se a um denominador comum que seriam 15 encontros.

Seguindo esses passos, nossa equipe buscou as lideranças e foram ouvidas as suas apreciações. Nessas discussões com as lideranças, retomei também as contribuições da FUNASA (2000) ao compreender que a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela transferência de conhecimento e tecnologias pura e simplesmente e, acresço que não se podem conceber os indígenas como meros receptores passivos e desprovidos de saberes.

Assim, após as discussões e aprovada a proposta das oficinas, a equipe pode também contar com a divulgação da proposta na comunidade por pessoas-chave. Os adolescentes foram convidados através do contato com os Diretores das Escolas das duas Aldeias. E foi acordado que os encontros ocorressem no CECI - Centro de Convivência da Aldeia Krukutu, pois esta dispunha de uma sala livre para uso com TV e Vídeo Cassete. Os encontros se deram semanalmente (as quartas-feiras), das 13:30 às 15:30 horas, num total de 15 encontros.

Assim, as “oficinas com Adolescentes e Jovens” foram iniciadas. Foram realizadas duas oficinas; uma após o término da outra, contando-se um intervalo entre ambas, o que completou um tempo de mais de um ano. Proponho aqui a narrar uma dessas experiências grupais. Pode-se contar com uma equipe de estagiários e éramos 3 coordenadores<sup>2</sup>, embora eu mesma tenha assumido a coordenação dessa oficina *in loco*. Nesse processo, após os encontros grupais na aldeia, semanalmente também a equipe de psicólogos e estagiários reunia-se na Universidade de São Paulo para discussão e supervisão.

O objetivo pedagógico consistiu em ensinar o manuseio técnico da câmera fotográfica e de vídeo digital, noções sobre produção de imagens fotográficas e cinematográficas; noções sobre tipos de produção

---

<sup>2</sup> A equipe técnica supervisionada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Tardivo – coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica (Apoiar) - foi composta pelas psicólogas doutorandas Tânia Elena Bonfim e Claudia Gil e pelo mestrando Wagner Vidille. Discentes Graduação e participantes técnicos: Alice Turqueto Soares, Carlos Hideaki Fujinaga, Erica Zerwes, Marcos Lanner Moura, Paulo Munari. Além da mestranda pela Universidade Metodista São Paulo, Gleise Arias.

cinematográfica: ficção e documentários; fases de uma gravação, setting de filmagem e elaboração de roteiros como planejamento e composição do tema e a filmagem propriamente dita. De modo que ao final das oficinas os participantes produziram documentários a partir da construção de um roteiro próprio e espontâneo.

A idéia foi trazida de outras experiências em que trabalho com imagem já havia sido profícuo. Também foi pensado no fato de que a imagem como mediadora dos encontros poderia propiciar discussões mais livres de preconceitos e constrangimentos; mas também não se descartou o fato de que as imagens comunicam emoções e atitudes que prescindem a utilização da linguagem formal (português ou guarani). Isso porque a língua materna era muito utilizada, de modo que certas expressões não possuíam tradução fácil para o português. Por isso, a imagem constituiu-se como um mediador tão eficaz. Entretanto, todos os integrantes dos grupos de trabalho comunicavam-se bem em português (falavam em guarani em muitas ocasiões em que queriam comunicar entre si, e não queriam que os membros da equipe os entendessem).

Os encontros tiveram um delineamento que articulou atividades práticas, apresentações técnicas e teóricas, discussões sobre a temática filmada e elaboração do roteiro. O conteúdo psicológico foi trabalhado de acordo com aquilo que espontaneamente emergiu.

O objetivo psicoterapêutico da oficina e seus encontros, foi então o de acessar focos de conflito relacionados ao sofrimento psíquico, bem como, os problemas decorrentes na convivência da aldeia.

Obviamente, que por se tratar de uma situação psicoterapêutica pouco estruturada, outros elementos emocionais puderam emergir e foram contemplados e discutidos dentro do grupo – aspecto que retomarei mais adiante.



Assim, esses encontros tiveram objetivos pedagógicos e ao mesmo tempo terapêuticos. A proposta, como destacado no método, baseou-se nos grupos de reflexão, sem interpretação de aspectos inconscientes e tampouco transferenciais (OLIVEIRA Jr., 2001) e nos grupos com finalidades operativas, que em princípio buscam esclarecer situações, tarefas e proporcionar algum aprendizado, mas também é terapêutico *‘apesar de não ter essa finalidade precípua’* (FERNANDES 2003, p. 187). E, como será descrito a seguir, no desenvolvimento dos encontros grupais, os vínculos vão sendo estabelecidos, aperfeiçoando-se a execução das tarefas.

Amparei-me nessas contribuições para que pudesse adaptar uma forma de grupo que tivesse uma finalidade educativa e ao mesmo tempo terapêutica e que fosse possível de ser realizada mesmo contendo uma equipe técnica junto aos participantes indígenas. Assim, diferente de um grupo terapêutico propriamente dito em que há um coordenador e demais participantes e, embora eu tivesse assumido a tarefa de coordenadora do grupo, havia uma equipe a ensinar todo manuseio técnico. O trabalho foi levado a cabo.

Parte dessa experiência, com um enfoque na descrição do manejo técnico da arte de fotografar e filmar, fora apresentada à comunidade científica em eventos do Apoiar – USP (TARDIVO; BONFIM; GIL; FUGINAGA; ZEWERS; ZEWERS; MOURA; MUNARI, 2005) e (FUGINAGA; GIL; ZEWERS; ARIAS; TARDIVO; MOURA; MUNARI; BONFIM, 2006). Entretanto, o que descrevo a seguir são recortes dessa experiência, de seus 15 encontros, buscando me orientar por um vértice de observação e análise que retrata o **campo das relações emocionais**.

## **2) RECORTES DAS OFICINAS COM ADOLESCENTES E JOVENS**

No primeiro encontro, compareceram alguns integrantes (K, Ci, Kr, P, Lu, F, L, C, T – com idades de 14 até 23 anos, dos gêneros masculino e

feminino); a equipe técnica era composta por 4 integrantes, além de mim que assumi a coordenação.

Após apresentação, foram expostos aos participantes os objetivos pedagógicos do trabalho, bem como deixado claro que os componentes do grupo poderiam expor sobre assuntos variados, pois seriam sempre ouvidos. Orientei que os técnicos tivessem sempre uma postura de continência para compreenderem e lidarem com o recorrente problema das desistências por parte dos integrantes. Também foram colocadas as regras do enquadre, tais como horários em que a equipe lá estaria, a importância da frequência nos encontros para que aprendessem as técnicas, e a oportunidade de discutirmos sobre temas variados, bem como sobre o sigilo do que ali fosse falado ou mesmo realizado.

Como estratégia, os adolescentes sempre foram divididos em subgrupos para saírem pela aldeia a tirar fotos sobre temas livres. Após, os sub-grupos sempre voltavam a se reunir na mesma sala onde os encontros se davam.

Nesse primeiro dia, após as fotos foi solicitado que cada integrante falasse sobre a experiência e os motivos que os levaram a tirar determinada fotografia. Nessa oportunidade foi possível observar que nem todos adolescentes se colocaram e alguns mostraram entusiasmo com a atividade, e cada um escolheu com cuidado o seu tema.

Esse primeiro encontro teve o objetivo de expor as regras do enquadre, além de proporcionar o contato do grupo com o que o próprio grupo representaria, ou seja, seus objetivos e a natureza das atividades.

No segundo encontro, outros jovens aderiram ao trabalho. Compareceram os mesmos e mais alguns participantes (K, Ci, Kr, P, Lu, F, L, C, I, G, T).

A idéia inicial de já deixá-los manusear câmeras foi, em princípio, “sedutora”, procurando que os jovens fossem atraídos pela atividade em si. Nesse segundo encontro foi realizado um painel e as fotos foram colocadas sobre a mesa para que cada participante pudesse identificar as suas, que lhes desse um título, e que fosse feita uma legenda para a sua foto. Na medida em

que cada participante afixava suas fotos, relatava ao grupo o tema e os motivos que o levava a tirar aquela fotografia. Este foi um momento difícil para muitos, pois apresentaram dificuldades em se expor diante dos outros. As meninas, mais inibidas (J e Ci) não conseguiram criar e/ou expressar títulos para suas fotos sem que fizéssemos intervenção, apesar de suas fotos terem mensagens a ser passadas. Encabuladas, falavam apenas em Guarani. Aliás, essa é uma atitude bastante comum entre os indígenas, pois sempre que se sentem constrangidos, procuram falar Guarani, a fim de se isolarem dos demais.

Nesses momentos, orientei que os membros da equipe fossem acolhedores. Mesmo assim as jovens voltaram a afixar outras fotos, sem nada falarem. Sobre essa dificuldade de contato, é importante destacar que embora isso possa parecer comum em primeiros encontros grupais com adolescentes, entre indígenas observa-se ser mais acentuado, tanto que Tardivo (2004) relata essa mesma dificuldade em seus primeiros contatos com adolescentes indígenas do Alto do Rio Negro; oportunidade em que a autora utiliza-se do “desenho temático” como veículo mediador e obtém bom resultado.

O mural com as exposições de fotos nesse encontro foi a forma de mediação. Mas, mesmo ante às dificuldades de contato, recorri ao acolhimento. Assim, quando parte da atividade fora encerrada, uma das adolescentes sentou-se e passou a falar ininterruptamente sobre suas fotos, atribuindo temas e motivos para cada uma delas<sup>3</sup>. Terminada a atividade um dos adolescentes comentou como era difícil prestar atenção e que eles falavam pouco mesmo no começo, pois sentiam vergonha. Outro integrante comentou que ficava até vermelho quando tinha de falar com estranhos.

Os adolescentes tentaram justificar ao grupo as suas dificuldades de aproximação, bem como os desejos de aproximação. Percebi que a acolhida e a aproximação com os jovens poderiam ser frutíferas.

Respeitando-se o enquadre proposto e estabelecido, foi possível perceber a emergência de um campo grupal e nele, conforme as contribuições de

---

<sup>3</sup> As adolescentes puderam se expressar e foram acolhidas pela estagiária Alice Turqueto, que pôde compreendê-las, manejando adequadamente as técnicas da escuta e continência psicológica.

Zimerman (1997) surgiu a ressonância – que se refere à comunicação trazida por um dos membros e que vai ressoar em outro, o qual também vai transmitir um significado afetivo equivalente e assim por diante. Como explica esse mesmo autor, o campo grupal é como uma “galeria de espelhos”, em que cada um pode refletir e ser refletido nos outros e pelos outros.



Fig 1



Fig 2



Fig. 3

Fotos oficina  
Autoria: Marcos L. Moura

As figuras 1 e 2 representam o manuseio do material e a fig. 3 representa momentos de discussão sobre o material gráfico durante a oficina (apresentado apenas para efeito de ilustração).

Para o próximo encontro, foram distribuídas folhas de papel sulfite e solicitado que cada um fizesse, para a semana seguinte, desenhos seqüenciais que contassem uma história, com começo, meio e fim; tal qual uma pequena história em quadrinhos. E, em seguida todos foram colocar o painel com as fotos na área de convivência (refeitório) do Ceci. Ao fazerem, várias pessoas se aproximaram para olhar. Fato que lhes proporcionou satisfação e certo orgulho pelo feito.

- **O ENQUADRE E O CAMPO DAS RELAÇÕES EMOCIONAIS**

No início, os encontros contaram com vários participantes da comunidade. Houve adesão inicial, porém o grupo foi se esvaziando na medida em que se aprofundavam as discussões temáticas. Aos poucos, os componentes do grupo foram abandonando.

Aqueles que permaneceram (até o final apenas 04 membros), o fizeram por uma grande motivação inicial em aprenderem fotografar, filmar e confeccionar coisas, porém, também puderam suportar a angústia despertada pela própria aprendizagem, bem como pela ambigüidade surgida (aspecto que discutirei mais adiante). Tal sorte de situações chamou a atenção, pois observei que membros da equipe também apresentavam oscilações em seu efetivo envolvimento, uma vez que ocorreram desistências de alguns desses membros, o que colocou em risco a efetivação do trabalho. De modo que o que o temido entrave ocorreu, ou seja, dificuldades na manutenção do *setting*.

Destaco que foi possível perceber nesse movimento grupal, que a manutenção do grupo e efetivação do trabalho estava na compreensão mais refinada do “campo emocional”, bem como no meu escasso conhecimento a respeito dos meandros que envolviam a saúde e sofrimento mental desses indivíduos desta etnia. A adesão grupal, a constituição do campo emocional é dada a partir do adequado manejo do *setting* e isso propicia o encontro inter-subjetivo (BARANGER; BARANGER, 1961; BLEGER, 1983) e acresço, inter-étnico. Todavia, as especificidades psicológicas do encontro merecem exame atento, pois mediante a intenção de promover saúde e conhecer o sofrimento

destas pessoas pareceu-me fundamental compreender a natureza do encontro. Neste sentido as proposições de Safra (2006) sobre compreensão originária e transcendência se mostraram úteis por permitirem a compreensão do homem em si e, ao mesmo tempo, para além de si mesmo, ou seja:

“[...] o inevitável é que o ser humano é transcendência, ele é aberto tanto a um Outro para além de si, como para um Outro em si. Estamos sempre sendo visitados por algo estranho a nós mesmos e que nos chega de nossa interioridade e dos que estão frente a nós mesmos” (SAFRA, 2006, p. 25).

- **AMBIGÜIDADE**

No terceiro encontro foi discutida a tarefa que cada um havia feito em casa - os desenhos em quadrinhos. Por meio dos desenhos os adolescentes expressaram um pouco do cotidiano da aldeia, seus hábitos, costumes e sua organização. Alguns jovens também expressaram sobre os problemas de alcoolismo de seus pais e aparentados e, após, também relataram sobre os rituais religiosos e a importante presença do pajé na vida de cada família.

Nessa oportunidade, o conteúdo levantou muita ansiedade no grupo, que procurou direcionar suas falas para a cultura e as formas de preservá-la. Em princípio, foi observado que a angústia apenas relacionava-se aos conflitos intra-familiares referentes ao uso abusivo de álcool e minha postura, bem como da equipe foi a de escuta e acolhimento. Mais tarde observei que esse conteúdo estava associado com questões da cultura e identidade pessoal e grupal.

As histórias relatadas exaltaram a cultura Guarani e as discussões giraram em torno da necessidade de preservação dos costumes e das dificuldades de manter essa cultura. Porém, o discurso dos integrantes denotava ambigüidade, pois ao mesmo tempo em que exaltavam e se mostravam devotados a uma “vida Guarani”, mostravam desejos pelo modo de vida da sociedade não indígena e seus bens de consumo (como as vestimentas, os acessórios como os relógios de pulso, os CDs de músicas, os

filmes e a internet com atrações de todo mundo, etc.). Essa ambigüidade passou a ser bastante evidenciada no decorrer do encontro; de modo que tive de apontá-la. Tais desejos ambíguos causaram muitas dúvidas e, certamente grande angústia, gerada pelo desejo de ter aquilo que é atrativo do mundo moderno capitalista e o sentimento de lealdade às origens. A tradição indígena se instaurou entre o moderno e o antigo no mesmo instante em que é um e outro.

Um dos integrantes, e no momento ‘porta voz’, relata sobre sua satisfação em ter acesso ao mundo não-indígena e ao mesmo tempo a sua insatisfação ao ser discriminado socialmente. Comentou que quando tinha de tomar o ônibus na cidade, vestido como qualquer outra pessoa (referia-se as roupas como calça, camisa, boné, sapato, etc), ao mostrar sua carteira que indica isenção da tarifa, ouve sempre comentários, tais como: - *esses índios não trabalham e ainda andam sem pagar! (sic); esses índios, que andam na rua como qualquer outro, porque não querem pagar condução! (sic).*

De um ponto de vista psicodinâmico, do movimento grupal, havia uma identificação dos adolescentes conosco (adolescentes- equipe), bem como polarizavam idealizações. Como num balanço entre ser como “nós”, e “ter o que nós temos”. Mas também havia uma preocupação, traduzida na seguinte questão: será que vocês vão nos aceitar ou vão nos discriminar? Afinal, vocês são Juruá!

Também é possível dizer que se manifestava a influência do entorno sócio- cultural não indígena sobre os Guarani, uma vez que essas comunidades estão muito próximas do centro urbano de São Paulo. Influências também apontadas nos trabalhos de Morgado (1991), Grubits e Darrault-Harris (2003), Grubits, Darrault-Harris e Pedroso (2005), Tardivo (2004), em que, ante tais influências, as diferentes comunidades indígenas se adaptam àquilo que lhes é proposto, tendo em vista as reservas e demarcações de terras nem sempre adequadas; marcadas pela influência da cultura não-indígena muito próxima, além de recursos sociais e naturais muitas vezes escassos. Porém, tal como explica Knobel (1968) a identidade é resultante de projeções- introjeções- identificações desde o começo da vida, havendo identidade em

todas as etapas evolutivas, inclusive na infância; além disso, na constituição dessa identidade também está o vínculo de integração social, feito pelas constantes projeções e introjeções entre *self* e objetos do meio externo.

E, embora não se trate de patologia específica, cabe ressaltar com esse mesmo autor, que na adolescência a patologia nunca é somente individual e está sempre vinculada ao ambiente, resultado de:

“uma equação dialética, sendo um dos termos o próprio indivíduo em crise, e o outro polifacético e multideterminado pela cultura, e pela sociedade, com seus componentes políticos, econômicos, éticos e estéticos” (KNOBEL, 1968/ 1981, p. 83).

Sobre esse conteúdo relacionado à ambigüidade é interessante lembrarmos a similaridade apresentada na entrevista concedida por Daniel Munduruku em 2007 <sup>4</sup> ao tratar de assuntos como a influência da TV e da internet nas aldeias indígenas. Munduruku relata que os padrões de comportamento que chegam às aldeias via tv, rádio e internet, geram conflitos internos, questionamentos e incertezas. As crianças não mais desejam ouvir suas histórias e diz textualmente: *“Elegeram a TV como a nova contadora de histórias”*. Isto faz com que os velhos percam o papel de narradores da tradição indígena ..... *“jogam por terra toda a identidade que vem sendo constituída ao longo de, pelo menos, 10 mil anos”*.

Observa-se assim que esse conflito que surgira na oficina foi também detectado entre outros grupos étnicos e que havia a presença dessa mesma angústia.

Ante esse quadro, Munduruku, um defensor de sua cultura, acredita ser necessário preparar os indígenas para o trabalho com a linguagem da mídia e afirma que isso já vem sendo feito com jovens indígenas que atuam em rádios e emissoras de TV indígenas, como a do Parque Nacional do Xingu. Continua ainda Munduruku a dizer que:

.... “por meio da mídia, podemos promover um encontro de culturas. A narrativa indígena é importantíssima para a sociedade brasileira, assim como a narrativa da sociedade brasileira, da qual também

---

<sup>4</sup> Daniel Munduruku é membro do *Instituto Indígena Brasileiro para Propriedade Intelectual (Inbrapi)*.



fazemos parte, é importante para os povos indígenas se enxergarem dentro do contexto nacional. Os indígenas querem interagir, mas querem que a sociedade diga que eles são bem-vindos. As duas narrativas são ricas e belas. Todos têm a ganhar” (MUNDURUKU, 2007).

No quarto encontro estavam presentes apenas três integrantes e também algumas crianças menores que brincavam dentro da sala. Esse esvaziamento relacionara-se à ambigüidade e sua conseqüente angústia gerada no encontro anterior.

Aqui nesse ponto também é importante trazer a tona um aspecto que se fundamenta nas observações dessa experiência junto a essa comunidade. Ou seja, o fato de que os jovens eram constantemente “cobrados” pelos mais velhos para serem os herdeiros e transmissores de sua cultura e tradições (aspecto também presente no conteúdo da entrevista dada por Munduruku referente a sua etnia). Novamente há a expressão desses sentimentos ambíguos suscitou grande angústia. O fato de ela ter vindo à tona e de tê-la apontado no encontro anterior, fez com que o grupo efetivamente se ausentasse nesse quarto encontro.

Neste dia a tarefa era fazer fotos mediante instruções pré-estabelecidas como: Auto-Retrato; Algo que é seu; Algo que não é seu; Algo que é de todos. Cada integrante tirou cinco fotos seguindo as instruções, pois na semana seguinte, com as fotos já reveladas seriam discutidas sob uma perspectiva técnica e teórica da arte de contar histórias através de imagens.

Esse encontro transcorreu de maneira eminentemente técnica – do ponto de vista do ensino do manejo das fotos e vídeo. O fato da angústia ter sido muito evidenciada no encontro anterior fez com que esse encontro estivesse esvaziado; de modo que havia necessidade de que o encontro fosse mais ameno, que não fosse tratado do conflito.

Já o quinto encontro contou com a presença dos mesmos três participantes dos encontros anteriores e de outro participante que havia se ausentado desde o terceiro. Foi feita uma breve explicação sobre a tarefa realizada nos encontros anteriores e as fotos dos participantes do encontro

anterior foram postas sobre uma mesa. A tarefa foi a de que cada um devia recolher as suas (cinco fotos) e com a ajuda da equipe, foram escritos os nomes e o número dos temas no verso de cada foto. Foi solicitado a cada um dos três que falasse sobre a experiência e sobre a razão das fotos tiradas de acordo com o tema dado, ou seja, a fotografia que eles mais gostaram, aquela que menos gostaram, a mais difícil e a mais fácil de ser feita.

Os adolescentes T (gênero masculino, 16 anos) e K (gênero feminino, 14 anos) afirmaram não ter gostado de seus auto-retratos: T : *“Não sei dizer se tá’ bem... tiraria do corpo inteiro”* (sic). K: *“Pensei que ia queimar”. Fiquei sem jeito; acho que não ficou boa”* (sic). L. (18 anos) participante do gênero masculino não tirou seu auto retrato. E, quanto a que mais gostou, afirmou ser a foto da ‘Casa de Reza’ (tema 5), pois ..... *“é um lugar onde as crianças sentam, cantam...os adultos sentam, cantam, fumam o cachimbo da paz. A gente vai na ‘Casa de Reza’ quando tá’ mais estressado, então sai mais relaxado, mais livre, com mais pique...”* (sic). Comentou ainda que suas fotos preferidas eram de construções com telhado de sapê.

O discurso de L. e a atitude das demais participantes corroboraram com parte do conteúdo revelado no encontro anterior sobre a ambigüidade e a conseqüente angústia gerada. Isso, pois, T e K mostraram dificuldades em olhar para si mesmos num auto retrato e L. sequer chegou a tirá-lo. Além disso, a exaltação da casa de reza e o que ela proporcionava, a valorização dos telhados de sapê, etc., indicava que, na dúvida entre o desejo de ter aquilo que é atrativo do mundo moderno e a lealdade para com as tradições, seria melhor, pela via da racionalização, ficar com a segunda opção.

Fig 4



Fig. 5

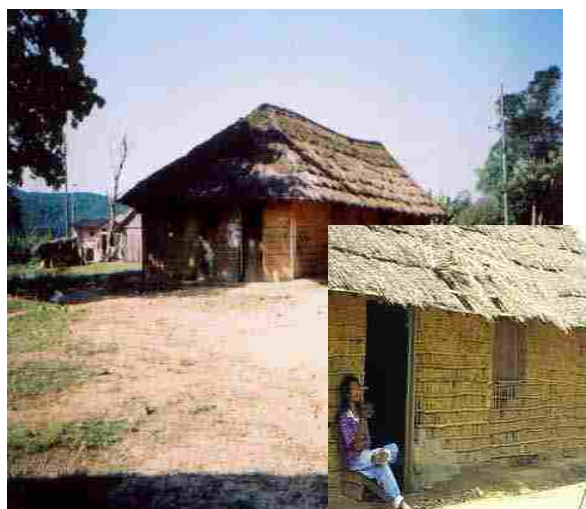


Fig. 7



Fig 6



Fig. 9

Fig. 8

Fotos: autoria de Marcos L. Moura ( 7,8)

Fotos (4, 5, 6, 9): disponível no site da comunidade Guarani

As figuras (4, 5, 6, 7, 8 e 9) são fotografias da vista da aldeia; representação de telhados de sapê e da tradição mencionada no grupo (Fotos apresentadas apenas para efeito de ilustração).

C (18 anos) também do gênero masculino, que não havia comparecido no encontro anterior, não tirou fotos e perguntou aos colegas sobre a experiência anterior e os demais disseram o quanto era importante o aprendizado e K diz: *“para entender quando saiu bem ou não”* (sic)

Foi discutida a possibilidade de se contar histórias através das imagens. Porém, foi colocado pela equipe que tal atividade necessitava de planejamento e de um roteiro prévio, pois alguns participantes se dispersaram e os demais não estavam tão empenhados no empreendimento da tarefa. Nesse ponto pôde ser observado também um desconforto da equipe pelo fato de que os adolescentes não cumpriam com o combinado (chegamos a discutir isso em nossas reuniões supervisionadas). Como não era tratado das questões transferenciais nesse tipo de grupo, procurei, nessa oportunidade, colocar-me com acolhimento, mas também considerei necessário retomarmos questões do enquadre, numa tentativa de mediar – equipe e adolescentes.

O efeito da angústia era presente. Havia alguns fatores presentes nesse momento do grupo e entre eles estavam: - o fato de que culturalmente os hábitos e costumes indígenas são muito diferentes daqueles de nosso cotidiano, principalmente no que se refere a horários, dias, datas; de modo que o cumprimento de planejamentos e organizações prévias aos nossos moldes são demasiadamente difícil de serem manejados. Outro aspecto é a própria adolescência que por si mesma se mostra como um período de tensão e turbulência (ERIKSON 1972); a irresponsabilidade, irreverência e as oscilações entre querer e não quer algo novo, como bem mostraram Knobel (1968) e Aberastury (1968; 1971) também eram presentes. Somados a esses aspectos, estava também aquilo que a equipe representava – o mundo não indígena que às vezes era desejado e às vezes repudiado.

Assim, a equipe ao não compreender tais aspectos e com dificuldade de suportar as identificações projetivas dos adolescentes, apresentou muito desconforto. Esse foi um ponto nevrálgico na evolução do grupo, pois ainda que tivéssemos discutido em supervisão, alguns membros preferiram deixar o trabalho.

Mesmo assim foi avaliado que a retomada do enquadre seria necessário. Levei em consideração o fato de que o *setting* não é o campo (HERRMANN, 1983; 2001), mas são interdependentes, uma vez que o primeiro permite que o segundo surja, pois na medida em que o enquadre assegura uma consistência e constância de regras, ele também dá constância ao campo. Nesse sentido as contribuições de Bleger (s/d) sobre técnicas de enquadramento foram norteadoras dessa tomada de decisão, na medida em que havia resistência (implícita) mesmo por parte daqueles que aceitavam o trabalho da equipe. Foram retomadas: tarefa, horários e os objetivos técnicos da oficina. Também é importante citar Oliveira Junior (2002) que considera que num grupo de reflexão as condições estáveis do *setting* (dia, hora, local) proporcionam estabilidade necessária e fundamental para suportar o processo de mudança e crescimento. Esta atividade antecedeu e preparou o grupo para as próximas atividades em que se utilizou uma câmera de vídeo.

No sexto encontro os mesmos quatro integrantes estiveram presentes<sup>5</sup>. Foram realizadas explicações sobre o funcionamento de uma câmera de vídeo e seus recursos principais. Neste dia os participantes saíram para filmar, fazendo pequenas tomadas livres. Retornaram à sala e verificaram o produto do exercício numa pequena televisão. Foram dadas mais explicações a partir da experiência de cada um. Também nesse dia foi programada a elaboração de um roteiro para que os participantes pudessem fazer seu próprio filme. A equipe solicitou ao grupo que trouxesse um tema que versasse sobre algo que os participantes gostassem de filmar, bem como para que listassem o que seria necessário para a realização de cada cena. Os participantes mostraram-se entusiasmados com a idéia de poderem realizar seu próprio filme. Ficou combinado que nos próximos encontros seriam discutidos elementos importantes, tais como: roteiro, divisão de tarefas, entre outros.

No sétimo encontro estavam presentes os mesmos quatro integrantes, contudo, eles não haviam trazido nenhum roteiro prévio como havia sido combinado. Disseram que não tiveram condições de se reunirem. Por isso, foi

---

<sup>5</sup> Os quatro integrantes que permaneceram até o final da oficina foram: L. – masculino de 23 anos; K. – feminino de 14 anos; C – masculino 18 anos; T – masculino de 17 anos.

sugerido que pensassem ali mesmo num roteiro. A equipe os deixou sozinhos para que pudessem realizar a tarefa. Passados cerca de vinte minutos, ao voltarmos para a sala, manifestaram interesse em filmar “um dia na aldeia”. Seria então representado o cotidiano na aldeia.

Nas discussões, pode-se observar que L. era o mais entusiasta; dava a entender que a idéia pertencia a ele e não ao grupo; tanto que um dos membros da equipe indagou se o grupo estava de acordo com a idéia. Todos consentiram.

Nesse momento pareceu que L. encarnava a função e o papel de guardião ou de transmissor das regras e costumes da cultura. Entretanto, o consentimento dos demais não mostrou que estavam coagidos e sim de acordo e identificados com as atitudes de L. Nada mais lhes foi colocado, a não ser as atividades técnicas.

Como parte das atividades a equipe realizou explicações e projeções de alguns trechos de filmes de ficção e documentários para que pudessem compreender as diferentes modalidades de filme. Após a exibição dos trechos, os participantes concluíram que o filme que estavam planejando era um documentário.

Terminada a discussão a equipe sugeriu a filmagem de uma cena à escolha deles, para que exercitassem e manejassem a filmadora, bem como vivenciassem a divisão de tarefas numa equipe de filmagem. Solicitou-se que escolhessem uma cena, e que planejassem os preparativos para a próxima semana. Após algum tempo o grupo sugeriu filmar as crianças cantando dentro da casa de reza. Conversaram entre si e dividiram as tarefas para o próximo encontro em que se dariam as filmagens.

Nesse encontro pude observar que ainda que L. assumisse liderança no grupo e os conduzisse a uma retomada da sua cultura e tradição, o grupo o fez sem coerção. Porém, também pude perceber que o grupo preferiu delegar essa função a L. e se “deixar levar” numa espécie de acomodação.

No oitavo encontro a equipe chegou à aldeia e não avistou os membros do grupo no lugar de costume. Logo apareceram os mesmos quatro participantes. Parecia que não estava nada pronto, pois eles pouco falavam.

Perguntaram se a filmadora estava lá e se poderiam começar. Foi dito que sim e K retirou-se e voltou com a professora e todas as crianças da escolinha. Eles haviam pedido para a professora deixar as crianças participarem da filmagem. Solicitaram a autorização do pajé para que a filmagem fosse realizada dentro da casa de reza. E de uma maneira muito singela e organizada realizaram a tarefa. Também como uma forma de reparação com a equipe e para ganhar seu apreço, os adolescentes organizaram tudo anteriormente e cumpriram com tarefa de modo bastante adequado, inclusive mostrando muita criatividade.

Assim, os adolescentes filmaram um cântico tradicional que antecede o ritual religioso; as crianças cantaram dentro da casa de reza, acompanhadas ao violão pelo pajé. Outras pessoas da comunidade assistiram a apresentação. Os meninos C e T manejaram a câmara enquanto K e L orientaram as crianças.

A filmagem levou praticamente todo esse oitavo encontro. Após, foi discutido brevemente a divisão das tarefas e a organização do grupo durante o trabalho. Os adolescentes se mostraram muito felizes e ao mesmo tempo preocupados com relação ao resultado. Na verdade estavam apreensivos e curiosos. Foi combinado para a próxima semana a exibição do filme, análise conjunta do exercício, e o planejamento do filme propriamente dito; também foi sugerido ao grupo que convidasse os figurantes para assistirem a apresentação na semana próxima.

No nono encontro, a equipe se deparou com inúmeras pessoas aguardando na sala de TV. Iniciada a exibição mais pessoas chegavam para assistir.



Fig. 10 Casa de reza



Fig. 11 – crianças no preparo para as Filmagens (1).

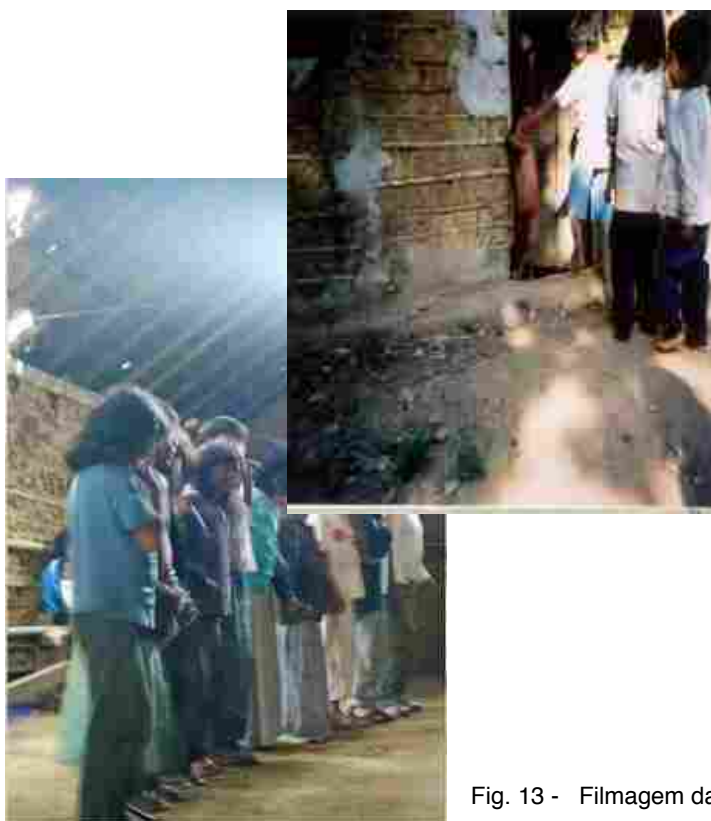


Fig. 12 – crianças no preparo para as Filmagens (2).

Fig. 13 - Filmagem da Cena do cântico

Fotos Autoria: Marcos L. Moura

(Fotografias apresentadas apenas para efeito de ilustração)



Seguindo, ainda no nono encontro, estavam presentes o cacique, vice-cacique, pajé e esposa, as crianças, a professora e outras pessoas da comunidade. Assim que terminou a exibição eles se retiraram com sorriso no rosto.

Neste mesmo dia o grupo se reuniu para discutir o exercício e o produto dele, o filme. Mostravam-se aliviados. L comentou que ficara melhor do que imaginava, pois no visor da câmera ficava difícil avaliar a qualidade da luz, profundidade etc, e que na tv tudo ficara bem mais bonito. L e K lamentaram terem filmado pouco, pois tinham de se haver com a organização e coordenação das crianças que não ficavam quietas.

Para fechar esse encontro, foi discutido o significado da divisão de funções e papéis. Os membros da equipe apresentaram uma pequena apostila contendo as funções de cada membro em uma equipe de filmagem e, a partir disso discutiu-se o papel e a função que cada um havia assumido espontaneamente durante o exercício e que o produto visto era fruto desta organização, mesmo que intuitiva num primeiro momento. Mesmo assim, observou-se que o do manejo da filmadora era o grande desejo, como se o filme pertencesse àquele que efetivamente filmara. Também ficou acordado que no próximo encontro haveria a discussão do roteiro e planejamento do filme.

No décimo encontro, os participantes estavam presentes e foi iniciada a discussão do roteiro. Foi elaborada uma lista de cenas que poderiam ser filmadas. Discutiu-se minuciosamente cada possibilidade. Notou-se que este tipo de encontro suscitava inúmeras dificuldades. O grupo ficava disperso. C mostrava-se impaciente e T pouco falava. L apresentava idéias e em certos momentos parecia irritado com os demais, por não participarem mais ativamente. Foi elaborada então uma lista de cenas que poderiam compor o documentário: “Um dia na aldeia”. Foi combinado que na próxima semana o grupo traria uma relação de providências que haveriam de ser tomadas para que na outra semana fossem iniciadas as filmagens.

Pode-se perceber que a liderança que L. vinha assumindo tornou-se mais forte e evidente, além de uma disputa da autoria do filme ( que na fantasia só seria dada por quem de fato assumira o manejo da câmera). A disputa se instalou no grupo.

No décimo primeiro encontro a equipe chegou à aldeia e não encontrou nenhum dos integrantes do grupo. Após algum tempo chegou K que disse que T estava comendo. Logo em seguida veio o C que disse não saber onde estava L. Procurou-se saber se eles haviam pensando sobre as providências necessárias, conforme o combinado. Eles disseram que não. Pareciam desatentos. Observou-se que a ausência de uma atividade prática, bem como o incômodo entre os participantes em relação a L. teve esse resultado.

Foi exposto ao grupo que o final dos encontros estava próximo e que a produção do filme deles era um dos objetivos do trabalho e questionou-se se eles queriam levar a cabo a idéia. Disseram que sim, mas que estava difícil fazer o que eles tinham pensado, principalmente do jeito que o L queria. Com a ausência de L. os outros membros mostraram seu descontentamento. De modo que foi possível observar as dificuldades de comunicação entre eles, a crise que se instaurara por conta da ambigüidade (ser ou não ser- indígena; ter ou não ter – aquilo que é não indígena) e que, na tentativa de evitar ou se esquivar da angústia, L. assumira uma liderança buscando enaltecer sua cultura, ofuscando os desejos do grupo. Ficou evidente a tendência de desconhecer as verdades que geravam sofrimento – representada ou projetada pelo grupo em L. (pois em princípio o grupo se acomodou, dando a ele essa função).

Assim, a equipe procurou discutir sobre o como o grupo gostaria de proceder e observou-se que também não sabiam. Então, a equipe retomou a lista de cenas que o grupo havia elaborado e a partir dela selecionaram-se com eles algumas para serem executadas no próximo encontro. Essa retomada teve uma função de acolhimento, numa tentativa de mostrar-lhes que a equipe estava ali e os auxiliaria sempre que precisassem. Reafirmei também o

enquadre para que estivessem na semana seguinte no mesmo local para realizar a tarefa. K se prontificou em tomar as providências.

No décimo segundo encontro a equipe chegou à aldeia e não avistou ninguém do grupo. Após algum tempo um dos membros da equipe saiu pela aldeia e encontrou-se com K. que “com sossego” saíra do banho. Logo retornaram ao local dos encontros grupais. K disse que T estava numa casa cortando o cabelo de um amigo. Neste ínterim chega o C. Os três decidiram então que filmassem o corte de cabelo que T. realizava, pois era uma cena do cotidiano da aldeia. K e C pegaram a câmera e dirigiram-se para o local onde estava T. e fizeram a filmagem; após dirigiram-se a escola para filmar as crianças em sala de aula e na hora do lanche, e no caminho filmaram cenas de crianças brincando e de mulheres fazendo artesanato.

Após essa tarefa o grupo se reuniu para analisar seus resultados, os quais foram muito satisfatórios, desde um ponto de vista técnico até a organização entre eles. Porém, também lhes foi apontado que tinham algumas dificuldades em realizar tarefas programadas – já que tudo vinha sendo feito de improviso e, por isso o grupo delegava a L. tal função, já que o mesmo fazia isso com mais facilidade; mas com o passar dos encontros, ficaram incomodados. Foi reforçado o fato de que eles podiam também fazer as tarefas específicas, que tinham habilidades para tal e que estavam nessa oportunidade da oficina para que aprendessem e aprimorassem essas potencialidades que efetivamente possuíam.

Nesse ponto, o objetivo era o de que o grupo compreendesse que uns estavam enciumados com a liderança de L., mas que também tinham sua parcela de responsabilidade, já que deixaram que o fizesse por acomodação ou medo de realizar tarefas mais refinadas.

Em tal função L. havia tomado decisões (liderança) que provocaram disputa entre os membros. De outro lado, também a equipe e eu como coordenadora deixei que L. tomasse tal postura, já que esse trabalhava com precisão, tinha habilidades plásticas; enfim, deixei-me, bem como a equipe, de certo modo, sermos seduzidos. Nesses aspectos, recorro a Zimmerman (2000)

para compreender melhor essa dinâmica. Esse autor, baseado nas contribuições de W. Bion vem demonstrar características peculiares na formação grupal que interfere e determina seu curso ou processo. No caso do grupo que descrevo - uma proposta operativa e de reflexão - caracteriza-se por ser um “grupo de trabalho”, voltado para os aspectos conscientes da tarefa final de filmar e elaborar um documentário. A Tarefa de filmar, ou tarefas combinadas por todos os membros, foram equivalentes ao funcionamento do Ego consciente, operando em um nível secundário do pensamento. Porém, amparada nesse mesmo autor, considero que nesse processo são observados os chamados “pressupostos básicos”- assinalados por W. Bion - que funcionam como processo primário do pensamento e ignoram a noção de temporalidade, de relação causa-efeito, conservando as características das reações defensivas mobilizadas pelo Ego primitivo contra as ansiedades psicóticas. Bion (1961) considerou haver três pressupostos básicos, ou seja, a dependência, luta-fuga, e acasalamento. Assim, foi no suposto de dependência que o grupo deixou que L. tomasse a liderança, pois a dependência (BION, *op.cit.*) ocorre num nível primitivo de funcionamento e se elege um líder numa busca de proteção, segurança e estabelece-se com o líder vínculos de natureza parasitária.

O décimo terceiro encontro ocorreu com a presença de todos os integrantes. Quando cheguei com a equipe à aldeia, L estava aguardando a equipe ao lado do pajé, próximo a casa de reza. Sua tarefa naquele dia era a de filmar uma entrevista com o pajé. Esta era uma das cenas que havia sido programada. Dirigimo-nos ao Ceci e L. veio ao encontro da equipe e se dirigiu a mim justificando suas ausências nos últimos encontros, afirmando ter sofrido pequeno acidente e esteve com dificuldades para se locomover. Respondi-lhe e ao grupo que entendia, mas que observava ali certo descontentamento. L e os demais permaneceram calados e continuei dizendo que também entendia que em algumas ocasiões as idéias de L. entravam em desacordo com o grupo e isso despertava mágoa em todos. L. logo respondeu que entre os Guarani não havia este tipo de problema e que as discordâncias eram naturais e que eles não ficavam “*bravos por isso*” (sic).

Mesmo negando, L. confirmara o desacordo. Mais tarde, afastado dos demais, e numa tentativa de fazer ‘conluio’, com os membros da equipe técnica, e com certo tom de culpa L. diz, que naquela aldeia era um tanto difícil de realizar as coisas, mas que na sua aldeia “o filme teria ficado ótimo”. Então um dos estagiários responde-lhe que o filme estava ficando muito bom. Reforcei o fato de que estava ficando bom, pois se contava com um trabalho de grupo e com a colaboração de todos - uns com mais criatividade nas filmagens e outros com mais criatividade na organização de tarefas de preparo e que dessa maneira o filme sairia a contento. De modo que cada qual com a tarefa definida em grupo o produto final seria de boa qualidade.

Procurei com isso reforçar o senso de conjunto para realização da tarefa grupal e também atenuar o *acting*. Compreendi como *acting*, pois L. tentava se distinguir dos demais, num movimento de particularização de seus desejos e expectativas. Sobre esse aspecto dos *actings* nos grupos terapêuticos, Zimerman (2000) aponta que entre suas causas está uma intolerância à frustração e que muitas vezes essa é sentida como um rechaço, um desprezo; de modo que ao se sentir sozinho, o *acting* vem como um compensador do vazio formado.

Após, a equipe saiu a filmar. Terminada a tarefa de filmagem do Pajé, sendo essa tarefa delegada a L. pelo grupo, esse entregou a câmera dizendo precisar ir embora, pois tinha pressa para entregar o veículo que tomara emprestado em sua aldeia (L. com seu problema de locomoção utilizava-se de automóvel emprestado, já que nos encontros anteriores vinha a pé de sua aldeia para o grupo).

Por outro lado, também é possível perceber outro aspecto referente ao *acting* – o fato de que o grupo designou-lhe funções, ou papéis. Como apontou Zimerman (2000, p.181), o “*papel de ator pelos demais*”, de modo que na formação do campo grupal, o indivíduo (no caso L.) expressava na sua conduta atuadora uma compensação para com os desejos ocultos dos outros membros do grupo que o acionaram.

Continuando, pedi então para que L. ouvisse o que aconteceria na semana seguinte e reafirmei que ele seria importante nesse próximo encontro, pois seria o penúltimo. L. então responde que “*tentaria comparecer*”(sic). Saiu então antes do encontro grupal terminar.

Após, C e T foram cumprir suas tarefas e apanharam a mesma câmera e foram filmar a horta da aldeia e entrevistar o responsável por essa atividade diária. Enquanto C e T filmavam, K aproximou-se de mim. Timidamente queria conversar. Comentou que o pai estava bebendo muito e que nestes momentos sentia muito medo, sozinha e não sabia a quem recorrer. Dei-lhe suporte, e discuti também com ela sobre sua proximidade com a professora e com o pajé. Relatou-me que em muitos momentos gostaria de viver com os “Juruá” (não indígenas). Assim, K. demonstrava preocupação para com o término da oficina, medo de estar sozinha, sem assistência, e por isso, gostaria de ficar comigo (ir embora com a terapeuta *juruá*).

Eu lhe disse que ela estava preocupada a finalização do trabalho e que sentiria falta daqueles momentos; de modo que era importante aquilo que tínhamos aprendido juntos e que essa experiência ficaria para sempre dentro de nós.

Após a filmagem C. e T. retornam. Reunidos, combinamos que o próximo encontro seria a para a finalização das cenas programadas.

No décimo quarto encontro a equipe encontrou todos os membros do grupo. L havia levado sua esposa e filho ainda de colo e nos apresentou. Comentou que não poderia ficar, pois havia sido incumbido (em sua aldeia) a levar uma pessoa ao médico, mas que viera nos comunicar o ocorrido.

Reunidos K, C e T, verificou-se que não haviam planejado nenhuma cena para filmar. C, muito criativo imediatamente sugeriu que fosse realizado um passeio de barco na represa para que fossem feitas algumas cenas de lá, afirmou ser esta parte do dia-a-dia na aldeia. Assim, todos se dirigiram para as margens da represa. Saíram num barco a remo três membros da equipe; eu os aguardei nas margens. Várias tomadas da represa foram feitas. As Fotos 14, 15, 16 e 17 são produções da oficina.



Fig. 14

Adolescentes participantes do Grupo



Fig. 15 - no preparo do barco

Autoria foto: adolescentes Guarani



Fig. 16 - Adolescente participante grupo



Fig. – 17 Paisagem/retorno barco

Autoria foto: Marcos L. Moura

(Fotografias apresentadas apenas para efeito de ilustração)

Esse encontro configurou a despedida do grupo. L ao seu modo trouxera a família para o evento (despedida), mostrando o que tinha de melhor. Como

guardião da cultura e tradição, pareceu querer reafirmar esse papel (pai e interditor dos mais jovens) e transmissor dos costumes; porém, continuava a ter dificuldades de manter a ordem junto aos adolescentes e por isso não permanece naquele dia. C, ao seu modo prático, apaziguador e criativo, procurou unir o útil ao agradável, pois, temeroso ante a equipe que lhe cobraria um “planejamento” convidou os membros para a filmagem (e passeio) numa bela paisagem; além do que, como despedida, queria que fosse apreciado aquilo que restava da natureza. Natureza esta tão valorizada por eles e tão necessária para subsistência da comunidade (C, K e T insistiram para que a equipe observasse as garças e as plantas).

Fig. 18 e 19 Paisagens  
(exercícios da oficina)  
Fotos Autoria: adolescentes



( Fotografias apresentadas apenas para efeito de ilustração)

Após o passeio, reunidos combinamos que no próximo encontro fosse levado o filme ainda sem edição para que o grupo auxiliasse na seleção e organização das cenas para a composição de uma narrativa.



No décimo quinto encontro todos os membros do grupo estavam presentes, exceto L. Na sala o vídeo foi exibido, e se observou no grupo um descontentamento para com o produto. Fizeram várias críticas e eles mencionaram que se fosse feito agora muitos erros não teriam ocorrido.

Apontei-lhes sobre a importância do que havíamos aprendido juntos com aquela experiência e que de certo modo estavam chateados por terem de encerrar as atividades. Apesar das colocações feitas o encontro se encerrou com tristeza, incluindo-se os membros da equipe nesta observação.

É importante colocar que o produto final (filme) apresentou excelente qualidade, não só pela questão técnica das filmagens, mas pelo senso estético. De modo que as críticas do grupo a si mesmo não foram propriamente em relação ao filme, mas expressavam o descontentamento do término da oficina.

Foi combinado que na próxima semana a equipe iria até a aldeia para levar a fita de vídeo editada, já que esse vídeo era de propriedade deles, os autores. Isso assim fora feito.

Meu trabalho na aldeia continuou, pois permaneci com os atendimentos individuais que realizava no posto de saúde da aldeia e depois nas oficinas lúdicas com crianças. Vale salientar que passados muitos meses, encontrei-me com L. Esse veio até mim, falou-me de sua família, do trabalho que vinha realizando em sua comunidade e disse que queria agradecer pela oportunidade da oficina, pois havia aprendido muito. Afirmou que esse aprendizado havia sido importante para sua vida profissional, pois tinha realizado um trabalho em uma ONG (organização não governamental) e utilizou das técnicas que aprendera conosco.

Como se pôde observar no relato desses encontros, embora com o caráter operativo de grupo, insisti numa postura pouco diretiva e não assistencialista. Este procedimento provocou reações de angústia no grupo, e em cada membro de forma particular. No movimento grupal pôde-se observar a dependência descrita por W. Bion, uma vez que o membro mais velho (L.) assumiu a postura de líder e guardião da cultura e interditor dos mais jovens.

Os mais jovens delegaram a L. essa liderança e assumiram essa dependência do líder, numa necessidade de proteção. Tais reações desses adolescentes também são esperadas para essa fase do desenvolvimento humano – como descreveram Erik Erikson (1972), Aberastrury (1971), Knobel (1968). Além disso, destaca-se a marcante influência do entorno sócio-cultural sobre os Guarani, por sua proximidade ao centro urbano e pelos meios de comunicação.

Assim, no que se refere ao campo emocional, os participantes mais jovens (numa expressão do conteúdo manifesto), bem como o líder mais velho (de forma latente) apresentaram sentimentos ambíguos entre querer aquilo que era Juruá e permanecer e preservar sua cultura e tradição, conforme observaram Grubits (2003) e Arias (2008).

Estas percepções, sempre que possível, foram assinaladas e dentro das condições do grupo assimiladas. A oportunidade dessa oficina pôde proporcionar um desenvolvimento e, no mesmo sentido que descreveram Tardivo e Vaisberg (2002), Tardivo (2003; 2004; 2007) as oficinas oportunizaram um encontro humano, em cujas relações estabeleceram um campo psicológico passível de manejo e interpretação. A própria observação do campo emocional denota que os sentimentos ambíguos (de ser indígena e ter o que é não-indígena) provocaram angústia e, esse sentimento promoveu para alguns um abandono do grupo e para outros a oportunidade de compreensão.

Os entraves do enquadre, bem como o conteúdo que emergiu do campo das relações (BARANGER; BARANGER 1961, BLEGER, 1963; 1972) entre profissionais/adolescentes, puderam ser evidenciados e manejá-los foi a tarefa mais difícil e fundamental para o desenvolvimento da oficina.

O produto final – o filme, bem como a escolha do tema e toda sua produção pôde revelar um “encontro” e uma integração entre o índio e o não-índio. Pode propiciar que a cultura e as tradições indígenas fossem expostas e enaltecidas pela tecnologia do não-índio. Aquilo que propôs Munduruku (2007) esteve presente nessa oportunidade da oficina, além de ser um caminho possível de ser realizado – o da integração.

Faz-se importante lembrar que, ao defender a cultura indígena, Munduruku entendeu haver necessidade de preparar esses povos indígenas para o trabalho com a linguagem da mídia, tal como tem sido já realizado entre habitantes do Parque Nacional do Xingu na habilitação de jovens indígenas para atuação em rádios e emissoras de TV que transmitem hábitos, tradições, eventos e cerimoniais, além de veicular várias outras atividades realizadas em diversas comunidades indígenas. Essas transmissões vêm sendo feitas tanto entre comunidades indígenas quanto para outras comunidades não indígenas, em âmbito regional e nacional; e isso tem possibilitado a veiculação dos valores, da cultura desses povos e possibilitado também a integração entre etnias, numa grande troca de aprendizagens.

### 3) RECORTES DA OFICINA LÚDICA COM CRIANÇAS

As oficinas foram encontros grupais com as crianças, realizados no espaço da escola estadual, na própria aldeia Krukutu. Os encontros aconteceram sempre semanalmente, por um tempo aproximado de duas horas. Essas oficinas foram realizadas em dois momentos - de abril a dezembro de 2007 (com intervalo no mês de julho) e depois de junho de 2008 a abril de 2009 (com intervalo no mês de dezembro); porém o segundo momento foi uma continuidade do primeiro. Ou seja, essa prática foi iniciada por mim e pela professora Gleise Sales Arias<sup>6</sup> que na ocasião realizava seu curso de Mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade Metodista de São Paulo com o tema da “Saúde mental de crianças indígenas”. Após o término do trabalho da professora, continuei com as crianças ainda por mais esse período de 7 meses. Também com relação à brevidade do trabalho, nessa ocasião, já no ano de 2007, foi possível discutir o que Yamamoto (2006) apontou como parâmetro para seus atendimentos em psicoterapia de grupo com família em caráter preventivo. Também como colocado pela autora, há um ideal de 12 sessões, somados com mais três de entrevistas iniciais. Porém, em nossas discussões e planejamento da oficina, levamos em consideração as interrupções dos feriados e férias escolares, de modo que um total de 20 encontros foi mais adequado para a proposta.

Essas oficinas, tal como aquelas realizadas com adolescentes e jovens, tiveram o objetivo primeiro de promover saúde psicológica daquelas crianças e as denominadas lúdicas, na medida em que os recursos foram: - desenho, pintura, recortes e colagem, fantoches; porém esses recursos serviram apenas como veículos mediadores no contato com as crianças. Foram veículos mediadores na medida em que puderam facilitar o estabelecimento do *setting* e dele pôde emergir o campo das relações emocionais com o qual pude trabalhar.

---

<sup>6</sup> ARIAS, G.S. *Psicodinâmica Familiar a partir da percepção de Crianças Indígenas Guarani Mbya de São Paulo*. Dissertação (mestrado em Psicologia Saúde) Universidade Metodista. 175fs, 2008.

Assim como aquela oficina com adolescentes e jovens, relatada anteriormente, essa também se caracterizou por ser uma situação terapêutica pouco estruturada e no decorrer das sessões outros elementos emocionais emergiram e foram contemplados e discutidos no grupo. Ainda igualmente à oficina com adolescentes, a utilização de um veículo mediador (desenhos, pinturas e demais atividades) veio atender aos interesses das crianças de maneira a ajudar na adesão dessas ao grupo. Porém, cabe destacar que, diferente da oficina com jovens em que havia uma tarefa específica (fotografar, filmar e produzir um filme ao final dos encontros) a oficina lúdica não teve esse propósito da especificidade de uma tarefa geral. Essa oficina teve uma característica bastante próxima ao grupo de reflexão (OLIVEIRA JR., 2002, FERNANDES, 2003) embora os encontros tivessem sempre uma tarefa. Considero que a tarefa, bem como o manejo do enquadre, no decorrer dos encontros tiveram uma forte influência na adesão das crianças ao grupo. O manejo do enquadre (BLEGER, s/d) foi de grande importância para assegurar o efetivo do trabalho. Ressalto que ao serem delimitados dia da semana, horário de início e término do grupo, o tipo de material utilizado (lápis, papel, tesoura, cola, giz de cera, entre outros) e um lugar específico para trabalhar, proporcionou garantia mínima de constância e ajudou sobremaneira no estabelecimento efetivo do grupo.

Assim, mesmo com um grupo pouco estruturado, o enquadre pôde favorecer a constância ou estabilidade das relações vinculares, que por sua vez facilitou o surgimento e configuração do campo das relações emocionais, conforme Baranger e Baranger (1969), Bleger (1963) e como estudamos anteriormente (BONFIM, 1998) na especificidade da psicoterapia com crianças. Acresço que na ocasião em que me dediquei ao estudo do campo (BONFIM, 1998), pude observar na experiência com crianças que minha participação ativa na trama criada pela paciente (criança) conforme a solicitação dela mesma ajudou-me a compreender melhor o que se passava com a pequena paciente. Essas interações emergiam do campo das relações emocionais, ao

mesmo tempo em que o facilitaram. Também a oficina pôde, da mesma forma, ser um bom caminho.

- **OS PRIMEIROS CONTATOS COM AS CRIANÇAS GUARANI-MBYÁ**

A primeira oficina deu-se no período de abril a dezembro de 2007. Os primeiros encontros foram para estabelecimento de contato e formação de vínculos com as crianças, pois, como já relatou Arias (2008) o fato de não sermos indígenas, somado com as dificuldades impostas pelos idiomas Português/Guarani (uma vez que as crianças antes da idade escolar só se comunicam em Guarani, pois ainda nessa idade não aprenderam língua portuguesa) foram evidenciados já nos contatos iniciais. De modo que a realização de Oficina com caráter pouco estruturado foi de fundamental importância para o favorecimento de vínculos positivos com as crianças. Mas, o interesse em realizar esses encontros grupais, tal como na oficina com jovens, foi a possibilidade de promoção de saúde psicológica, conforme preconizaram Bleger (s./d.), Caplan (1964), Simon (1989).

Nessas oficinas, os recursos de desenho, pintura, entre outros, favoreceram o contato e suscitou o aparecimento de aspectos subjetivos presentes na vida e cotidiano dessas crianças e esses puderam ser observados, compreendidos e elaborados. E nesse sentido Bleger (1963;1972) explica que a objetividade da observação só pode ser alcançada quando se incorpora o observador como uma das variáveis do campo emocional, de modo que aquilo que estudamos (o fenômeno psicológico) refere-se também à presença do psicólogo e à qualidade das relações que conseguimos estabelecer, bem como perceber de nós mesmos.

- **RECORTES DOS ENCONTROS GRUPAIS**

Nesse recorte, relato cinco momentos de uma oficina e que traduzem um processo evolutivo desses contatos. Um primeiro momento marcou desde os primeiros contatos até as produções gráficas que traduziram a “aceitação” das crianças para com as psicólogas; após, o grupo entra num segundo

momento em que expressaram um “desejo de nos agradar”. Num terceiro momento surgiram as “produções do cotidiano da aldeia” que também, além de serem tentativas para nos agradar, indicaram maneiras de mostrar um pouco de si mesmos; após num quarto momento surgiu a “ambigüidade e os conflitos” e um último momento que revelou algumas oportunidades de “elaboração”.

Sempre, no início de cada sessão e principalmente nos primeiros encontros, o trabalho era iniciado com o material gráfico que nós duas (Psicólogas) dispúnhamos sobre a mesa (papel, lápis, giz de cera, borracha, etc) para que as crianças se inteirassem com o material e o tomasse para execução de tarefas livres; e ao executarem a tarefa, as crianças criavam formas de contato conosco, bem como umas com as outras no grupo.

Tendo sido dado a eles a liberdade de produzirem o que quisessem em termos de desenho, pintura, colagem, o clima inicial que era de insegurança. Em encontros posteriores, como também relatou ARIAS (2008) as próprias crianças foram sugerindo novas atividades (teatro de fantoches, atividades de pintura e atividades com massinhas de modelar) e, nessas oportunidades, sempre foram acatadas as sugestões das crianças, num cuidado para que de nenhum modo impuséssemos atividades que ferissem a cultura Guarani. Com o passar do tempo, foi possível sentir que os vínculos positivos (PICHON-RIVIÈRE, 1978) foram sendo estabelecidos e fortalecidos e que o objetivo da realização das oficinas estava sendo atendido.

## **A ACEITAÇÃO**

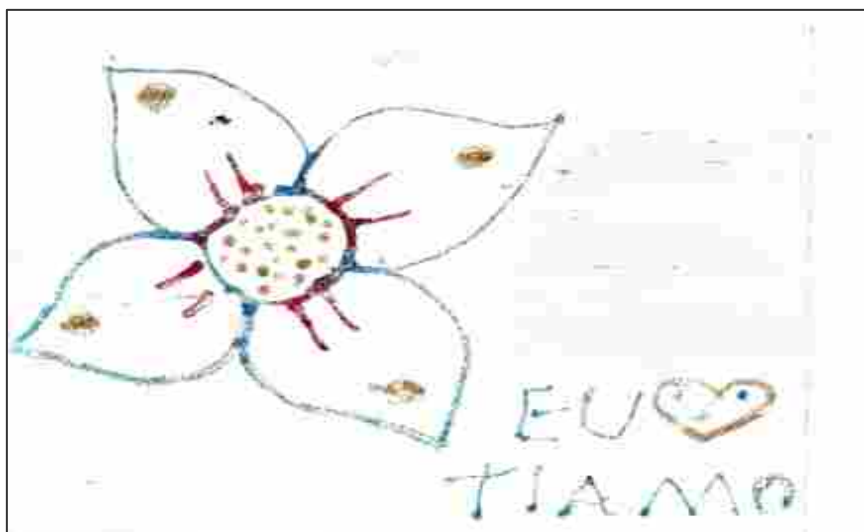
Com o decorrer do processo as crianças puderam se mostrar muito próximas, afetuosas, interessadas e muito respeitadas. Sobre esse aspecto do respeito das crianças Guarani Mbya para com os adultos, é interessante ressaltar que essa é uma característica muito marcante, como também relatou Arias (2008). As crianças Guarani, conforme assinalado por Shaden (1969) não dirigem seus desejos e expectativas de recompensa e punições a determinadas pessoas, mesmo da família, pois os adultos da comunidade também exercem funções que em nossa cultura são exercidas pelos pais. Na unidade social da aldeia, os adultos têm direitos e deveres de sancionar uma

criança ou mesmo recompensá-la; desse modo, a criança Guarani passa então a ter uma relação de grande respeito pelo adulto.

No caso da relação estabelecida entre as crianças e as psicólogas (eu e profa. Gleise) foi possível observar que quando as crianças passaram a demonstrar afeto e respeito, essas também passaram a nos dar o mesmo status adulto que davam aos adultos indígenas da comunidade. De modo que estava efetivamente estabelecido um grupo em que se pôde configurar um campo das relações emocionais. Pudemos então trabalhar.

Esses sinais de afeto, confiança e respeito foram expressos pelas crianças não só em seus relatos verbais, mas também em suas ações e produções gráficas. Seguem abaixo alguns exemplos dessas produções (figs 20, 21, 22) que foram realizadas principalmente durante os meses de abril e maio.

Fig 20 - Flor (1) com mensagem





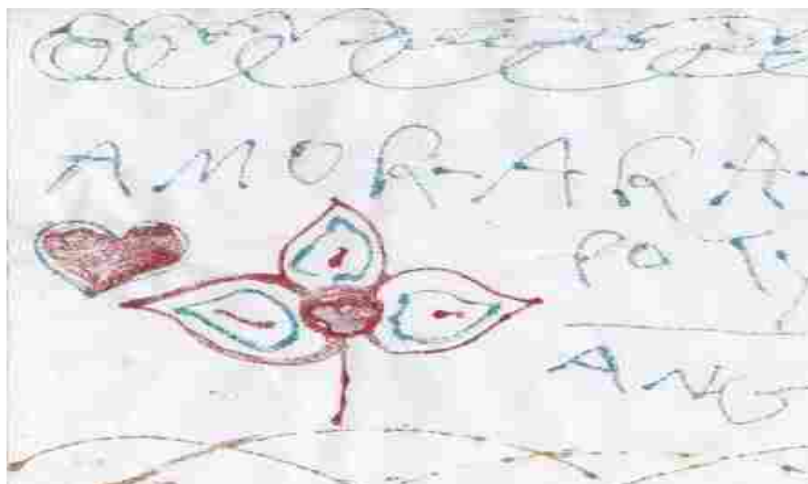


Fig 21 - Flor com mensagem (2)

Com essas figuras (20 e 21) a criança nos presenteia ao final do encontro, dizendo que gostava muito de nós duas. Criança de 10 anos (feminino).

### **O DESEJO DE NOS AGRADAR**

Nas sessões seguintes, nos meses agosto, setembro as crianças passaram então da aceitação inicial pelas psicólogas Juruá, para o “desejo de nos agradar”.

Entretanto, é importante relatar que houve todo um movimento grupal o qual indicou que o período de férias (julho) fora sentido como um “abandono”- tal como ocorre em qualquer grupo terapêutico, e por isso foi preciso trabalhar o medo do abandono e reafirmar o fato de que voltaríamos a nos ver logo no início de agosto.

Após esses contatos iniciais como relatado acima, em que as crianças nos presentearam com desenhos de flores e frases representativas de seu afeto pelas psicólogas, elas passaram a solicitar freqüentemente régua e borracha. Passaram a produzir desenhos com ângulos retos ou com preocupação em dar uma moldura à figura. Embora isso também possa

parecer uma insegurança quanto a desenhar livremente, havia um desejo delas em nos agradar. Contavam com a idéia de que eu e Gleise consideraríamos mais bonitos os desenhos estruturados, com linhas retas e ângulos (mais parecidos com desenhos arquitetônicos feitos por Juruá<sup>7</sup>). Além disso, poderiam mostrar que sabiam se aproximar dos “gostos” Juruá, e este foi um movimento grupal que pode ser compreendido como uma forma de nos deixar mais próximas delas e de tentarem garantir que não fossemos mais embora.

Seguem abaixo alguns desses desenhos (fig 22, 23, 24, 25). Também é importante colocar que sempre a criança colocava seu nome na figura – na frente ou no verso. Aqui nas reproduções, foram retirados seus nomes para garantir o sigilo, conforme lhes fora proposto no início das atividades.

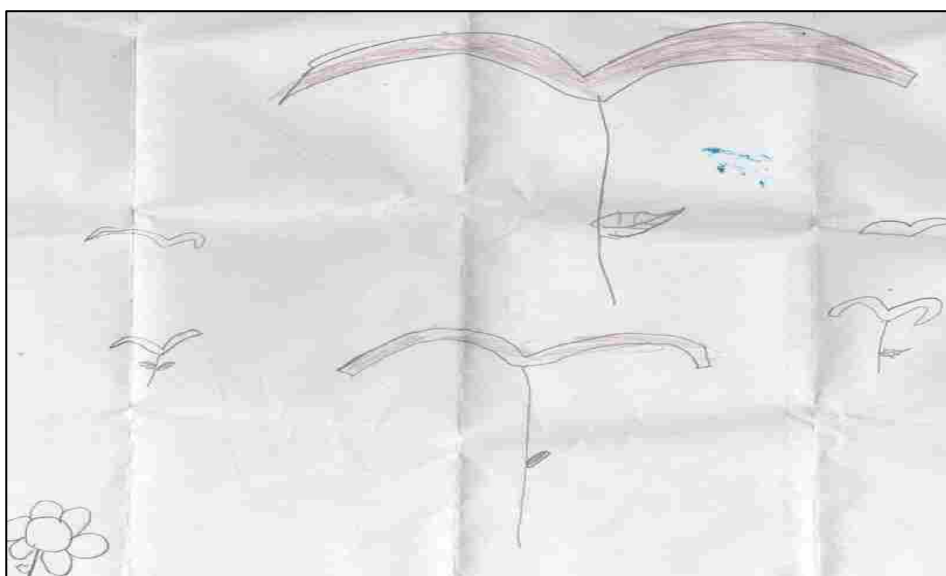
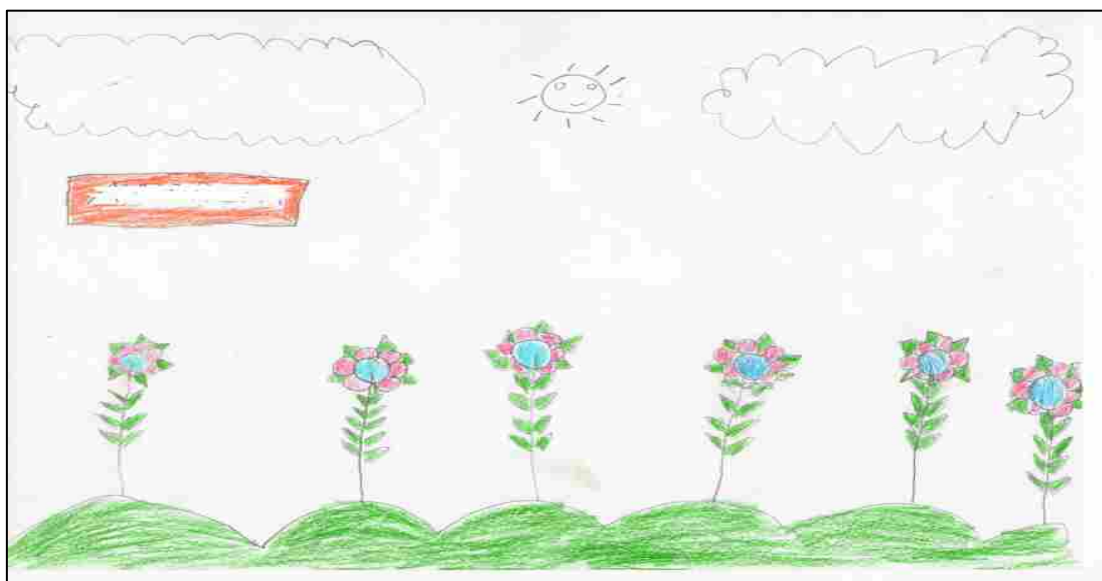


Fig 22 - Flor. Criança , 6 anos (feminino)

A criança nos presenteia com o papel dobrado e seu nome no verso, e diz: “é para guardar, para não esquecer (sic).

---

<sup>7</sup> Juruá é uma expressão utilizada comumente pelos Guarani Mbyá para se referirem às pessoas não indígenas.



F

Fig.23 – Flores. Criança de 7 anos (feminino).

Na figura 23, a criança também nos presenteia ao final do encontro, expressando também que gostaria que eu guardasse comigo.

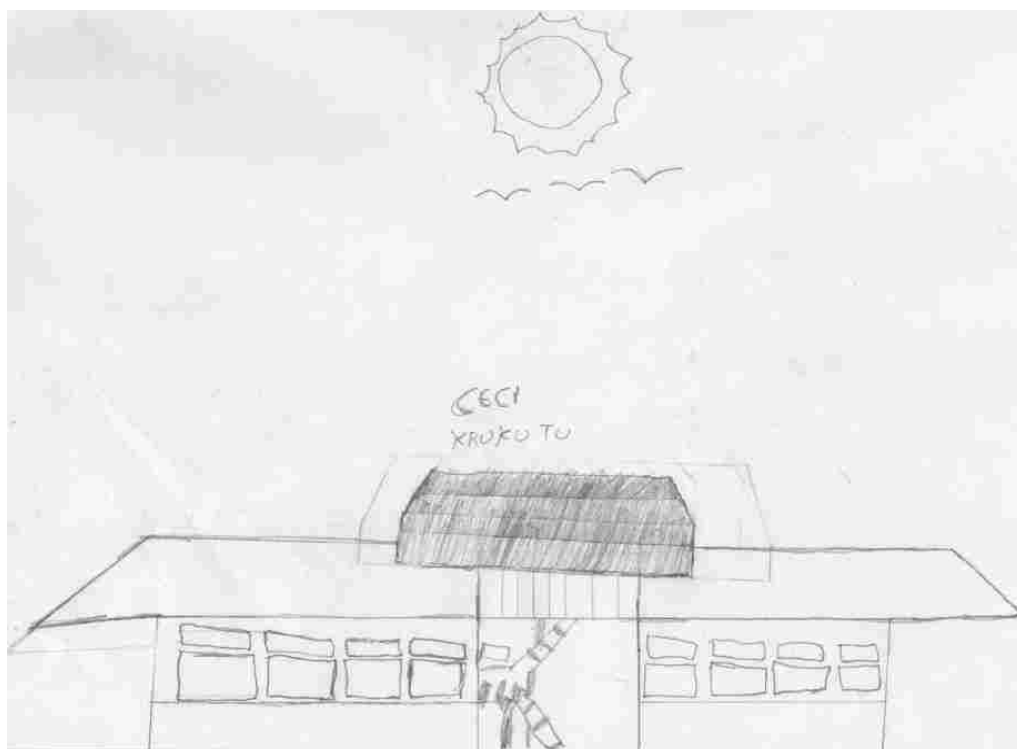


Fig.24 – representação do Centro Educação e Cultura Indígena – CECI, criança de 9 anos de idade (masculino)



Fig.25 – tentativa de representação da bandeira do Brasil.  
Criança de 8 anos de idade (feminino)

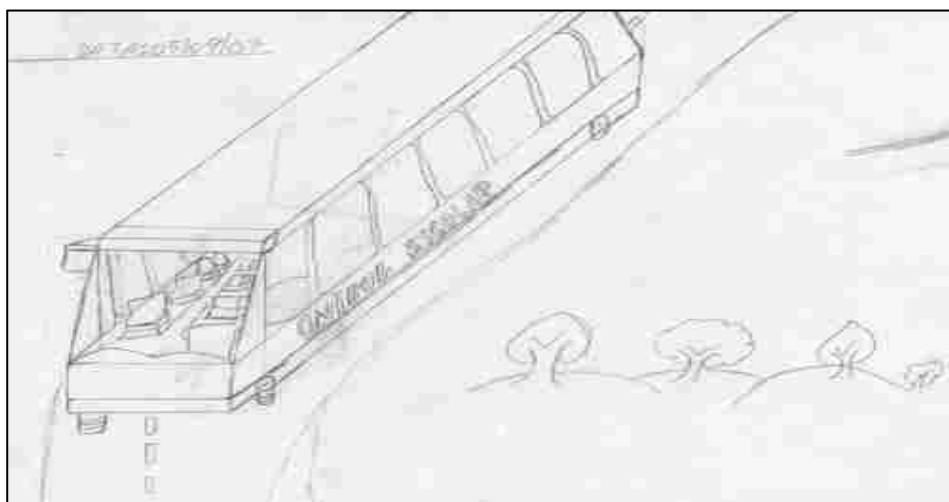


Fig 26 – representação do ônibus escolar. Esse veículo é o que os leva de uma aldeia a outra para estudarem na escola estadual (de 6ª. até 9ª. ano).

Nesses desenhos, é possível observar representações de objetos do “mundo Juruá” que, no entanto também estavam presentes na vida deles e que também eram indicativos da aceitação de nossa presença entre eles (a figura do ônibus que foi feita e repetida por várias crianças, também representava

uma “chegada” do Juruá na vida deles). Nesse desejo de nos agradar, foi possível observar que ao voltarmos das férias de julho, temiam que pudéssemos novamente ir embora, de modo que ao agradar-nos, garantiriam nossa permanência.

### PRODUÇÕES DO COTIDIANO DA ALDEIA

Após esse período em que produziram muitos desenhos em formas retas com ajuda da régua, passaram a desenhar muito sobre a paisagem e o cotidiano da aldeia, de forma mais livre.

Os desenhos (fig. 27 e 28) representam paisagens da aldeia, mas indicam uma transição entre o estilo anterior de formas retas e com uso da régua para esse em que a criança ainda utiliza-se da linha reta, e numa figura simétrica tenta mostrar a forma livre de expressão.



Fig 27 - Paisagem da aldeia (1). Criança de 10 anos (masculino)



Fig 28 - Paisagem da aldeia (2).

Desenhos da mesma Criança (fig 27) de 10 anos (masculino)

Após, observam-se exemplos das produções que representaram com mais especificidade o cotidiano da aldeia. Foi como se as crianças quisessem nos mostrar seu mundo; como se estivessem expondo sobre o seu lugar, sua vida diária. Abaixo são apresentados alguns exemplos desses desenhos.



Fig 29 – Paisagem da aldeia (2). Criança 10 anos (masculino)



Fig 30– Paisagem e cotidiano da Aldeia. Criança 9 anos (masculino)



Fig 31– Paisagem da aldeia (3). Criança, 8 anos (feminino).

Com o passar dos encontros, as crianças produziram muitos desenhos que representavam esse cotidiano da aldeia e as suas paisagens, e que foi possível observar como oportunidades de mostrar um pouco de si mesmos e do ambiente em que viviam; além de que também eram tentativas de nos agradar, pois em vários encontros éramos surpreendidas com novos bilhetes ou desenhos de flores, acompanhados de verbalizações como: *“este é para você guardar” (sic)*.

É possível fazer um correlato desses desenhos com a caixa (ou a gaveta) de brinquedos preconizada por Melanie Klein (KLEIN, 1932) ao ter em conta que os brinquedos e as conseqüentes ações do brincar farão parte das relações íntimas entre o analista e o pequeno (s) paciente (s) e, a criança guardará em suas lembranças esses afetos partilhados; uma vez que o brinquedo (aqui entendo os desenhos) permite a expressão do objeto interno.

Também é importante uma observação a respeito do princípio da realidade, mostrado no desenho modelo da casa (figura 31) que é uma representação de um modelo real das casas encontradas nas duas aldeias (Krucutu e Tenonde Porá). E isso remete à observação feita por Grubits (2003) em seu estudo sobre produções gráficas de crianças indígenas, em especial “a Casa”. A autora encontrou, entre outras questões da identidade, que havia uma representação da casa de acordo com suas culturas, além dos aspectos universais dos desenhos de crianças em geral.

Do ponto de vista do cotidiano, da realidade vivida nas aldeias, é comum que os Guarani representem e enfatizem a paisagem – a terra, a lagoa, as casas, ou seja, o seu “lugar”; aspecto esse bastante discutido por Meliá (1990) e muito bem observado por Grubits e Darrault-Harris (2003) que sinalizam a íntima relação dos Guarani Kaiowá com a terra, e que essa relação indica também não só um espaço de moradia, mas um lugar sócio-político, político-religioso e onde se pode expressar costumes, hábitos e seu modo de ser.

É nesse sentido que também aqui foi compreendido, ou seja, na evolução do processo grupal, as crianças, já mais íntimas, foram se sentindo mais livres para mostrar seu modo de ser, seu lugar, e puderam mostrar para



nós aquilo que de fato eram. No surgimento do campo das relações emocionais que foi possível perceber no grupo um efetivo espaço para a expressão simbólica; e, numa compreensão bioniana, como expressa B. Fernandes (2003) a simbolização é, de forma ampla, um processo de transformação da experiência em representações internas simbólicas. Ou seja, é um processo do pensamento; num sentido mais estrito, representa os produtos da fantasia. Ao brincar ou fazer atividades livres no grupo, as crianças podiam expressar suas ansiedades, seus desejos, defesas, permitindo-nos compreender seu peculiar modo de funcionar.

Nossa postura era sempre de compreensão e acolhimento, a fim de propiciar essa possibilidade de expressão, bem como, na medida do possível, de devolver o conteúdo na busca de elaborações.

Nesse processo, observa-se também que essas crianças expressavam-se com estética. Havia preocupação delas para uma combinação de objetos, paisagens e cores. De modo que se pode encontrar aqui um correlato com o que terapeutas conhecem como “arte-terapia”. Sobre esse aspecto, B. Fernandes (2003) explica que a estética é a qualidade que uma obra apresenta para evocar sentimentos, situações afetivas ou moral. E, continua a mesma autora, a expressão da arte e sua estética se mostram independentes da sinceridade do autor – que pode exprimir emoções, afetos, que nunca viveu concretamente, mas que sentiu.

Seguindo com o processo de encontros grupais semanais, por volta do mês de novembro, o grupo pede para que fossem realizados além das colagens que também gostavam muito, de que pudessem fazer teatro de fantoches. Assim foi feito.

Cabe aqui trazer um breve relato de um dos encontros em que se deu o teatro de fantoches. Nesse encontro, a tramas encenadas, criadas pelas crianças espontaneamente, continham personagens imbuídos de coragem e que realizavam atos heróicos [caçadores que dominavam ferozes onças na mata escura e que voltavam com a caça para alimentar a família]. As crianças revelaram nessa atividade o desejo de nos mostrar indígenas fortes e vencedores, ao contrário da imagem de vítimas da história.

Nessas oportunidades foi possível perceber as mais variadas maneiras de expressão das crianças. Mas destaca-se que a presença da arte e seu componente estético estiveram evidenciados. Nesse sentido, novamente lembro as contribuições de B. Fernandes (2003) quando coloca que a arte traz uma reconciliação entre os dois princípios – do prazer e da realidade. Aquele que a constrói não abdica de satisfação e prazer, mas ao mesmo tempo encontra seu caminho de volta para a realidade na medida em que faz uso de seus dons para moldar as suas fantasias, em prol de uma nova ordem.

Mesmo tendo experimentado o teatro de fantoches, as atividades de desenhos e pinturas eram as preferidas. Assim a oficina foi se constituindo. Passo, a seguir, ao relato do que denominei “ambigüidade e os conflitos”.

### **AMBIGÜIDADE E OS CONFLITOS**

Nesse ponto do processo terapêutico grupal, as crianças expressaram sua angústia e com ela a insegurança, confusões e a ambigüidade; partes mais profundas de seu psiquismo. Essa oportunidade de expressão possivelmente deveu-se a dois aspectos; um deles refere-se ao processo grupal que, por ter o grupo já adquirido confiança e segurança nas psicólogas, pôde ser compreendido. Outro (e esse mais específico dos ataques às terapeutas) referiu-se ao fato de que teríamos férias em dezembro e, portanto os abandonaríamos; além de que dezembro marca o final do ano (inclusive escolar) e havia sim um medo de que não mais voltaríamos. Há nesse temor um dado de realidade, uma vez muitas pessoas iniciam trabalhos nas aldeias e nunca mais voltam.

A seguir, observam-se algumas das produções (Figs. 32, 33, 34, 35, 36) que revelaram esses conflitos e principalmente a ambigüidade.

Observam-se nas figuras 32 e 33, que são de uma mesma criança, feitas num mesmo encontro grupal em que se pode discutir sobre a presença da natureza (da aldeia) na vida deles e a presença do mundo não indígena entre eles.

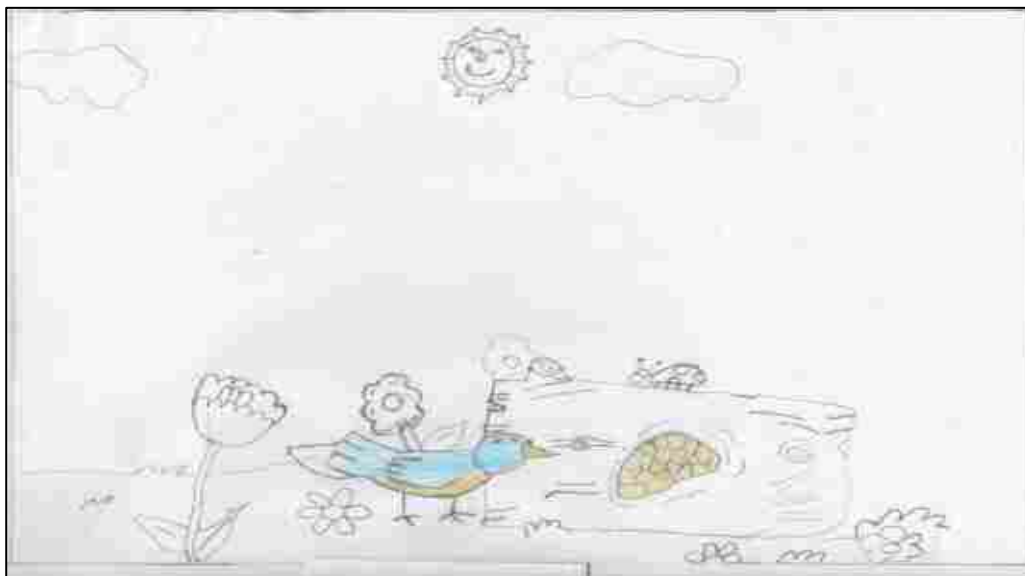


Fig 32 – paisagem aldeia (Criança 10 anos masculino)

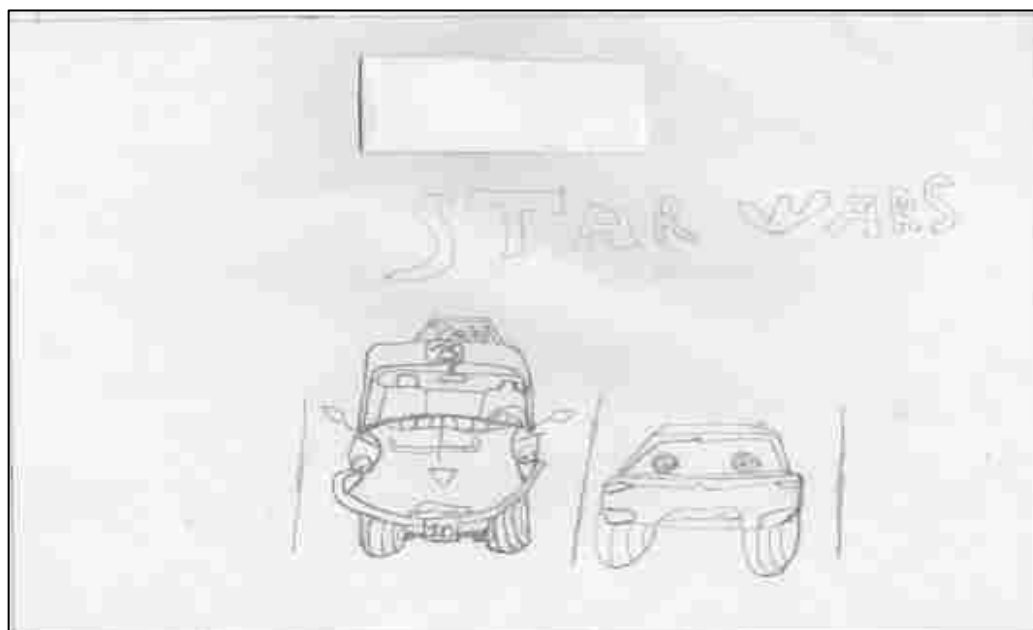


Fig 33 – máquinas "star wars" Criança 10 anos (masculino)

Essa expressão do mundo indígena e não indígena, do desejo e dúvidas em conservar aquilo que representa o mundo em que vivem (o cotidiano da aldeia) e o desejo do novo (do mundo não indígena) foi sendo evidenciado em vários encontros grupais. Abaixo, as figuras 34, 35 e 36, mostram uma seqüência feita por uma mesma criança num mesmo encontro.



Fig 34- uma casa da aldeia

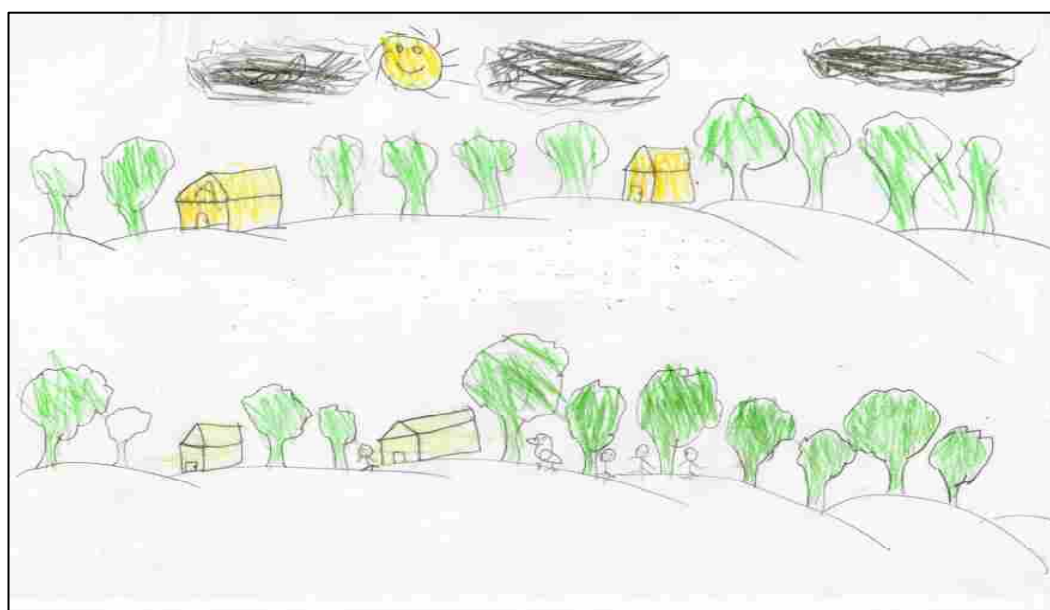
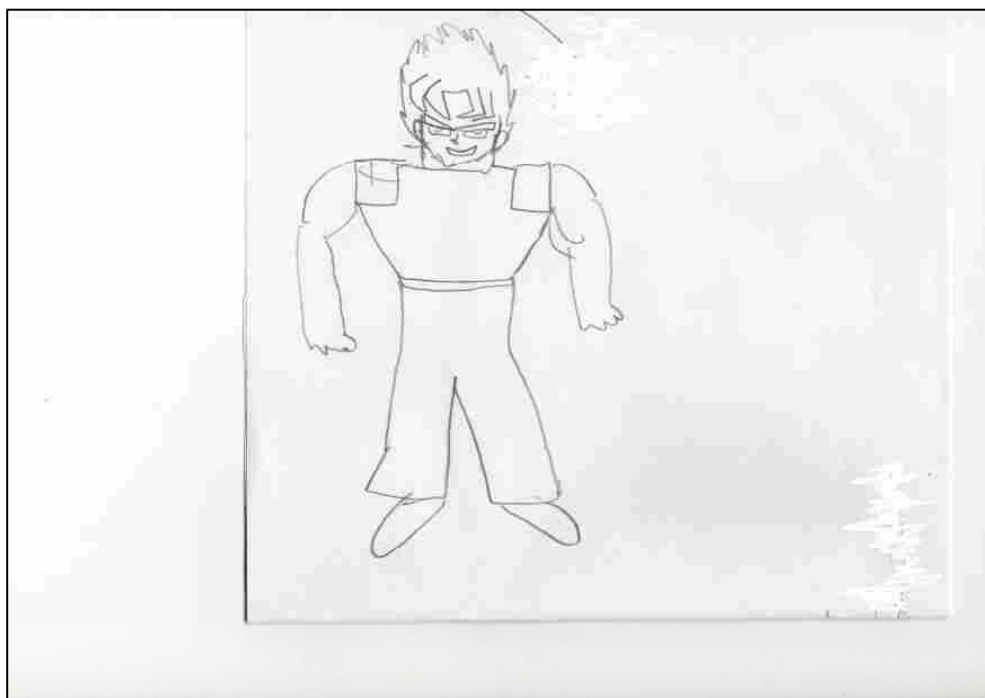


Fig. 35 - Casas e arvores da aldeia Criança de 9 anos (masculino)



III

Fig.36 – Um Menino, um Mangá. (desenho da mesma criança de 9 anos (masculino))

Nessa seqüência a criança se expressa de maneira a considerar feia a casa; *ah! É uma casa. Casa da aldeia ..... está feio* (sic); por isso rabisca a casa. Deseja jogar fora o desenho e volta a desenhar. A segunda produção é concluída e a empurra sobre a mesa; a produção é uma representação da aldeia - com arvores, casas e pessoas que, apesar de ter o sol, a criança por fim coloca em negrito as nuvens. E por fim, conclui o terceiro desenho com mais satisfação, demonstrando um menino (não índio), um estereótipo de figuras de desenho animado ou de gibis.

Nessa mesma sessão, outra criança (M. de 10 anos) conclui seu desenho e entrega-o. Era como sempre faziam, pois ao concluírem vinham em nossa direção entregando-os. Em suas produções, conforme pode ser observado abaixo (Figs. 37 e 38) , a criança, após a luta entre os dois animais (conforme afirma), desenha uma paisagem da aldeia em que são contempladas além da natureza e do céu e sol, a casa com antenas de TV.



Fig 37–  
Dois  
monstros  
brigando



Fig.38  
Casas na Aldeia  
com TV

Assim observa-se que os mesmos sentimentos ambíguos entre querer aquilo que era Juruá e permanecer e preservar sua cultura e tradição, tal como ocorrido na oficina com jovens, se fez evidente na oficina lúdica com crianças. Nesses momentos ou encontros, era muito evidente a angústia e, nas semanas seguintes muitas crianças não compareciam. Esse “balanço” entre querer e não querer o que tínhamos ou mesmo aquilo que representávamos, era também verbalizado de diferentes maneiras, por diferentes crianças. Expressões como: *“Tania, você me leva para morar com você? Traz sandália para mim lá de São Paulo! Ou ainda, nós vamos num passeio no Morumbi*

*(estádio de futebol) ..... lá tem coisas bonitas .....não vejo a hora. Um dia quero uma camisa igual a do Rogério Ceni (jogador do time de futebol) (sic).*

Porém, no próximo encontro, ou no mesmo, havia expressões de ataque às mesmas terapeutas desejadas (Juruá). Expressões como: *você é feia. Não vou te dar o desenho, vou rasgar. Não quero mais fazer nada e vou embora (sic)*. Quando esses comportamentos ocorriam num mesmo encontro, num próximo, ocorriam ausências, ou vinham com tentativas reparatórias.

Nesse aspecto da ambigüidade, é possível lembrar Klein (1946) ao explicar que a intensificação de sentimentos ambíguos dificulta a reparação para com objeto (talvez por isso ocorressem ausências, pois ao comparecerem, teriam de se deparar com o objeto danificado). E, continuando com as contribuições de Melanie Klein, com as fantasias de aniquilação do objeto odiado, a criança se sente culpada e busca reparar o objeto. Assim, nas tentativas reparatórias, as crianças se apresentavam mais depressivas e suas produções ainda se mostravam com intensa angústia; essas se expressavam – numa oscilação entre sentimentos de amor e de ódio.

Porém há de se considerar que há também uma forte presença dos processos de mudança advindos dos contatos entre grupos culturalmente diversos. E isso também lembra Schaden (1969) que esse processo ocorre e deve ser observado em três planos distintos, embora interdependentes: o cultural, o social e o psíquico; acrescentando-se ainda a esfera biológica. Um cientista, continua o autor, irá focalizar um desses planos de acordo com a sua especialidade, mas adverte que seria ilusória e estéril a manutenção dos saberes compartimentados, pois cada um dos aspectos poderá ter uma compreensão *“satisfatória somente se encarado como uma faceta de um todo mais amplo e sobremaneira complexo”* (p. IX).

Do ponto de vista psicológico a ambigüidade - ser indígena ou não ser indígena, mostrou-se evidente nas crianças; demonstrando confusão na própria constituição da identidade pessoal e que, conforme Knobel (1968) é feita a partir de identificações, introjeções, projeções com figuras adultas (parentais) fragilizadas e até desprovidas de vitalidade.

Sobre esse aspecto, ARIAS (2008) ao avaliar essas crianças sobre uma

perspectiva diagnóstica das introjeções e identificações com as figuras parentais, observou uma dinâmica familiar ambígua, confusa e que, segundo a autora tem influenciado na construção da identidade infantil. Conforme Knobel (1968) a identidade é construída por uma influência sócio-cultural que se assenta sobre uma base constitucional/ filogenética e de relações afetivas que se estabelecem entre as figuras parentais e a criança.

### **Entraves e vicissitudes no campo**

Outro fato que merece ser relatado e que tem relação com esses conflitos entre o “índio e o não índio” refere-se a uma das sessões em que fui questionada sobre o que fazia com o produto (desenhos, colagens elaborados durante os encontros). As crianças perguntaram se “vendíamos os desenhos que elas produziam”, pois os adultos indígenas assim diziam.

Em decorrência do ocorrido, todas as caixas com materiais feitos por elas nos encontros anteriores e arquivadas na Universidade foram levados para a aldeia na semana seguinte. Nesse encontro eu estava sozinha e mostrei que tudo estava lá. Precisei mostrar, de forma concreta que suas produções estavam “intactas”. Como não havia de se interpretar as relações transferenciais, mas havia de se compreender, foi preciso mostrar a elas que não vendíamos seus trabalhos, não as explorávamos e nem as descartávamos; simplesmente respeitávamos o que elas produziam.

### **OPORTUNIDADES DE ELABORAÇÃO**

Na seqüência dos encontros foi possível observar oportunidades de elaboração dos conflitos, ou pelo menos o fortalecimento de vínculos do grupo para com as terapeutas, das terapeutas para com o grupo. As produções gráficas foram tomando formas e conteúdos mais integrados, e as relações conosco também se mostraram da mesma forma demonstradas com conteúdos de amor e raiva ao mesmo tempo, sem o uso de cisões ou idealizações constantes.



A Figura (39) representa essa forma de vinculação e aproximação de forma mais integrada. A criança procura expressar a aldeia com suas casas, pessoas e incluem as psicólogas, as quais conheceram e com quem passaram a conviver em grupo.



Fig. 39 – “Encontro na Aldeia” criança 9 anos (masculino)

Porém, ao final do ano, quando avisamos que teríamos férias surgiram algumas regressões (também expressadas nas produções - exemplo figura 40) e que fora compreendido como movimento natural, como em qualquer processo grupal. A figura mostra prédios de São Paulo em partes negritadas ou vazias, com sol escondido e chuva. Esse é o lugar onde moram as terapeutas e para onde elas iriam (embora) longe deles.

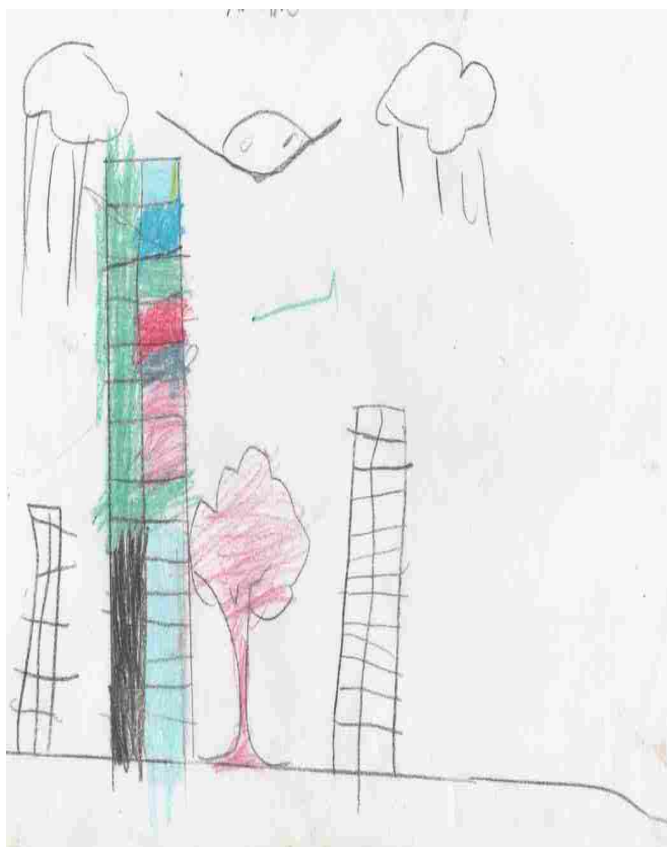


Fig. 40 - Prédios de São Paulo

Nesse final de ano foi decidido pelo grupo que faríamos uma festinha de despedida. Antes do acontecido, elas mesmas preparam convites que foram distribuídos tanto entre elas mesmas como para outras crianças que não participavam do grupo e também para os pais. No dia da festa, quando chegamos observamos que as crianças haviam cuidado da organização da escola, de modo que naquele dia as aulas terminassem mais cedo. As psicólogas levaram sucos e algumas guloseimas, a cozinheira da escola preparou “*Tipá*” - uma comida indígena; as crianças cantaram, preparam seus desenhos nas paredes. As figuras 41, 42, 43 mostram os convites.



Fig. 41 Convite para festa (1)

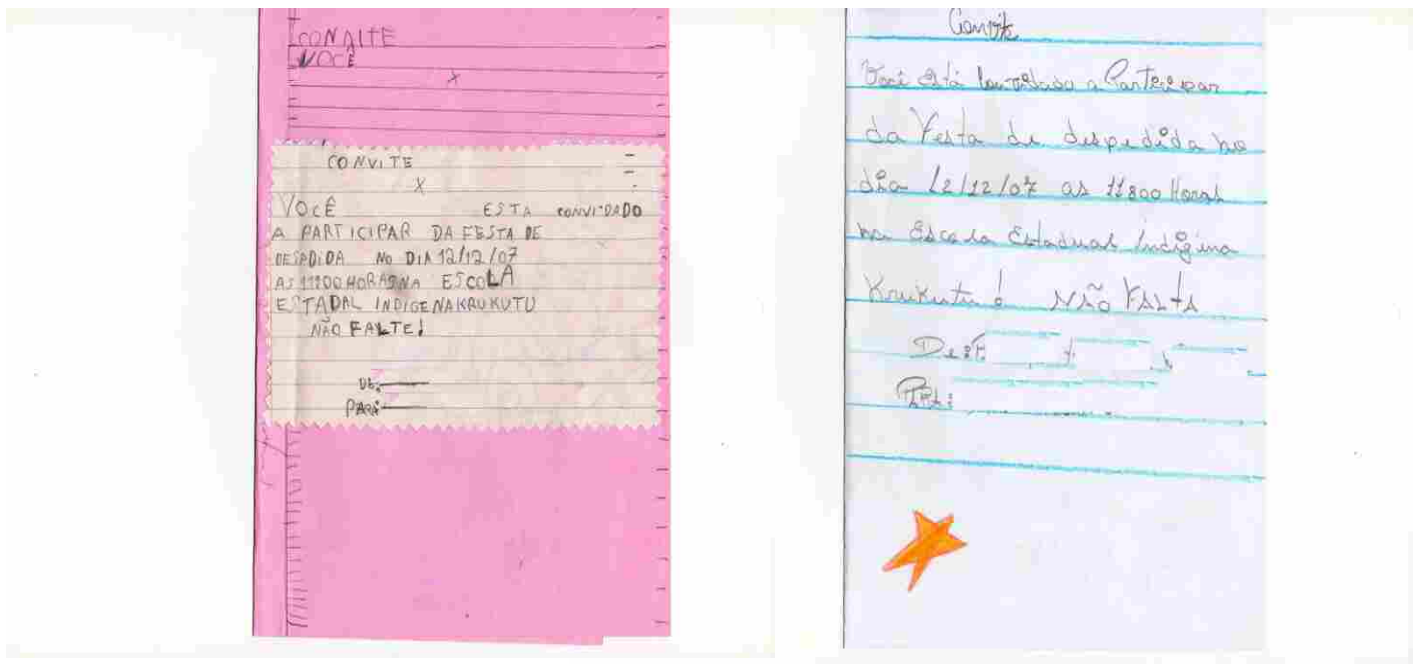


Fig. 42

Fig. 43

Convites para a festa.

Assim foi encerrada essa oficina e no ano seguinte o trabalho continuou. Fomos montando novos grupos e assim foi até meados de abril de 2009.

Diante das produções gráficas apresentadas, torna-se importante salientar que a proposta não teve o intento de utilizar esse material como instrumento diagnóstico, mas sim como mediador do contato com as crianças. Mesmo que nossa proposta não tenha sido a de investigar a natureza do conteúdo psicológico que emana das produções gráficas, pudemos considerar que elas colocam o psicólogo mediante um rico material latente trazido de maneira espontânea. No caso de interpretações com fins diagnósticos, embora tenha tido cuidado e parcimônia interpretativa, dadas as diferenças culturais e de linguagem que, como consideram Okazaki e Sue (1998), desfavorecem a utilização de instrumentos construídos a partir de referenciais não indígenas, os desenhos têm sido um instrumental de grande valia quando utilizado com essas populações.

Essa experiência em particular permitiu observar que a oficina – por terem dado oportunidade a que elementos mediadores favorecem o contato e a compreensão do mundo infantil dessas crianças, foi um modelo de intervenção psicológica possível e viável, podendo ser de fato uma proposta útil para esta realidade social; aspecto também evidenciado pela experiência nas Casai – Centro de Atenção a Saúde Indígena, por Garfunkel (2010) ao descrever sobre a viabilidade de trabalhos em oficinas e nelas a ênfase na escuta psicológica e no diálogo entre as culturas – a nossa e a indígena, considerando que, aquilo que parece difícil (diálogo entre culturas) pode ser o que potencializa o encontro e a transformação.

#### 4) OS ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

Com relação aos atendimentos individuais, é importante relatar que atendi muitos pacientes nesses quatro anos de minha estada na aldeia, incluindo-se atendimentos individuais, de casal, além das oficinas relatadas. Iniciei, ainda no ano de 2004, atendendo casos de pacientes psicóticos/alcoolistas em atenção a um pedido da própria Dra. Leila Tardivo, que por sua vez, também buscava atender às solicitações das lideranças da aldeia. Os líderes numa busca incessante de resolução de seus problemas com alcoolismo e numa preocupação com deterioração mental de alguns habitantes da comunidade, buscaram no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica da USP - APOIAR esse auxílio.

Com o passar do ano, a demanda foi aparecendo; fosse por encaminhamento de membros da equipe de saúde, fosse por busca espontânea, varias pessoas e vários casos solicitaram minha assistência.

Porém, apresento a descrição de dois casos que considerei ilustrativos. Apresento, em cada caso, um primeiro tópico com o histórico do caso e a seguir passo à descrição e análise dos casos por meio de transcrição de vinhetas representativas das falas dos pacientes e por categorias descritivas de análise, extraídas do conteúdo dessas mesmas falas. Nessa descrição foram abertas categorias de análise, que julgamos importantes de serem analisadas, levantadas a partir do conteúdo e que foram assim eleitas na medida em que compreendia o sentido dado por nossos interlocutores ao fenômeno estudado; tendo em conta que os estudos qualitativos permitem que novos dados e variáveis surjam e se refinem ao longo do processo.

##### **CASO 1: SR. X “O NINJA”**

O Sr. X. tinha 29 anos na época de nossos primeiros contatos. Foram realizados 17 atendimentos com o Sr. X. no período de junho de 2007 a agosto de 2008.

O estado civil do Sr. X. era separado, tinha uma filha adolescente com quem mantinha contato constante, pois a mesma vivia na aldeia, embora não

morasse na mesma casa. O Sr. X. vivia numa casa juntamente com a mãe e as irmãs, pois seus pais eram separados. O pai vivia na mesma aldeia, tinha outra família e era uma pessoa influente, pois já havia ocupado cargos de liderança.

O caso nos fora encaminhado pela enfermeira da aldeia, a qual solicitou um atendimento para o Sr. X. por esse apresentar queixas anteriores de agitação, episódios agressivos – como quebrar objetos em sua casa, fazer uso abusivo de álcool, perambular durante a noite na aldeia; de modo que os pais eram preocupados com esses comportamentos do filho, mas não sabiam como lidar com ele. Além desses comportamentos, em seu histórico de saúde constava um diagnóstico de esquizofrenia, feito por profissionais do sistema público de saúde. Segundo relato da enfermeira, o Sr. X. já havia tido alguns surtos anteriores, ocasiões em que fora levado ao pronto socorro mais próximo (pedreira) para atendimento imediato e lá fora medicado com “haloperidol endovenoso”.<sup>8</sup> Esse medicamento, conforme seu prontuário, estava sendo mantido em doses semanais e administradas na UBS – unidade básica de saúde da própria aldeia.

Após os primeiros contatos, considerei adequado que o Sr. X. fosse acompanhado por um psiquiatra, mas este profissional estava indisponível no sistema único de saúde SUS. Sendo assim, procurei ajuda na clínica de psicologia do Instituto de Psicologia da USP e, por intermédio do laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica - APOIAR, foi disponibilizado um psiquiatra experiente para tal acompanhamento<sup>9</sup>. É importante salientar que a mesma medicação foi mantida pela equipe que o acompanhou.

---

<sup>8</sup> O haloperidol, também haldol, é um neuroléptico do grupo das butirofenonas; a sua principal indicação é para tratamento dos sintomas psicóticos, mas pode ser usado também para evitar enjôos e vômitos e para controlar agitação, agressividade devido a outras perturbações mentais.

<sup>9</sup> O caso do Sr. X. e demais casos por nós acompanhados, recebeu atenção psiquiátrica na clínica de psicologia USP pela equipe do Prof. Dr. Francisco Assunção.

### **ESCUITA E COMPREENSÃO PSICOLÓGICA: PRIMEIROS CONTATOS COM SR. X.**

Os atendimentos realizados com o Sr. X. deram-se nas instalações do ambulatório médico da aldeia ou mesmo nas imediações, ao ar livre, quando por razões adversas a sala de atendimento estava ocupada.

A primeira entrevista ocorreu na UBS da aldeia e o paciente fora levado pela enfermeira, já que havíamos agendado previamente data e horário. Sr. X. chegou à primeira vez em passos rápidos, com preocupação em seu semblante.

Apresentei-me e perguntei-lhe se sabia o porquê dele estar ali. O Sr. X. então disse que sabia sim, que a enfermeira havia-lhe dito quem eu era, ou seja, *“a médica da cabeça”* (sic). Disse que estava ali porque tinha *“...”muitos sonhos e visões”*(sic) e relata também que bebia muito. Falei-lhe então sobre sigilo, sobre o fato de que ele poderia ficar a vontade para dizer o que quisesse e que também poderia começar a falar comigo por onde quisesse e que eu gostaria de ouvir o que tinha para contar e que queria compreendê-lo. Aventurei com o paciente a possível anotação de dados para estudo do caso e, como o Sr. X. estava aparentemente agregado nesse encontro, considerei pertinente falar com ele sobre essa questão da investigação científica nesse mesmo dia.

O Sr. X. consente e segue relatando sobre o fato de que tem bebido muito (bebe aguardente de cana açúcar ‘pinga’) e que sente-se incomodado por não ter um trabalho fixo, pois gostaria de ter. Porém, disse que ninguém lhe dava trabalho, pois todos sabem que ele bebe. Segue ainda, em seu relato, abordando a questão do trabalho e afirma que gostaria de ter um trabalho fixo mesmo que ganhasse pouco e relata que sabe fazer artesanato em madeira mole e em pedra; porém esse tipo de trabalho não traz dinheiro, pois as vendas são eventuais.

O paciente passa praticamente todo o tempo desse atendimento abordando sobre esse conteúdo relacionado ao trabalho e sobre o desejo de produzir algo, de obter algum ganho e de ser reconhecido, porém com um teor

de impossibilidade de realização desse desejo; considera-se pouco compreendido pelas pessoas.

Observo que o Sr. X. esperava ser compreendido também por mim, já que de uma maneira geral as pessoas não davam crédito a ele; também sentia-se frágil para realização de seus desejos.

Nesses primeiros encontros disponibilizei-me, agendando novos atendimentos, escutei muito e pouco falei. Tive a intenção de deixar claro que estava disposta a compreendê-lo. Nesse sentido, procurei seguir com as contribuições clínicas de Bleger (1972) ao explicar com a teoria da entrevista, que dela originam-se algumas orientações para sua realização, pois via de regra, uma entrevista clínica psicológica não consiste em levantar dados ou elementos da vida da pessoa, mas sim de .....

“obter dados completos de seu comportamento total no decorrer da entrevista. Esse comportamento total inclui o que recolheremos ampliando nossa função de escutar, porém também nossa função de vivenciar e observar, de tal maneira que ficam incluídas as três áreas do comportamento do entrevistado” p. 13

Essa concepção trazida por Jose Bleger tem origem nas regras básicas da psicanálise e recomendadas por Sigmund Freud (FREUD, 1912) em “Conselhos aos Médicos” e que denominou “atenção flutuante”. Embora a utilização do termo possa levantar equívocos, pois a expressão já indica, por si, uma contradição, conforme expõem Laplanche e Pontalis (1967) de que é uma atitude objetiva, mas adaptada a um objeto essencialmente deformado (que são os conteúdos de estruturas inconscientes surgidas através de múltiplas deformações).

Também são lembradas aqui as contribuições rogerianas de Mucchielli (1978), que embora sejam de abordagem diferente da psicanalítica adotada no presente estudo, é pertinente e muito próxima do compreendido nesse trabalho como relações estabelecidas com o paciente, pois trata-se do saber escutar, saber observar. A propósito dessa questão, Amaro (1996) considera que existem meios psicológicos que são utilizados para se atingir um fim



terapêutico e, entre as diferentes abordagens teóricas abordadas pelo autor, esse traz a importância do experienciar não diretivo, mostrando que essa é uma forma de atitude terapêutica que permite criar uma atmosfera tal que o paciente possa expressar suas emoções livremente; e o terapeuta funciona como elemento catalisador, para que o paciente elabore a reflexão sobre o ocorrido.

É importante destacar, que a explicação dessa peculiar maneira do psicólogo escutar e compreender na condução de uma entrevista pode parecer primário no presente texto; porém, há de se considerar que esse era um paciente de diferente etnia e por isso toda e qualquer conduta adotada faz-se necessária de ser relatada e discutida.

Após essa primeira entrevista clínica seguiram-se mais duas outras que compuseram os “primeiros contatos”. Nessas duas entrevistas o paciente relatou que estava bebendo, apresentou discurso pouco agregado e aparentou muita agitação. Mantive a mesma conduta clínica, ou seja, a de escutar e compreender, buscando estabelecer um ambiente que pudesse propiciar um lugar terapêutico. Nesse sentido, recorro a Bleger (1963) para explicar que procurei constituir um conjunto de elementos coexistentes e inter-atuantes num dado momento; uma situação em que situa os fenômenos que queria observar e estudar num limite demasiado amplo, mas que se curva a uma exigência metodológica de reduzir a amplitude dessa situação para poder estudar os fenômenos com mais precisão.

Embora tivesse adiantado as questões referentes ao campo das relações emocionais, as suas particularidades serão discutidas mais adiante numa categoria de análise em separado.

### **O SR. X. E SEUS PAIS**

Num quarto encontro comparecera a Sra. Y. mãe do paciente, conforme havíamos solicitado. Ambos entraram na sala. A mãe iniciou relatando sua preocupação com a saúde do filho.

Nesse dia falei com a mãe do paciente sobre anotações de dados para estudo do caso e sobre seu consentimento e sobre o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. A mãe concordou e disse que compreendia que o problema de seu filho é para “*Juruá<sup>10</sup> tratar*” (sic). Afirmou que ... “*os pajés não resolvem e não tratam disso*” (sic). Procurei intervir na fala da Sra. Y. dizendo-lhe que os pajés podiam ajudar conversando com a família. Ela concordou.

A Sra. Y continuou sua fala dizendo que era separada do marido, o Sr. W., o qual casou-se novamente e tinha outra família; mas quanto a ela, afirma que não mais se casou e procurou dedicar-se aos cuidados com seus filhos. Disse ainda que o Sr. W. participava muito da vida dos filhos e também era preocupado com X. e sua doença. Nesse momento X. interrompeu a mãe e disse: “*não sei porque ele foi embora*” (sic); chorou bastante no decorrer essa fala. A mãe também chorou, e depois permaneceu calada.

Procurei deixar claro que entendia aquele sofrimento e que queria ajudá-los. Após, também procurei investigar sobre o surgimento dos primeiros sinais e sintomas da doença de X., mas a mãe disse apenas que fazia alguns anos e que “*é assim mesmo! Passa uns tempos bom e outros ruim*”(sic). Não mais falei sobre isso.

Essa entrevista com a mãe teve o intento primeiro não de colher dados a respeito da doença, mas de aproximar os pais (no caso a mãe) do paciente e fazer com que pudessem acolhê-lo, pois percebemos que ele sentia-se só e desamparado, tanto pela família quanto pela comunidade; e esses sentimentos levavam-no ao desespero e à agitação; por conseguinte o Sr. X. bebia muito.

No que diz respeito a esse sentimento de desamparo, é interessante destacá-lo sob dois vértices de análise. Um deles refere-se ao fato de que o senso comunitário Guarani e as relações de família são muito importantes para essa etnia. Conforme Schaden (1969) a organização social dos Guarani baseia-se na “família-grande” que é composta pelo casal, filhas casadas, genros e pela geração seguinte; mas o conagraçamento de famílias grandes constitui uma unidade mais ampla (aldeia ou parte dela) .

---

<sup>10</sup> Nota-se que a palavra “juruá” utilizada comumente pelos Guarani Mbyá para se referirem às pessoas não indígenas sempre aparece em suas falas.

De modo que, sentir-se desamparado, é sentir-se isolado não só da família (pai, mãe e filhos), mas de todo grupo social de onde vive.

De modo similar, ainda que tratando de uma variação étnica entre os Guarani, Grubits; Darrault-Harris; Pedroso (2005) explicam que na dinâmica social Guarani Kaiowá a solidariedade do grupo parental é um dado relevante de ser observado e compreendido e, em outro estudo Grubits; Darrault-Harris (2003) observaram que índice de desorganização social dos Guarani atuais dá-se pela instabilidade das uniões conjugais; tal fato tem repercussões em toda a comunidade, pois a estrutura social Guarani se apóia nas relações de família. Ainda sobre esse aspecto, verifica-se que não há dados de pesquisa sobre a instabilidade das uniões conjugais entre os Mbyá, mas o observado nas aldeias é que elas se fazem muito presentes (como é o caso do Sr. X. e de seus pais).

Nessa entrevista foi possível compreender muito do conteúdo referente ao sentimento de desamparo do Sr. X. relacionava-se com rupturas de laços familiares; o fato de sentir que fora deixado pelo pai indicou haver uma repercussão intensa de pesar e desespero. Essas rupturas representavam também rupturas no grande grupo, de modo que o desamparo estendia-se por toda comunidade.

Por outro lado, havia um pedido de amparo e acolhimento do Sr. X. para sua psicóloga ou “médica da cabeça”; como explicou Bleger (1972) o terapeuta tem uma participação ativa no processo e essa participação corresponde a uma forma especial de funcionamento mental do psicoterapeuta que, entre outros fatores, deve ser continente às identificações projetivas do paciente.

De modo que isso indicou a importância da universalidade das relações transferenciais e a importância do conhecimento psicológico e psicanalítico em particular para a compreensão da angústia humana, independentemente de etnia e condição social e cultural.

### **ESTABELECIMENTO DO CAMPO**

Como apontado no início do presente estudo, esse se sustenta na premissa psicanalítica de que é no campo e é o campo que permitirá ao psicólogo escutar, observar, vivenciar e compreender seu interlocutor; e

lembrando Bleger (1963; 1972) de que o campo é uma exigência metodológica por ser um “corte hipotético e transversal da situação terapêutica” .

Assim, é nesse campo dinâmico, tal como o disse esse mesmo autor, no conjunto de elementos coexistentes e interatuantes e que permanentemente se reestrutura e se modifica que procurei compreender o Sr. X.

Na quinta sessão com o Sr. X. este se apresentou muito agitado, seu discurso era persecutório e delirante. Aparentava inchaço no rosto e suas vestes estavam sujas de terra e o paciente exalava odor desagradável; sua aparência geral era de descuido.

### OS DELÍRIOS DE PODER DO NINJA

Nessa mesma sessão o Sr. X. disse que estava tendo aqueles “*sonhos e visões*” (sic) e disse também que estava bebendo. Disse que as pessoas não o entendiam.

Eu lhe disse que ficasse à vontade para me falar sobre isso. Sr. X. relatou que às vezes:: “...vê o *espírito daquele que fuma e que às vezes é mais forte e faz coisas*”. Com isso, continua o paciente, “*me sinto com dom de pajé, porque vejo espíritos*” (sic).

Seu discurso era delirante e não apresentava uma estrutura; apresentava sim um fala catártica, no sentido de despejar o que lhe viesse à mente; acompanhando esse discurso havia uma agitação intensa.

Continua o paciente dizendo que às vezes também se sentia o “*Bruce Lee*” (sic) e que também “*pensava nas mulheres ninjas*” (sic). Disse que pensava em ..... “*coisas ruins, pessoas que morrem (...) mas não posso falar agora porque eles podem ouvir e se vingar*”(sic) .

Nesse dia o paciente falou todo o tempo de seu delírio, que mostrou um conteúdo persecutório e fantasias onipotentes de força e poder. Deixei que falasse e não fiz intervenções, pois tinha em conta que não haveria nenhum ganho terapêutico interpretando delírios; além de que, minha conduta era seguir a proposta clínica preventiva postulada por Simon (1989) quando expõe que as interpretações a respeito do conteúdo do material relatado podem ser

sentidas como invasoras pelo paciente, além de se mostrarem inócuas, não trazendo nenhuma evolução. De modo que a intenção foi a de que ele pudesse expressar e que em algum momento pudesse perceber que alguém o ouvia.

No sexto encontro o Sr. X. não compareceu e também não estava na aldeia. A informação que obtive foi que ele continuava sendo medicado no posto médico (UBS) da aldeia.

Observo que essas sessões merecem dois vértices de análise. Um deles refere-se às questões culturais envolvidas no conteúdo do delírio e outro que se refere à técnica.

Quanto ao conteúdo do discurso delirante, saliento que não tenho a intenção de analisá-lo desde um ponto de vista da psicopatologia propriamente dita ou de sua relação causal, mas sim dos aspectos psico-culturais nele envolvidos; ou seja, o paciente em seu discurso referiu-se às fantasias de poder que têm os ninjas<sup>11</sup>. Esse conteúdo vislumbra aspectos influentes sobre o indivíduo e que não pertencem a sua cultura original; fato que pode demonstrar que os meios de comunicação a que tem acesso e demais informações e contato com a sociedade não indígena certamente influem na maneira como o sujeito dá significado ao seu mundo e suas experiências. Esse é um aspecto interessante de ser abordado, pois o Sr. X. poderia ter se apropriado de um guerreiro mítico Guarani para expressar suas fantasias onipotentes, todavia, ao não mostrar essa apropriação, dá indicativos do que Egon Schaden (SCHADEN, 1969) denominou como sendo aculturação. Esse autor explica que os processos de mudança resultantes de contatos e de relações entre grupos diversos podem ser entendidos em três planos interdependentes: o cultural, o social e o psíquico. Continua o mesmo autor a explicar que, assim como os demais processos culturais o da aculturação se passa na personalidade e fora dela, na configuração cultural e fora dela, na sociedade e fora dela; e só reconhecerá a realidade viva quem lhe conferir e compreender a tríplice natureza que se funde numa unidade.

---

<sup>11</sup> Referem-se aos guerreiros presentes na cultura oriental.

Ainda sob essa perspectiva, pode-se dizer que mesmo considerando as variáveis presentes num processo de aculturação, o delírio e a fantasia lá estavam presentes e necessitavam de compreensão individual e não só sócio-grupal. Compreensão essa que, assentada no paradigma psicanalítico da “teoria das relações de objeto”, leva ao entendimento de que o sujeito psíquico é fruto das relações que estabelece, sobre a base filogenética e constitucional, num vai e vem à cata de objetos (projeção e Introjeção).

As expressões do Sr. X. sobre as coisas ruins que pensava e ouvia, o medo do perseguidor vingativo, podem ser compreendidas com Melanie Klein (KLEIN, 1937) ao explicar sobre “o relacionamento conosco e com os demais”, faz uma indagação: “quem, porém, somos nós mesmos?”. A autora segue expondo que tudo de bom ou de mau que recebemos do mundo externo e tudo quanto sentimos do mundo interno, sejam experiências boas ou ruins, sejam atividades, interesses, pensamentos, ou seja, tudo que vivenciamos faz parte de nosso eu e auxiliam na formação de nossa personalidade. De modo que, essas situações emocionais, mesmo e principalmente as mais remotas influem nas nossas relações conosco; e isso ocorre de tal modo que, guardamos em nossa mente essas experiências com as pessoas amadas e podemos, em algumas ocasiões difíceis que somos orientados por elas. De modo que, se à criança não for dada suficiente felicidade no início da vida, sua capacidade de amor e confiança também será abalada.

Com isso está-se atribuindo aos pais do Sr. X. uma responsabilidade por seu estado mental atual? Principalmente ao sentir desespero e abandono quando se refere à partida do pai? Não exatamente. Continuando com Melanie Klein (KLEIN, 1937; 1960) é possível compreender que a relação intermutável filho-pais que se expressa em nossas relações com outras pessoas também é experimentada em nosso íntimo em face dessas figuras prestativas e mentoras que guardamos na nossa mente. Essas pessoas do nosso mundo interior ao serem entendidas como pais amorosos e protetores em relação a nós, retribuiremos esse amor, pois nos sentiremos como pais em relação a elas; essas experiências farão parte de nossa vida ativa e contínua para nossa felicidade e vigor espiritual. Do contrário, se figuras parentais mantidas em

nossa mente inconsciente forem predominantemente severas, então não podemos ficar em paz conosco. A tensão causada por fantasias de conflito interior e os medos a ela associados, encontram-se no fundo do que reconhecemos como consciência vingativa. Incidentalmente, diz a autora “essas tensões e medos podem manifestar-se através de sérios distúrbios mentais ....”p. 109.

Continuando com a mesma autora, há de se entender que existem crianças que criam figuras paternas rígidas e severas em seus inconscientes, perturbando a relação com os pais reais, mesmo que esses pais tenham sido amorosos. Todavia, no caso do Sr. X. todas essas questões mais profundas só seriam passíveis de verdadeira compreensão ao ser submetido a um tratamento analítico de longo prazo.

Com relação ao delírio em si, esse pode ser entendido com Levcovitz (1998), que toda arquitetura delirante, ou seja, sua estrutura e dinâmica constituem um arsenal defensivo. O sistema delirante deve ser suficientemente forte para barrar as forças das pulsões e restabelecer um governo; assim, por exemplo, não é o “delírio que levaria um indivíduo ao suicídio” (p. 209), mas sim o fracasso ou a insuficiência dessas medidas de defesa, as quais estão a serviço da manutenção da vida. De modo que no momento da sessão, o Sr. X. expressou aquilo que lhe era possível, numa tentativa e num esforço imenso de manter-se vivo. A angústia gerada e que também fora transparecida nessa sessão fê-lo ausentar-se da próxima.

Sob o vértice da técnica, é importante lembrar as contribuições de Antonino Ferro (FERRO, 1991) que os personagens são produto do campo emocional e, portanto, não apenas do paciente, uma vez que fazem parte das relações transferenciais. De modo que o desejo de poder contemplado na figura emblemática do ninja também seria também desejo da terapeuta em querer ajudar e conhecer esses vilões presentes na fantasia do paciente e que aqui se misturam na configuração do campo.

### SR. M. MAIS AGREGADO

Por volta sétimo atendimento o Sr. X. não compareceu à UBS e não estava também na aldeia.

Naquele que seria então o oitavo encontro, o Sr. X. compareceu. Aparentava bem. Seu discurso era mais ordenado, sua aparência física estava melhor; verifiquei que estava sendo medicado. Nesse dia ele voltou ao assunto do trabalho que gostaria de ter (refere-se a um ganho fixo), *“mesmo que fosse uns 40 reais por mês”* (sic). E continua na mesma fala de se sentir desacreditado pelas pessoas, pois disse que *“ninguém me daria um trabalho”* (sic). E continua, *“Também ... sabe....eu gostaria de ter um trabalho ..... algo fixo, como o do E. e o C. , agentes de saúde”* (sic) (referiu-se a dois outros indígenas da aldeia que eram agentes de saúde e que são vistos como tendo trabalhos de grande importância).

Continuou dizendo que sabia fazer artesanato em madeira, objetos tais como, onça pintada e tamanduá; também relata que sabia fazer machadinha em pedra e outros artesanatos. Mas, repetiu como em encontros anteriores que as vendas eram eventuais e que também precisaria de uma faquinha e de madeira mole, mas que não dispunha desse material.

Perguntei-lhe se sabia trabalhar com argila e ele se mostrou interessado. Convidei-lhe para ir até o meu carro na porta do ambulatório para apanharmos lá três pacotes desse material. Dei a ele e este sorriu e disse que ia tentar. Sugeri-lhe também que ensinasse as crianças, durante os intervalos escolares.

No nono encontro, Sr. X. compareceu. Também parecia bem e relatou que estava se sentindo melhor. Falou-me com sorriso que havia feito um trabalho com aquela argila que havia levado para casa e disse: *“Fiz um tatu” .....vou até minha casa buscar!”* (sic); eu concordo. O paciente saiu e logo retornou com a peça nas mãos. A médica do ambulatório então observa e elogia o trabalho dele. Sr. X. expressa felicidade e me presenteia com seu trabalho. Eu agradei-lhe e disse-lhe que no carro havia mais argila e que gostaria que ele pegasse mais para fazer mais artesanatos caso quisesse. O Sr. X. expressou contentamento e disse que sim, que desejava o material;



então entreguei-lhe mais pacotes e no caminho até o carro comentei sobre a possibilidade dele também pintar as peças e ensinar as crianças.

Nesse dia o paciente pareceu muito bem. Sentiu-se importante em mostrar seu trabalho e grato pela confiança que eu estava depositando nele.

### A FANTASIA DE CURA

No décimo encontro, Sr. X. comparece, mas tive de atendê-lo fora do posto médico, pois a sala de atendimentos estava já sendo usada por médico e enfermeira na preparação de relatórios para Funasa. Expliquei-lhe que a sala estava sendo usada e nos dirigimos ao lado do posto médico e conversamos sob as árvores.

Sr. X. iniciou me perguntando o que eu achava do problema dele e se precisaria fazer um exame da cabeça. Perguntei-lhe porque ele considerava a necessidade de um exame.

Então ele me responde que talvez pudesse ter um problema no cérebro. *“Gostaria de ter uma esperança de curar, porque se for problema físico pode arrumar”* (sic).

Arrumar como? Eu lhe perguntei.

*Ele disse “se for na cabeça ....no cérebro... acho que talvez pode fazer alguma coisa para arrumar, mas se for espíritos que falam..... aí ..... não sei.....”* (sic).

Então eu repeti: se não for físico .... E então o Sr. X. diz que não poderá ser arrumado porque *“os espíritos vem com a pessoa quando nasce e não dá para mudar isso...ai eles ficam”*(sic).

A questão da crença é bastante presente e, principalmente o Egon Shaden (SHADEN, 1969) descrevera sobre a crença Guarani-Mbyá de que não é possível interferir no desenvolvimento da personalidade da criança e, por conseguinte do adulto, uma vez que acreditam numa “alma” que já nasce

pronta; de modo que não acreditaram na eficácia de métodos educativos, a não ser por via mágica ou em casos excepcionais. Assim, é para eles quase impossível o processo educativo com práticas repressivas. Por isso, haveria uma esperança de cura para Sr. X. se fosse algo concreto (do cérebro), pois do contrário.....nada poderia modificar.

Aqui o Sr. X. passou-me a idéia de que ele carregava uma espécie de “fardo do destino” e do qual ele não poderia se desvencilhar e, além da crença contida nesse conteúdo, havia também uma forte presença desses personagens (espíritos) com ele nesse momento e que faziam parte de seu delírio.

Tendo essa percepção, eu não quis, nesse momento, entrar nesse mérito das crenças e dar vazão ao delírio; além disso eu não poderia dar a ele uma expectativa de cura que eu não poderia oferecer-lhe – já que ele gostaria de ter meu aval para realizar um exame na cabeça e verificar se eu poderia ajudar-lhe a tirar o mal.

Então lhe pergunto como ele se vê sem o problema.

Eis então que surgem as fantasias onipotentes. O Sr. X. relatou que gostaria de ser um músico famoso e gravar um CD (fantasia nesse momento de ser tal qual outro indígena da aldeia que gravou um CD e tornou-se importante). Gostaria que as pessoas o olhassem e o admirassem. Gostaria de tocar teclado para que todos o vissem.

As fantasias de cura dão início à entrevista que termina com as fantasias onipotentes.

Observamos que esse era um movimento que acompanhava o Sr. X. desde os primeiros atendimentos, ou seja, havia um vai-e-vem entre as fantasias de cura e as fantasias onipotentes. No início das entrevistas quando me tomou por “médica da cabeça” – que possivelmente lhe tiraria os males, ele pedira ajuda, mas esperava que essa fosse uma ajuda mágica. Após, surgiu a

onipotência, o poder do ninja, de sua força e poder; crescendo-se também a inveja de ser um agente de saúde importante como são os demais e de ser como o músico famoso.

O Sr. X. pedia ajuda e pedia também para ser gostado e querido pelas pessoas, embora não soubesse muito bem como fazer esses pedidos de forma explícita e consciente.

#### **ENTRAVES E VICISSITUDES NO CAMPO: AS RECAÍDAS**

No décimo primeiro atendimento, o Sr. X. não compareceu à UBS. Fui informada que ele não estava bem, mas que estava em sua casa. Fomos até lá, eu e uma das enfermeiras.

Ao adentrarmos na casa encontramos Sr. X. estava deitado numa cama rodeada por uma cortina escura, formando um cubículo (dava impressão de um túmulo). Chamamos por ele. Esse atendeu-nos sonolento. Convidei-o para irmos até o posto médico para conversarmos. Sr. X. se levantou e oferecemos para que fosse conosco no automóvel; ele se recusou e disse querer ir a pé. Após alguns minutos o paciente chegou ao posto médico e nos dirigimos até a sala.

Sr. X. estava visivelmente deprimido. Relatou que preferia dormir porque ouvia vozes durante o sono, nos sonhos. Disse que eram vozes boas que diziam coisas boas para ele.

Perguntei-lhe sobre a medicação e sobre o atendimento psiquiátrico. Sr. X. disse que fora até a USP, mas não havia sido atendido e não sabia explicar por que. Também não sabia dizer sobre sua medicação.

OBS: neste dia soube que o agente de saúde levou o Sr. X. e outra paciente até a USP para serem atendidos, no entanto esses não receberam atendimento. Houve um contratempo com o carro da médica e essa se atrasou; o agente de saúde percebe os pacientes inquietos e quando se dá conta a paciente havia fugido pelo campus da universidade indo procurar a mãe que fazia um curso em outro instituto. Desesperado, o agente de saúde não poderia

deixar o Sr. X. sozinho e o leva junto à procura da garota. Voltaram para aldeia e lá encontraram com a paciente que havia voltado com a mãe que encontrara numa sala de aula. Por isso o Sr. X. não havia sido atendido.

No décimo segundo atendimento novamente Sr. X. não compareceu. Não havia agentes de saúde para nos acompanhar até a casa dele. Embora tivesse esperado por ele no ambulatório, algumas pessoas da comunidade disseram que ele não estava na aldeia. Soube que muitas dessas ausências davam-se porque o Sr. X. saía a perambular.

No décimo terceiro atendimento, mais uma vez o Sr. X. não compareceu. Fomos até a casa dele, eu e a enfermeira. Ao batermos à porta, percebemos que ele estava deitado e atendeu sobressaltado. Pedi que fosse até o posto e notei que ele não estava bem. Ao chegar ao posto, observei Sr. X. bastante deprimido; seu estado havia se agravado. Sua voz, seu ritmo estavam alterados.

A enfermeira havia já me informado que o paciente estava sem tomar o “haldol” (oral), pois o medicamento havia terminado. Conversei com a enfermeira sobre a possibilidade de ele passar por uma consulta para conseguir uma receita. Essa providenciou para que fosse levado, juntamente com outro paciente nosso, para ambulatório em Santo Amaro.

No décimo quarto atendimento novamente o Sr. X. não compareceu.

Fomos até a casa dele, pois o agente de saúde foi chamá-lo e mesmo assim ele não veio. Desencontramo-nos, enfermeira e eu do agente de saúde e quando retornamos fomos informadas que o paciente havia passado por lá e fora para o Ceci. Fui até lá buscá-lo e o mesmo já havia saído, indo até a casa do cacique. Fui procurá-lo e esse veio ao meu encontro e fomos juntos até a UBS. Observei que no caminho as pessoas riam e zombavam dele enquanto passava.

Já na sala perguntei-lhe sobre a medicação oral e o paciente disse que não havia tomado, pois ninguém dera a ele; mas havia tomado “haloperidol” endovenoso. Perguntou-me se eu sabia da morte do Sr. J. (referiu ao meu

outro paciente que fora junto com ele na semana passada para Santo Amaro para passarem em consulta e receberem medicação oral). Eu disse que sim, que havia ficado sabendo.

O Sr. X. então relata que o Sr. J. havia sido assassinado (a informação procedia). Continuando seu relato o Sr. M. disse: “*as pessoas ficam falando do índio que mata índio*”; após uma pausa diz: “*eu acho que sou inocente*”. “*Eles (referia-se às vozes) me disseram ....*” (sic).

Na continuidade dessa sessão o Sr. X. apresentou pensamentos cindidos e delirantes, sempre relacionados ao crime – culpa – perseguição. Em dado momento, ao observar um cartaz da pediatria que estava preso atrás da porta da sala de atendimento, comenta sobre o cachorro que queria abocanhar um gato que estava sobre uma árvore (como se estivesse encurralado).

Sabe disse ele após esse comentário : “*Eu ando estudando as vozes e as imagens que aparecem porque é pra ter sabedoria*”(sic).

A morte do Sr. J. havia lhe despertado muita persecutoriedade. Sr. X. sentia agora um pavor em ser sucumbido também.

#### **CRENÇAS E SAÚDE MENTAL**

O Sr. X. parecia mesmo encurralado entre um sistema de crenças, um sistema social e geográfico (que também encurralada os aldeões nas comunidades pequenas e sem recursos próprios), uma vida afetiva apartada das relações parentais que tanto desejara. Fatores esses que já faziam parte de sua “constituição”.

Com relação ao sistema de crenças, autores como Nimuendaju (1987), Schaden (1969), Meliá (1991), Borges (2002) consideram os Guarani e em especial os Mbyá como aquele grupo étnico que apresenta grande apreço à tradição e profunda religiosidade; esse grupo é, certamente, aquele que herdou todo o misticismo Guarani no que diz respeito às suas rezas e seu modo de encarar o mundo não-índio, utilizando esta característica cultural como forma e estratégia de resistência a um mundo que considera *ñeychyrõgui arauka i anguãema* (terrível e imperfeito). De modo que é de fundamental importância a

ênfase sobre as crenças e a religiosidade na compreensão da saúde mental indígena, pois são âmbitos que atuam na formação da personalidade e fazem parte da concepção de homem-mundo entre os Guarani-Mbyá, estando presentes não só na manifestação das patologias, mas também no processo de recuperação. E isso é bastante evidente no caso do Sr. X. – tanto na manifestação de sua patologia como em seu processo de recuperação.

Conforme Hita (1994), a religiosidade se manifesta, ademais, no complexo sistema de crenças referentes às relações do homem com a natureza, com seus semelhantes e com os poderes sobrenaturais nos quais reconhecem os dominadores do universo. Parte desse complexo inclui a compreensão que o indivíduo tem sobre a morte, a vida, a saúde e a enfermidade. Se em qualquer sociedade as enfermidades constituem eventos que ameaçam o sentido do mundo, a busca de respostas para tais males propicia a formação de conhecimentos para explicá-los e remediá-los. Deste modo se desenvolve o vasto sistema de crenças, conhecimentos, práticas, normas e rituais que constitui o que conhecemos como ciência médica. Nas comunidades indígenas, a aparição de enfermidades se remete à concepção do mundo, às representações que passam do natural ao sobrenatural. Aspecto também muito evidente nos relatos do Sr. X., principalmente em seus delírios e em suas fantasias de recuperação, como quando relata: *“Gostaria de ter uma esperança de curar, porque se for problema físico pode arrumar”* (sic); *mas se for espíritos que falam..... aí ..... não sei.....”* (sic).

A respeito dessa questão da manifestação das crenças e da religiosidade, vale relatar aqui certa passagem, que considero relevante. Ao me dirigir até a cidade em certa ocasião, levei um dos rapazes indígenas agente de saúde. Durante o percurso, intrigada com o fato de que as pessoas riam do Sr. X. quando esse passava, perguntei ao agente de saúde como a comunidade via os problemas do Sr. X. Esse me respondeu que as pessoas compreendiam, pois o pajé havia dito que é um feitiço que colocaram para ele na bebida, por isso era importante que o Sr. X. parasse de beber. Nesse diálogo observei que o agente de saúde tanto dava luz às crenças quanto protegia a própria comunidade de qualquer desconfiança que pudesse haver de preconceito.

Afinal, o agente de saúde falava com uma pessoa Juruá; não podia, portanto delatar seu povo.

#### **IMPORTÂNCIA DAS CRENÇAS E DA RELIGIOSIDADE ASSOCIADOS À SAÚDE E DOENÇA MENTAL**

Entendo que o agente de saúde queria me informar que sua comunidade era compreensiva com os casos como o do Sr. X., além de me informar que a interpretação do pajé era o que conduzia o sujeito e a comunidade. Seria como um critério de verdade. Porém, não era só isso o que eu vinha observando no cotidiano de nossas visitas.

Por um lado, a fala do agente de saúde nos leva a Meliá (1991) ao explicar que os Guarani Mbya, entre os três sub-grupos Guarani (nhandeva e kaiová), foi o que mais conservou a herança mística Guarani em suas rezas e seu modo de encarar o mundo não-índio, utilizando esta característica cultural como forma e estratégia de resistência a um mundo que considera *ñeychyrõgui arauka i anguãema* (terrível e imperfeito). Deste modo, apresentam grande apreço à tradição e profunda religiosidade.

Naquela interlocução com o agente de saúde, assim como em outras, verifiquei certa contradição entre o apreço pela religiosidade transmitida pelos mais velhos ou pessoas chave da comunidade e certo “preconceito” vindo dessa mesma comunidade, ainda que velado. De certa forma, há um esforço dessas pessoas em conservar tradições, inclusive as crenças e esse senso religioso Guarani, porém há o preconceito, bem como medo do “louco”. Isso também é refletido no próprio discurso do Sr. X. quando diz que ninguém daria trabalho fixo a ele.

Assim, a fala do agente de saúde poderia ser um esforço contra a chamada aculturação conforme exposta por Schaden (1969) ao mesmo tempo em que é uma expressão da manutenção de suas crenças. Fala essa que também dá indicativos de um modo peculiar de resistência desse grupo às influências não-índias, tal como assinalou Nimuendaju (1987) sobre o fato de que, desde a colonização esse agrupamento étnico migrou em busca da “terra

sem males”; e o que os movia era senão os motivos religiosos e não as guerras.

A propósito dessas contribuições de Nimuendaju (op.cit) de que esse povo resiste ao branco usando de estratégias religiosas e místicas, a fala do agente de saúde também nos faz pensar que com suas crenças, com o poder do Xamoi, e com a compreensão da comunidade, seria possível a resolução dos problemas do Sr. X. De modo que minha ajuda também seria vista com reservas.

Continuando, no décimo quinto atendimento, Sr. X. comparece à UBS. Estava medicado (embora eu não soubesse o quanto a medicação vinha sendo administrada corretamente). Estava deprimido. Referiu-se o tempo todo à culpa e perseguição. Disse que se sentia perseguido pelo mal que causou. Continua a ouvir vozes, e disse: *“vejo uma cruz que me perturba”*(sic). *“As pessoas sabem o que estou sentindo ..... e os outros falam aquilo que está dentro de mim”*(sic). Percebi o paciente muito assustado nesse dia.

Continuou dizendo que tinha vergonha do pai e da mãe pelas coisas erradas que fez desde criança. Disse ainda o seguinte: *“acendi uma vela para uma moça para ela ficar comigo e ela não ficou, então o mal voltou para mim. Foi magia”* (sic).

Após essa fala, continuou dizendo sobre uns “crentes” (referia-se aos protestantes) com uma bíblia que passavam na aldeia em pregação. Fez essa referência no sentido de sentir-se perseguido e culpado.

Novamente aqui a questão do sistema de crenças é de grande importância na compreensão do caso do Sr. X. Porém, há uma evidente mistura com aspectos místicos não pertencentes às crenças Guarani propriamente ditas. A vela que acende e a cruz que o perturba, além da evidente marca de pregadores protestantes na aldeia, se misturam com o sistema de crenças próprios de sua cultura. Isso nos leva a uma equiparação do que observaram Garnelo e Wright (2001) sobre as concepções de doenças e saúde entre os índios Baníwa, pois apesar de apresentarem todo um sistema organizado para descreverem as doenças, esse povo também mostrou uma



apropriação da influência do mundo não índio em sua compreensão e representação de doenças. Observaram os autores, que a cosmologia Baniwa opera como sistema de acolhimento das informações de biomedicina, que são apropriadas e re-significadas segundo a lógica do pensamento mítico. Os autores entenderam que esse povo, em contato com diversas formas de saber e de atitudes frente ao fenômeno de doença, desenvolve práticas e concepções científicas, míticas e de senso comum que se misturam e se reproduzem num processo de interferência mútua e retroalimentação. O mesmo parece se dar nesse aldeamento Mbyá.

#### **UMA BREVE LEITURA PSICOLÓGICA DO CASO DO SR. X.**

Numa visão exclusivamente individual do quadro do Sr. X. e de um ponto de vista do paradigma psicanalítico, é possível que o Sr. X. fosse um “quadro grave”, segundo considerações de Simon (1989). Nesses quadros o autor inclui os sujeitos com defesas rígidas, arraigadas a estágios arcaicos do funcionamento mental. Essas defesas visam a proteção contra intensas angústias persecutórias ou depressivas. E estas angústias, por sua vez, são aquelas originárias de fantasias primitivas de aniquilamento do ego ou de objetos amados. A intensidade das angústias e a rigidez das defesas – principalmente as cisões, identificações projetivas maciças, negações – distorcem a percepção de si mesmo e do mundo externo (chegando a constituir alucinações) e distúrbios do pensamento (produzindo delírios). A estrutura da personalidade desses sujeitos é rígida e frágil, havendo necessidade de uma ampla reestruturação.

Portanto, continua o autor, psicoterapia psicanalítica requereria árduo trabalho em nível psicótico, recomendando-se um atendimento de quatro a cinco sessões semanais, durante cinco anos e geralmente mais. Outra indicação do autor, caso as condições materiais e concretas envolvam o caso seria a psicoterapia breve operacionalizada em que se poderiam ser trabalhados a “situação problema”.

Observamos assim, uma impossibilidade na administração dessa estratégia metodológica/terapêutica que seria aquela de longo prazo.

Acrescenta-se ainda, que conforme pôde ser observado na descrição do caso, o Sr. X. se apresentava muito mais agregado quando seguia corretamente a medicação prescrita. Nos contatos eram percebidos mais afetividade e predomínio de relações mais amorosas.

Ocorreram mais dois atendimentos em que o Sr. X. apresentou-se mais agregado. Também foi até a escola onde aconteciam as oficinas lúdicas a procurar-me, mesmo não sendo seu dia habitual de atendimento. Levou sua filha para que eu conhecesse (embora eu já a tivesse conhecido em outra ocasião). Sentou nas bancadas com as crianças e com sua filha e lá permaneceu desenhando.

Após essa ocasião, foi instituído o atendimento a doentes mentais indígenas pelo Caps da região e discuti com a enfermagem a possibilidade do Sr. X. ser lá atendido, já que receberia uma atenção mais integral. Assim, o Sr. X. e outros pacientes psicóticos e com dependência alcoólica foram encaminhados para tal unidade de saúde. O próprio sistema de saúde disponibilizou automóvel para buscá-los. Mesmo assim, se já era complicado conosco as idas do Sr. X. à UBS da aldeia, não foi diferente no Caps, pois eu soube que suas idas não foram freqüentes; mas o Sr. X. continuou seu tratamento naquela unidade de saúde.

Afastei-me da aldeia em meados de 2009. No início de 2010, noutra visita a aldeia, o pai do Sr. X. disse-me que o filho, numa estada em outra aldeia no litoral, dissera aos demais que ia embora, pois estava com saudades de casa. Foi então que se infiltrou na mata atlântica e nunca chegou ao seu destino.

O pai relatou-me o episódio com muito pesar. Disse que fez todo percurso, juntamente com outras pessoas da aldeia, mas não o encontrou. Triste, o pai acreditava que o filho havia morrido.

Assim, é possível dizer o quão difícil se tornam as intervenções nessas comunidades que possam ser eficazes. Lembro novamente Simon (1989) quando empreendermos um trabalho terapêutico sério nesse âmbito, pois,

como revela o autor, devemos ter em conta suas possibilidades no que tange aos fatores motivacionais. Esses fatores não são apenas internos, mas também materiais e concretos, tais como, disponibilidade financeira para custear o trabalho, condições como distância/ locomoção, entre outros. Todos esses eram fatores intervenientes no processo terapêutico do Sr. X., somando-se ainda as dificuldades de que fossem administradas corretamente as medicações, principalmente o “haldol” via oral.

A partir dessa experiência torna-se possível dizer que o sofrimento psíquico está presente entre essas pessoas nessa comunidade, bem como há possibilidades de atendê-los a partir de nosso referencial teórico-metodológico, pois também tentamos nos curvar ao entendimento de suas crenças e atitudes. O que dificulta o atendimento não se assenta na diversidade étnica e cultural propriamente ditas, mas sim, nas variáveis materiais, situacionais e circunstanciais que envolvem esses casos. E, desde esse ponto de vista, esses quadros clínicos não se mostram tão diferentes daquela realidade já vista em nossas periferias nos grandes centros urbanos.

## **CASO 2: MOEMA “ A CULPA PERSECUTÓRIA”**

Moema tinha 17 anos na época de nossos primeiros contatos. Estava casada há aproximadamente um ano na ocasião. Vivia com o marido de 18 anos numa casa próxima à da família do marido. Embora sua mãe também vivesse na aldeia, essa era casada já pela segunda vez, tinha filhos desse segundo casamento e ambas não tinham um bom relacionamento.

Moema procurou-me por indicação da enfermeira e da médica da Unidade Básica de Saúde da própria aldeia. Vinha queixando-se, já há alguns meses, de grande tristeza após ter perdido um bebê por problemas de uma gravidez tubária ou ectópica<sup>12</sup>. Foram realizados em torno de 20 atendimentos individuais no período de agosto 2007 a maio 2008 e algumas orientações com o esposo e com o casal.

### **ESCUTA E COMPREENSÃO PSICOLÓGICA: PRIMEIROS CONTATOS COM MOEMA**

Os atendimentos realizados com Moema aconteceram nas instalações da Unidade Básica de Saúde da aldeia ou, em algumas ocasiões, por razões adversas, os atendimentos ocorreram ao ar livre ou mesmo em sua residência.

O primeiro contato com Moema aconteceu em uma sala da Unidade Básica de Saúde, pois havíamos agendado um horário. Nesse encontro, apresentei-me e disse-lhe que estava a sua disposição para ouvi-la, pois a médica e a enfermeira haviam dito que viria. Então Moema iniciou dizendo que me procurou porque elas (enfermeira e médica) disseram que eu poderia ajudá-la.

Disse-lhe que estava ali para isso; para ouvi-la, mas que era importante que soubesse que aquilo que dissesse era sigiloso, que havíamos de respeitar

---

<sup>12</sup> Gravidez ectópica ou tubária é toda gravidez que se localiza fora da cavidade uterina; o ovo pode se fixar em várias regiões do organismo materno, como na cavidade abdominal, trompas de Falópio, ovários, canal cervical e cornos uterinos. Cerca de 95% dos casos se localizam nas trompas, ocasionando uma frequência de, aproximadamente, 1 para 250 gestações. Com demora no diagnóstico e no tratamento, os riscos são maiores, podendo-se chegar a problemas abdominais graves e até ao óbito do feto.

Fonte: <http://boasaude.uol.com.br/dic/>

essa condição. Após explicar sobre o sigilo, falei-lhe também sobre a vinda dela à UBS nos horários que combinássemos e que aquele horário era dela e que também era importante que assinasse o “termo de consentimento livre esclarecido”, explicando-lhe assim as condições da investigação clínica e do enquadre.

Moema concordou e disse que queria vir aos atendimentos, pois se sentia muito triste e abatida. Relatou-me sobre o bebê que havia perdido há poucos meses, tal como já haviam me adiantado. Continua dizendo que o marido cobrava-lhe um filho. Chorou muito.

Eu permaneci calada e lhe ofereci um lenço de papel.

Após, disse querer um filho para lhe fazer companhia, pois o marido trabalhava e não ficava junto dela. Disse que tinha medo de ficar só, pois sempre fora só. Chora novamente. Continua a relatar-me que desde seus 3 anos de idade viveu uma história de abandono, pois foi deixada pela mãe aos cuidados da avó e, já na vida adulta fora deixada por vários parceiros. “*sempre fui deixada*” (sic). Conta que saiu da aldeia em que nasceu em companhia da avó e foram embora para o Paraná viverem noutra aldeia. Após, ainda criança, foi levada por uma tia, que se dispôs a cuidar dela, e moraram em outras periferias de cidades. Ainda criança, com a tia, fora viver numa favela no Rio de Janeiro e lá permaneceram por alguns anos. Nessa ocasião chegou a usar drogas e fazer uso abusivo de álcool.

Moema disse que não sabia que era indígena e só soube aos 9 anos e foi quando começou a aprender a língua Guarani; mas mesmo assim afirmou ter aprendido rápido, pois disse: “*Aprendi logo... parecia que sabia de antes*”. “*Mesmo assim tenho costumes Juruá*” (sic). “*Hoje, sinto falta do natal, do ano novo. Agora passo sozinha*”. “*Também sinto falta dos abraços e beijos de Juruá, porque Guarani quando abraça e beija só pensa em sexo*” (sic).

Eu lhe disse que entendia que ela se sentia dividida; que sentia medo de não ser compreendida e também que esperava que eu a compreendesse melhor, já que eu era Juruá.

Quanto a esse aspecto, cheguei a pensar numa confusão, ou conflito no que diz respeito à sua identidade pessoal. Como se fosse um dilema - o de *ser índio* ou o de *ser não índio*; numa busca de um “lugar”.

Moema disse que se sentia melhor, mas que sua cabeça pensava demais. Disse que já pensou em se matar, por várias vezes.

Pensei numa depressão e solicitei que passasse em consulta com a psiquiatra da USP para uma avaliação. Moema aceitou. Também lhe disse que estaria lá na próxima semana e que a esperaria. Moema agradeceu por eu tê-la ouvido e disse que voltaria na semana seguinte.

Eu também lhe forneci o número de meu telefone celular.

Providenciei que fosse atendida no Instituto Psicologia da USP - IPUSP – pela médica psiquiatra - com a qual já havia estabelecido um acordo sobre esses pacientes indígenas.

Na semana seguinte Moema não compareceu.

Eu estava na Unidade de Saúde quando o marido de Moema apareceu querendo falar comigo. Pedi que entrasse e me dispus a ouvir o que tinha a dizer. Diogo, o marido de Moema, justifica sua ausência dizendo que naquele dia ela não estava bem, pois ficara muito triste ao relembrar ..... *“coisas da vida”* (sic). *“Vida dela sempre complicada....pra lá e pra cá”*. *Junto com Juruá e junto com índio*” (sic).

Diogo contou-me que o que o atraía em Moema era esse jeito “Juruá” que ela tinha, ou seja, seu modo de vestir, outras coisas que gosta. Mas, era ao mesmo tempo isso que também ele temia em relação a ela, pois outros homens também eram atraídos por ela, principalmente os “Juruá”. Ele continua dizendo que assim como sua esposa, ele também tinha suas mágoas em relação à vida. Disse que também foi deixado pela mãe quando tinha apenas 4 meses de vida. Sempre viveu com o pai e, aos 12 anos de idade é que o pai lhe contou o que a mãe havia feito para que se separassem ( não diz o que). Continua dizendo que sentia muita raiva dela, pois hoje ela ficava “se

*metendo na vida”* deles (sic).. Continua: .... *“não quero falar mais sobre isso”* (sic).

Nesse dia, fui com Diogo até sua casa para ver como estava Moema.

Quando lá cheguei Moema estava deitada e disse que nada havia feito naquele dia (referia-se a trabalhos domésticos). Perguntei-lhe se fora ao atendimento e essa disse que sim e que estava tudo bem. Eu novamente reafirmei que a aguardaria na próxima semana no posto saúde, no mesmo horário.

Cabe aqui explicar porque fui até a casa de Moema nesse dia. Como a paciente havia passado em consulta com a psiquiatra do Instituto Psicologia da USP, bem como no encontro anterior percebi-a bastante abatida, somados ao histórico de ideação suicida, julguei pertinente observar seu estado.

Após esse dia, entrei em contato com a psiquiatra. A mesma me disse que temia suicídio após iniciar a medicação. A médica confirmou a depressão de Moema e disse temer que com a medicação a mesma pudesse sair desse estado e matar-se. Explicou-me que entre as reações adversas ao medicamento estão ocorrências de piora da depressão e/ou ideação, comportamento suicida e que haveria de se ter cautela, pois esses pacientes deveriam ser monitorados. De modo que, como se tratava de um caso de pessoa indígena e não se sabia como esses cuidariam dela na aldeia, a médica preferiu então não medicá-la de imediato. Mas disse que iria sim introduzir medicação nas próximas semanas.

Assim, como a psiquiatra havia feito diagnóstico, torna-se importante lembrar o DSM IV (2009) e sua descrição do chamado “Transtorno Depressivo Maior”. Este é considerado um curso clínico caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Os episódios de Transtorno Depressivo Maior freqüentemente se seguem a um estressor psicossocial severo, como a morte de um ente querido ou divórcio. No caso de Moema, foi então a consideração do aborto o fator estressante. Segundo o mesmo manual, os estudos sugerem que eventos psicossociais (estressores) podem exercer um papel mais significativo

na precipitação do primeiro ou segundo episódio e ter um papel menor no início de episódios subseqüentes.

O papel mais ou menos significativo desses eventos estressantes remete também a Barus-Michel (2001) de que é possível que o sofrimento psíquico esteja relacionado a eventos desencadeantes, mas que não explicam o sofrimento em si mesmo, pois suscita fragilidades do ego arcaico.

Nessa mesma semana entrei em contato com a enfermeira da aldeia para ter notícias de Moema. A enfermeira disse que a paciente havia saído de casa naquela semana e fora à UBS; nada pediu, mas ficou por ali e depois foi embora.

Esse comportamento de Moema me fez pensar que ela buscava companhia.

Ainda nessa mesma semana, no domingo, recebi um telefonema de Moema. Ela me disse que havia discutido com o marido e que tal discussão começara na hora da refeição por motivo banal e que evoluiu para ofensas mútuas. Ele a acusara de não poder dar um filho a ele. Ela disse que não conseguia dar-lhe um filho e por isso entrava em desespero.

Eu apenas ouvi e disse-lhe que entendia sua preocupação, mas que preferia falar com ela pessoalmente, na UBS, no dia marcado e naquele horário.

É interessante aqui observar dois aspectos importantes. Um deles refere-se ao enquadre. Ou seja, como eu mesma havia aberto mão de seu rigor quando fui vê-la em casa, abri um precedente que teria de manejar, pois ela considerou que poderia também me procurar quando assim o quisesse (embora ela estivesse de fato precisando). Outro aspecto é o que se refere a esta “busca de companhia” que demonstrou em sua ida à UBS e depois ao me telefonar. Era como se sentisse sem ninguém e buscasse então alguém que lhe desse acolhida; e, pareceu-me, que no posto de saúde, talvez ela pudesse encontrar.



## A GRAVIDEZ

Moema compareceu no dia e horário marcados. Disse que tinha notícias novas; disse que seu exame de urina havia indicado gravidez. Mas que, ao invés de se sentir feliz, sentia medo, pois o marido poderia pensar que o filho não era dele.

O esposo havia ameaçado agredi-la durante as discussões que tiveram. Afirma que discutiram porque uma pessoa da aldeia disse que ela estava *“ficando com outro homem da aldeia”*..... *“mesmo sabendo que não é verdade, nós acabamos brigando e ele ameaçou me bater”* (sic). Afirmou que estava pensando em ir embora da aldeia sem contar para o marido que estava grávida.

Nesse momento, além dos desejos de traição, havia também um desejo de vingança – levar embora o filho do pai.

Relatou também que foi até o padrasto e pediu-lhe ajuda para ir embora da aldeia; mas, enquanto se falavam, a sua mãe os viu nas proximidades de sua casa e, com ciúme do esposo, agrediu-a com um saco de estopa, batendo-lhe nas costas.

Esse episódio sugere a competição dela com a mãe – ao procurar o padrasto (já que ambas não mantinham boas relações e a mãe também havia manifestado anteriormente esse ciúme da filha). Porém, Moema também sabia quais seriam as conseqüências dessa tentativa de instigar a mãe. ‘Pois, se conseguisse a ajuda do padrasto, mostraria para a mãe que ela era tão importante para ele quanto era a mãe (ela triunfaria); por outro lado, é certo que viria a retaliação. Mesmo assim Moema faz esse investimento.

Moema afirmou estar desesperada, pois não tinha para onde ir. Sentia estar só e que as pessoas a desprezavam por não a considerarem uma legítima indígena e por ter morado em vários outros lugares (uma errante).

Embora existisse esse sentimento vingativo em sua fala e suas ações, também evidenciava a rejeição e o preconceito que considerava que o grupo

tinha em relação a ela; pelo que pude observar, havia um dado de realidade em relação a essa rejeição das pessoas a ela.

Sobre esses aspectos, Melanie Klein (KLEIN, 1963) para explicar essa busca de companhia e essa sensação de sempre estar só. Melanie Klein ao expor sobre o sentimento de solidão, explica muito bem, que esse é um estado em que o sujeito necessita de companhia, mas que, não se trata de uma companhia externa de outra pessoa, mas sim de um permanente elo com um perfeito estado inalcançável.

Assim, o desprezo vindo do grupo e da própria mãe era forte e lhe suscitava tristeza. Porém, suas tentativas de lutar eram frágeis, chegando a ser inúteis; fato então que sugere as fragilidades de um ego imaturo.

Moema chora muito nesse dia. Terminamos a sessão e novamente eu lhe disse que a esperaria na próxima semana.

Ainda durante essa mesma semana, recebi um recado de Moema e, escrito em meu celular estava o seguinte: *“Tânia, o Diogo descobriu que estou grávida e ficou muito feliz”*. (sic)

Eu, respondi ao recado dizendo: *“Espero que esteja mais tranqüila. Espero-a no mesmo horário na semana que vem”* e então a mesma respondeu o seguinte:

- *“sim, estou mais tranqüila e feliz. Quero que seja madrinha do meu filho”*.(sic)

Na semana seguinte, no dia e horário marcados Moema não compareceu. O agente de saúde foi até sua casa para saber o que estava havendo e a enfermeira, que fazia visitas domiciliares em seu programa de saúde, insistiu com a paciente e a trouxe para atendimento. Moema chegou abatida; disse haviam brigado, ela e o marido, justamente quando ela se arrumava para ir ao atendimento. Disse que sentiu tanta raiva que lhe puxou uma faca. *“não pude agüentar tanta raiva”* (sic).

Vocês ainda não se entenderam.... Eu lhe disse.

*“Sabe é que veio outra história” (sic). A história era a de que Diogo estava “olhando” para sua meia-irmã (filha da mãe de Moema com o padrasto. A jovem contava com 12 a 13 anos de idade). Disse: senti ciúme dele com a Paraguaçu” (sic).*

*Mas, sabe Tânia o que eu descobri?! É que essa pessoa que disse ao Diogo que eu estava saindo com aquele outro índio daqui da aldeia.... é.... essa mesma pessoa veio me dizer que o Diogo estava saindo com minha irmã. Então, eu peguei nos cabelos dessa pessoa e a empurrei e ela confessou que foi a Paraguaçu que mandou ela ir contar essa história de intrigas para eu me separar; porque a Paraguaçu gosta do Diogo (sic).*

Então eu lhe disse: você descobriu intrigas e conversou com seu marido sobre isso?

Ela respondeu que sim e que então tudo foi esclarecido.

Então eu intervenho dizendo-lhe que tudo havia sido esclarecido, entretanto senti ciúme e que haviam brigado.

*É, responde Moema; .....é que ele veio fazer brincadeira com essa história de intrigas. Eu não aceitei as brincadeiras e começamos a discutir. Ele me chamou de louca. Eu então puxei uma faca para assustar ele. Ai então ele disse para eu ir embora porque não agüentava mais ..... e disse que tinha medo de mim”. (sic)*

Eu lhe disse que na semana seguinte gostaria de falar com seu marido, caso ela o permitisse. Ela disse que sim, mas que ele não viria. Mesmo assim, insisti, uma vez que já havia conversado com ele anteriormente no dia em que compareceu justificando o porquê dela não estar presente no atendimento.

### **ENTRAVES DO ENQUADRE**

Com as preocupações da psiquiatra e da enfermeira, senti que havia necessidade de entender melhor o que se passava e, ao mesmo tempo orientar o marido para o que ocorria. Por isso tomei essa posição, já que ele era a única pessoa com quem essa paciente poderia contar. Somado a isso, havia suas fantasias suicidas e de não ter, de fato, outras pessoas que se

responsabilizassem por ela. De modo que considerei a conversa com o marido única alternativa.

O marido compareceu. Nesse dia, Diogo comentou que Moema chorava a noite toda e a família dele ouvia tudo. Ele disse sentir vergonha por isso. Achava que: *“meu ombro de marido não acalma a mulher”* (sic). *“Aí então minha família está pressionando para que eu me separe dela”* (sic). Ele se sentia dividido, pois afirmou gostar da esposa e querer muito o filho que ela esperava.

É interessante fazer um parêntese aqui nesse ponto da narrativa para novamente expor as questões levantadas por Grubits; Darrault-Harris (2003) quando observaram a instabilidade das uniões conjugais entre os Kaiowá. Observa-se nos casos aqui relatados esse fator se faz presente; crescendo-se à falô do esposo de Moema sobre o movimento de sua família com relação ao casal. Assim, há indicativos de que esse aspecto tem sido presente também entre os Mbyá.

Continuando, orientei o marido no sentido de que entendesse que a condição da mulher na gravidez provocava mudanças no humor; além disso, ela havia perdido um bebê fazia pouco tempo e que tudo isso, provocava oscilações de humor. É por isso que os atendimentos e o acompanhamento psiquiátrico fariam bem para ela durante essa gravidez.

O marido reagiu bem, pareceu entender e se dispôs a acompanhar e ajudar para que essa seguisse os tratamentos.

Na semana seguinte Moema compareceu relutante. Veio acompanhada da enfermeira que, certamente fora buscá-la em casa. Essa compareceu com uma criança no colo e disse que era de um amigo que, separado da esposa, pediu-lhe que ajudasse a olhar seu filho.

Sentou-se e me disse que não queria mais vir para os atendimentos, pois não queria mais relembrar o seu passado. Disse também que não fora ao psiquiatra. Desejava ficar em casa e não ver mais ninguém. Mostrou-se irredutível, virou-se de lado na cadeira e não olhou mais para mim.

Colocou a criança no chão e comentou: *“ela chora muito à noite”* (sic).

Eu lhe indaguei, e o que você faz? Ela respondeu: “*eu a deixo no chão*” (sic) . E então ela limpou o nariz da criança. A criança rejeitou o cuidado e ela se irritou com isso, mas, insistiu na limpeza.

Eu vim a intervir dizendo-lhe que ela também estava rejeitando minha ajuda. E continuei: - “assim como você insistiu em limpar o nariz dela, eu também insisto tentar a te ajudar. Convido você a estar aqui na próxima semana”

Ela então disse: “*Não, eu não venho mais*” (sic) Levantou-se e saiu.

Na semana seguinte Moema não compareceu. Fui informada pela enfermeira que ela havia ido até o Riacho Grande – em São Bernardo do Campo, num evento promovido pela Petrobrás, junto com o marido.

Era de se esperar que Moema não viesse e que teria tais reações. Na verdade ela não queria que eu tivesse conversado com seu marido e também pôde triunfar sobre a terapeuta (mãe) e sair com o marido (pai).

Na próxima semana, eu estava no mesmo horário na UBS. Moema apareceu, mas foi falar com a enfermeira. Disse que tinha fome, que não tinha frutas para comer e nem como comprar. Reclamou de enjôo e que só poderia comer frutas. Percebi que o marido a acompanhava. Ambos me viram, mas não foram falar comigo.

Já na semana seguinte, a chuva fortíssima impediu-nos de chegar à aldeia, a qual tem um acesso difícil. Telefonei na UBS que eu e demais psicólogos estávamos sem possibilidade de passar pela estrada. Mesmo assim, conforme informaram os atendentes de enfermagem, a paciente não havia procurado por mim nesse dia.

### **A INTERNAÇÃO E AS TENTATIVAS DE MANIPULAÇÃO**

Na outra semana, também Moema não compareceu ao atendimento. Assim, passaram-se 3 atendimentos em que essa não comparecera, e 4 contando o que eu não fui até a aldeia.

Nesse dia, eu e a enfermeira havíamos ido até a casa de outro paciente. Na volta, preocupada, a enfermeira passou pela casa dela que estava fechada.

A cunhada informou que Moema havia sido internada por problemas na gravidez e que o marido estava com ela no hospital Geral de Pedreira.

Um dia após esse fato, Moema telefonou na Aldeia e pediu que o padraço fosse visitá-la no hospital. Esse prometeu que iria. Dois dias após, Moema ligou para mim e pediu que eu fosse vê-la. No sábado fui ao hospital; o padraço havia saído pouco antes.

Entrei e perguntei como ela estava. Afirmou que estava melhor. Logo já me perguntou se eu estava triste, tendo em vista que outro paciente meu havia morrido.

Eu disse que sim, que estava triste. Disse-lhe que me preocupava com as pessoas que atendia. Parece que é isso que quer saber, digo-lhe.

Ela ficou calada. Após, disse-me que estava com infecção urinária, que teve muito medo pelo bebê, mas que já estava melhor e que receberia alta na segunda feira, pois depois do 7º. dia em que vinha tomando antibiótico iriam liberá-la do hospital.

Após, conversei com o médico plantonista e esse confirmou as informações dadas por Moema. Ainda nesse dia no hospital ela disse que estava muito bem e se sentindo feliz com o atendimento recebido no hospital, pois os enfermeiros e demais funcionários a tratavam bem. Disse ainda que o cacique iria visitá-la.

Observei que Moema queria as pessoas a sua volta, queria ser vista, atendida; ao mesmo tempo sentiu-se culpada por não ter aceitado minha ajuda em encontros anteriores, faltando aos atendimentos. Apenas ouvi.

Na segunda feira Moema me telefonou dizendo que não teria alta do hospital. Disse que ligou para o marido na aldeia para levar mais roupas, pois outra médica não a deixou ir embora e lhe deu mais antibióticos. Cheguei a pensar na depressão e não em antibióticos como a causa do prolongamento de sua estada no hospital; porém, minha suspeita não procedia.

Moema permaneceu mais uma semana internada.

Na segunda feira seguinte recebo outro telefonema dela. Disse que havia brigado novamente com o marido, pois ela havia recebido a visita do cacique que foi em companhia de outro rapaz da aldeia e que, segundo sua afirmação,

esse era apaixonado por ela. Moema contou o ocorrido ao marido, pois disse que não queria que ele ficasse sabendo por outros. Assim, o marido disse que não iria mais visitá-la. Sendo assim, ela estava lá sozinha e sem roupas limpas para vestir. Pediu que eu a ajudasse.

Eu disse que a ajudaria sim e que a aguardaria na UBS logo que retornasse. No momento, o melhor que ela podia fazer era telefonar para a UBS e pedir para que algum agente de saúde intercedesse por suas necessidades de obter roupas limpas.

As oscilações de humor e manipulações de Moema eram presentes. Apresentava um vínculo comigo característico, com viscosidade e manipulação. Esses aspectos eram intrigantes, pois como isso poderia ser evidente em quadros como o dela – já que seu diagnóstico era de depressão? Nesse aspecto são importantes as contribuições de Costa (2010) ao explicar que clinicamente as depressões implicam em vários sintomas – físicos, cognitivos, emocionais, entre outros; a angústia se faz presente na maioria dos casos e é um elemento preponderante na precisão diagnóstica embora não esteja citada em nenhum dos manuais DSM-IV ou CID 10. O autor chama atenção assim para equívocos diagnósticos.

Observo com isso que havia um quadro depressivo, porém a paciente vivia angústias depressivas muito intensas (perda, abandonos – reais e fantasiados) as quais eram insuportáveis. De modo que projeta – para fora a origem de seu sofrimento e ao identificar-se com ele sentia-se perseguida; denotando um predomínio de ansiedades paranóides e um funcionamento paranóide. Assim, confunde-se com o outro nesse constante uso de identificações projetivas.

Busquei compreender esse aspecto com as contribuições kleinianas, mais especificamente com Grinberg (1963). Ou seja, ao entender que no caso de Moema, uma culpa de natureza persecutória prevalecia, pude observar que o manejo desse sentimento de culpa se punha de modo particular - numa tendência de projetá-la fora. E, nesse manejo da culpa (que conseqüentemente passava a ser do outro) ela despendia muita energia psíquica numa espécie de controle. De modo que os demais também se tornavam seus devedores e então passavam a sentir culpa quando não atendiam aos seus pedidos.

Assim, foi possível observar que havia um quadro clínico depressivo, porém com uma estrutura borderline. Uma patologia descrita e amplamente discutida por Kernberg (1995), que ao explicar as nuances do transtorno, mostra as características contraditórias do Ego e do Superego como parte de uma patologia borderline geral. Refere-se, portanto a uma patologia do superego, mas sem características anti-sociais. Esses pacientes apresentam um funcionamento superficial que parece mais caótico, contraditório e imaturo – pois estão constantemente em meio a um turbilhão de emoções em suas relações objetais.

### **A MENINA**

Na semana seguinte Moema telefonou novamente e me avisou que havia recebido alta e que já estava na aldeia. Relata que os exames mostraram ser uma menina o filho que esperava.

Perguntei-lhe se sentia melhor.

Ela disse: “mais ou menos”. (sic)

Novamente eu lhe disse que então na quarta feira eu estaria na UBS e a aguardaria para conversarmos.

Moema comparece na semana seguinte.

Convidei-a à entrar e sentar-se. E ela inicia: .... *“então..... você viu só Tânia, é uma menina”* (sic).

E como se sente perguntei-lhe.

*“O Diogo está feliz com a filha dele. Ele fala que gostaria de um menino, mas que está feliz também. Eu gostaria também de um menino, porque as meninas se apegam mais com os pais”*. (sic)

“E você acha então que a menina ficará com seu marido ..... digo-lhe”.

Ela então disse: *É, aí vou ficar com ciúme do Diogo*. (sic)

Com ciúme dele! Eu lhe digo.

*É*. (sic)

Não quis falar mais sobre isso. Mudou de assunto para o fato de como iria conseguir as roupinhas para o bebê. O tempo todo se reportou a isso; fez seus pedidos para conseguir roupas.



Na semana seguinte Moema chega à Unidade de Saúde e apanha seus remédios (o antibiótico receitado a ela no hospital e o sulfato ferroso, pois estava anêmica). Foi até a sala de nossos atendimentos e sentou-se. Ficou calada por um bom tempo. Depois diz: “*É, o Diogo está me tratando bem agora. Faz as coisas para mim (referiu-se a afazeres da casa e agrados). Ele preparou leite para mim de madrugada; eu estava com fome. Ele está bonzinho*” (sic).

Você gosta de ser bem tratada

“*Ah! Eu brigo todo dia com ele*”. (sic)

Mesmo sendo bem tratada? Eu lhe digo.

“*É que dias atrás eu não estava suportando ele. Até o cheiro dele me dava enjoô*”. (sic).

Conversamos um pouco sobre a gravidez e como às vezes a mulher fica sensível. Ela diz que ficou assim na outra vez que ficou grávida. Disse ainda que tentava muito se manter bem, mas que às vezes não conseguia.

Esse é outro aspecto importante apontado por Kernberg (1995) quando aponta que os pacientes de personalidade borderline têm consciência de impulsos fortes e contraditórios que não conseguem controlar.

Na semana seguinte Moema comparece. Senta-se e já começa dizendo que não está bem.

Notadamente Moema mostra suas oscilações de humor.

Eu continuo: - Você não está bem..... o que está sentindo? Perguntei-lhe.

Ela então explica que o marido a estava tratando bem, mas que ela não se sentia bem. Afirmou que ainda tinha enjoos pela gravidez. Os médicos disseram que iria melhorar, mas não melhorou nada “*Falam as coisas e não é verdade*” (sic).

Você acha que eu também falo coisas que não são verdadeiras.....

“*Sabe, na minha vida é assim..... [cala-se por um tempo e depois continua] as pessoas não acreditam. Quando eu estava no Paraná, fui do Rio para lá um tempo; na aldeia lá. Aí, lá, disseram que eu que fui culpada porque a mulher matou o marido. Ele vinha atrás de mim e insistia para nós namorar.*”

*Eu namorei ele sim um tempo, depois larguei. Ai ele ficava atrás de mim, e um dia a mulher dele o pegou e socou-lhe uma faquinha. Ele ficou ruim e morreu. Daí, as pessoas me culpam. Então eu fiquei lá, como uma presa, porque não podia sair da aldeia por nada. Só muito depois é que saí de lá”.*

Você se acha injustiçada e não compreendida pelas pessoas.

*É, às vezes (sic).*

Moema sentia-se desvalorizada, incompreendida. Não apresentava uma visão muito objetiva de si mesma.

Após essa sessão, ocorrem mais duas ausências.

Moema não comparecia, mas ia até a escola e ficava à beira de nossa oficina lúdica com as crianças e dizia ir até lá para receber almoço<sup>13</sup>. Nessas suas vindas, procurava vir falar comigo. Eu sempre procurava insistir que a esperava na UBS e que o horário era dela.

É importante também salientar que as ausências de Moema sempre se davam quando ela falava sobre si e sobre seus incômodos mais precoces, e isso lhe causava intensa ansiedade. Havia então certo desespero por não saber como lidar com essa ansiedade despertada e com sua impossibilidade de reparar os danos que causava. Assim, Moema tentava acusar a terapeuta e transferir-lhe a responsabilidade de ter propiciado que sentisse uma dor insuportável. E aqui é importante novamente lembrar Melanie Klein em suas contribuições sobre “Teoria da ansiedade e da culpa” (KLEIN, 1948) exemplifica que em um de seus casos clínicos, o paciente acusa a análise e a analista de não fazer outra coisa senão causar-lhe danos. E nesse aspecto Melanie Klein explica que a ansiedade persecutória havia se tornado dominante e reativado a culpa persecutória; de modo que o objeto convertido em mal não pode ser amado, e então, os impulsos destrutivos pareciam justificados.

De modo que, como também explica Grinberg (1963) nesses casos, parece que o fracasso de manter a culpa depressiva e sua conseqüente reparação, produz-se conseqüentemente uma regressão e um incremento da culpa

---

<sup>13</sup> A escola oferecia almoço para as crianças e algumas mulheres grávidas ou com bebês pequeninos também poderiam se alimentar também. Embora Moema dissesse que só podia comer frutas, pude vê-la na escola a comer qualquer dos alimentos oferecidos.

persecutória com outras defesas, entre elas a projeção da mesma culpa, podendo-se acusar o objeto que se convertera em perseguidor.

Moema compareceu em mais outras duas sessões antes do parto, o qual ocorrera no hospital em que foi internada anteriormente. A criança nasceu saudável e foi bem recebida pelo pai. Outras pessoas da aldeia também a auxiliaram com roupas e cuidados.

Não fui madrinha da criança; inclusive ela já havia convidado outras pessoas para que também tivessem essa função. Era mais uma das tentativas de presentear alguém; suas tentativas de fazer um elo com as pessoas que desejava ter por perto, mas que em suas oscilações, comprometia os vínculos.

Fiz outros atendimentos no domicílio de Moema. Acompanhei-a até depois um mês de nascimento de sua filha, mas em sua residência. Sua reação foi boa no parto e pós-parto, não apresentando nenhum sintoma que indicasse depressão.

Pude perceber que a criança a ajudara no sentido de melhor aceitação do grupo para com ela. O movimento dos demais era como se a filha pudesse resgatar, ou pelo menos aproximá-la da “identidade Guarani”. A sua mãe continuou a rejeitá-la e a família do marido teve uma aproximação maior com o casal em função da criança.

Moema não quis mais ser atendida, ainda que lhe tivesse explicado sobre a importância dos acompanhamentos. Também se recusou ao acompanhamento da psiquiatria.

#### **UMA BREVE LEITURA PSICOLÓGICA DO CASO MOEMA**

Observei assim que Moema apresentava um quadro clínico depressivo e que procedia a preocupação com seus antecedentes de tentativas de suicídio.

A gravidez anterior e perda do bebê parecem ter desencadeado o quadro clínico; porém, sobre uma estrutura borderline. As oscilações no humor e um predomínio depressivo na maior parte do tempo, somados ao histórico de tentativas de suicídio podem ter dado, em princípio uma visão equivocada de depressão maior ou de uma estrutura depressiva – que certamente não era o caso.

Julguei importante nesse caso compreender mais daquilo que assinalava ser o núcleo de seu sofrimento mental e que compreendi como aquele relacionado à presença da culpa – que pode também levar a um equívoco em ligá-la à depressão. Numa observação dinâmica, não se pode confundir a depressão com a posição depressiva descrita por Melanie Klein. Há de se entender, entretanto, no caso de Moema, a estreita relação entre a depressão e o sentimento de culpa.

Nesse sentido Grinberg (1963) explica que a culpa se encontra na mesma essência do conflito que padece o ego frente ao superego; essa culpa portanto, é de natureza persecutória, sendo o resultado da ambivalência (amor/ódio indiscriminados). Essa culpa é o ponto focal no desenvolvimento da estabilidade da personalidade; considerando dentro desse as primeiras experiências infantis da descoberta do amor e ódio pelos pais; ou seja, essa reação da culpa desses períodos precoces da vida é que cria a disposição para a enfermidade mental bem como para a saúde mental – na realização das aspirações.

Kernberg (1995) mostra, no que considera transtorno borderline, que sendo uma patologia muito mais relacionada ao superego, poderá então haver certa tolerância dessa culpa após a agressividade ou ataque às pessoas amadas. A patologia do superego é parte da patologia geral da organização borderline e reflete a predominância das operações defensivas primitivas, numa tendência de dissociar defensivamente e projetar as pressões do superego.

As reações de Moema, sua instabilidade afetiva devido à acentuada reatividade do humor - tristeza, irritabilidade, viscosidade, ficavam muito mais próximas de um transtorno de personalidade. Havia nela um esforço imenso para evitar um abandono (real ou fantasiado), sucedendo ataques ao objeto amado, havendo assim uma contradição. O agravante nesse caso é a ambivalência e a luta vivida com o objeto no interior do psiquismo, de modo que as conseqüências são graves já que a agressão é dirigida para o próprio ego - e aqui estariam as ideações suicidas de Moema.

A busca incessante de Moema por companhia, de tentar presentear para ter as pessoas com ela, ao mesmo tempo suas manipulações para essa mesma finalidade (ser presenteadas), também sinalizam (KLEIN, 1963) que se trata de uma carência por companhia, mas essa é então um “permanente elo por um perfeito estado inalcançável”.

Também é importante ressaltar a questão de a sua identidade pessoal. Com a estranheza que possa parecer, a dúvida sobre a sua identidade “quem sou eu” e as várias migrações de Moema em ser índia ou Juruá, parece lhe colocar numa busca incessante por um “lugar”. Por ironia, também é um “lugar sem males” (NIMUENDAJU, 1987) o qual almejam os Guarani. Deste modo, parece então, que essa busca incessante de Moema dentro de si mesma é, senão, a de se tornar uma Guarani.

Assim, Moema parece nunca alcançar uma integração completa e tampouco uma compreensão e aceitação total de suas emoções, fantasias e ansiedades.

## *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

### *SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO DE INDÍGENAS GUARANI-MBYÁ*

Nessa parte final faz-se importante marcar alguns pontos fundamentais dessa experiência junto aos Guarani-Mbyá e que, numa visão compreensiva do objeto, elucidam aspectos acerca da saúde e sofrimento dessas pessoas, bem como podem trazer à comunidade científica novas idéias, problemas e hipóteses científicas a respeito das possibilidades de intervenção. O relato de experiência, diferente de uma pesquisa que contempla hipóteses a serem testadas e elucidadas a respeito dos diferentes temas e problemas da ciência, traz apenas uma descrição da observação e nela as percepções e emoções dessa experiência vivenciada. De modo que não cabe aqui concluir, mas sim fomentar novas idéias como já chamou atenção Hyman (1964) de que os métodos naturalistas em que se incluem o clínico estão associados a uma fase de investigação científica de “Obtenção das idéias” e não propriamente à avaliação de idéias.

Alguns dos aspectos mais relevantes que envolveram essa experiência cabem ser destacados, tanto no decorrer das oficinas quanto nos atendimentos individuais e incluo a própria experiência de estar com essas pessoas, nas aldeias, durante esses quatro anos.

#### **O SOFRIMENTO**

O fator comum, no que concerne ao sofrimento/saúde dessas pessoas e que permeou todo trabalho – fosse grupal ou individual, foi a ambigüidade. Essa fora expressa em todo conteúdo (verbal, não verbal) e denotou dificuldades na constituição da identidade pessoal. Identidade que em cujo arcabouço psicanalítico é tomado como uma construção, a partir de identificações, introjeções e projeções com figuras adultas/parentais sobre uma base – filogenética e constitucional que se inter atuam com o meio sócio-

cultural por meio das relações afetivas que se estabelecem, tal como já mostraram Mauricio Knobel (1968) e Arminda Aberastury (1968; 1971). Tanto na oficina de jovens quanto na de crianças e atendimentos individuais, esse aspecto foi evidenciado e com ele emergiu intensa angústia.

Uma das faces dessa ambigüidade apareceu no conteúdo dos diálogos, das histórias verbalizadas, bem como nas produções gráficas, quando essas pessoas buscaram de forma intensa exaltar a cultura Guarani, a necessidade de preservação dos hábitos, costumes, valores e das dificuldades que enfrentavam para manter essa cultura; isso foi evidenciado como uma espécie de devoção à vida Guarani. Porém, a outra face também aparece no mesmo conteúdo quando expressaram os desejos pela vida da sociedade não-indígena (as vestimentas, os acessórios, a tecnologia, e até os modos de ser, entre outros atrativos). Essa ambigüidade denotou intensa angústia - gerada pelo desejo, nem sempre consciente, de ter aquilo que é atrativo do mundo moderno capitalista e o sentimento de lealdade às origens.

Esses conteúdos só puderam ser observados a partir do campo das relações emocionais, que possibilitou a emergência dos conflitos e que eram defendidos com a criação de subterfúgios em que se configuraram defesas como evitação, negação, e que me causaram desconfortos quase invisíveis - os baluartes do campo, conforme já explicaram Wille Baranger e Madalenie Baranger (1961). Assim, no que diz respeito às questões técnicas do manejo do enquadre e da oportunidade de surgimento do campo emocional, observei que, independentemente das questões interétnicas, a técnica psicoterapêutica de base psicanalítica se fez eficaz. Isso se deve principalmente ao fato de que, a constituição do *setting* além de estar nos membros do grupo, está no próprio terapeuta - observador, já que nosso psiquismo é por si mesmo o grande instrumental que possuímos. Assim sendo, cabe a essa capacidade de escutar, de se valer da dissociação instrumental apregoada por Jose Bleger (1972), para bem manejar as situações terapêuticas, independentemente do grupo a que temos à frente. Isso, pois, parto do princípio da universalidade do psiquismo e das relações de objeto na constituição do sujeito humano com o qual trabalhei.

Ainda com relação a esse manejo técnico-clínico, tive, todavia que compreender, ou pelo menos aproximar-me das contribuições de outras áreas do saber para auxiliar na condução do trabalho, tendo em vista o surgimento de muitos entraves. Por isso ressalto as vicissitudes no campo das relações emocionais.

#### **OS ENTRAVES E AS VICISSITUDES NO CAMPO**

Foi possível observar algumas peculiaridades no que tange à organização e dinâmica/funcionamento dessas pessoas, representadas nos grupos (oficinas) e nos atendimentos individuais. Entre essas, estiveram os entraves na execução das propostas de intervenção. Um entrave significativo esteve relacionado ao estabelecimento e manutenção do *setting*, tanto nas propostas de “oficina de adolescentes e jovens” quanto nos atendimentos individuais. A oficina com jovens iniciou-se com vários participantes da comunidade, numa adesão inicial feita com entusiasmo e que se esvaiu na medida em que se aprofundaram discussões temáticas. Nessa situação, também alguns membros da equipe de profissionais desistiram, na medida em que oscilaram no seu nível de envolvimento com o trabalho e de compreensão das relações transferências presentes, embora não interpretadas. E isso remete ao campo. Ora, se a proposta de oficinas oportuniza um encontro, em cujas relações estabelecem um campo passível de manejo e interpretação (TARDIVO; VAISBERG, 2002); ou ainda, se é o campo psicológico que emerge a partir das relações entre profissionais/pacientes (BARANGER; BARANGER, 1961, BLEGER, 1963; 1972) e se esse tem se mostrado útil na condução de intervenções terapêuticas (BONFIM, 1998), porque essas vicissitudes ocorreram?

Muitas variáveis, dentro do próprio campo, estiveram envolvidas. Porém, vou me ater em algumas delas – pelo menos aquelas que pude observar. Procurei nomear algumas dessas variáveis relacionadas à manutenção do *setting* e que por sua vez interferiram no campo das relações.

**Variáveis de cunho cultural que interferiram no *setting*** – essas são relacionadas aos hábitos e costumes daquela organização social-comunitária e



étnica introjetados e que fazem parte da própria identidade pessoal e grupal dessas pessoas, no sentido eriksoniano (ERIKSON, 1972) e como bem observou Shaden (1969). Ou seja, essas pessoas não são habituadas ao mesmo ritmo e ao mesmo tipo de compromisso comuns na sociedade não-indígena, tal como a regularidade de horários, dias, datas, entre outros. Outra questão cultural referiu-se à noção Guarani de que não é possível interferir no desenvolvimento da personalidade de cada um, pois a “alma” já nasceria “pronta”. Essa questão esteve presente e foi um importante fator a ser considerado, pois, tais crenças (que devem ser respeitadas) implicam numa maior resistência à incorporação de outros conceitos.

Assim, mesmo tendo recebido diversas influências da cultura não-indígena ou aculturação<sup>14</sup>, observa-se que ainda permanece a crença de que os métodos educativos repressivos são ineficazes, a não ser por via mágica como observou Shaden (1969). Desse modo, se o desenvolvimento psíquico e moral dos indivíduos Guarani são baseados no extremo respeito à vontade individual (SHADEN, 1969), a exigência de uma regularidade no enquadre, de tarefas repetitivas (aprendizagem de instrumentos complexos - câmeras e tomadas de *setting*; regularidade de horários nos encontros com crianças e também nos atendimentos individuais), exigiria deles uma tolerância que não faz parte de seu aprendizado cultural.

Ainda que os Guarani-Mbyá daquelas comunidades de Parelheiros estejam habituados a freqüentar escola e aprendam matemática, química, biologia, entre outras disciplinas, inclusive língua portuguesa, suas crenças, costumes e valores se mostram ainda presentes e há como mencionei anteriormente, um esforço enorme em mantê-los.

---

<sup>14</sup> Egon Shaden utilizou o termo nos anos sessenta do século XX para se referir a toda influência do mundo moderno não-indígena sobre esse povo e que levou, desde a colonização, a incorporações de hábitos, costumes e valores diversos aos da cultura original Guarani. Dedicou toda uma obra a esse assunto denominada “Aculturação Indígena”, publicada pela editora Pioneira e Edusp em 1969. Embora muitos possam se opor ao termo, esse professor ainda é um dos maiores ícones no que diz respeito à observação e descrição exaustiva dos aspectos comportamentais e de organização sócio-grupal dessa etnia e dessas comunidades de SP.

De modo que a compreensão do enquadre depende de algum conhecimento por parte do psicólogo a respeito dessa cultura, além daquilo que emerge no campo.

**Entraves** - a compreensão desses entraves, relacionados tanto com os aspectos culturais quanto aquelas que passaram a emergir no campo das relações emocionais (advindos do mundo externo ou interno), foram de importância fundamental na manutenção e desenvolvimento do grupo. Assim, se por um lado existiram as influências da cultura, por outro, somaram-se as resistências que surgiram a partir do medo despertado pelos conflitos; ou seja a própria ambigüidade. Se por um lado era difícil manter regularidades até obsessivas da cultura não indígena e por outro, o desejo de aspectos da vida não indígena se fazia presente ao mesmo tempo, tinha-se então um conflito. Esse conflito era então evitado, negado, com a recusa em comparecer aos encontros. Havia, portanto resistência à compreensão do conflito. Na oficina com as crianças esses entraves também apresentaram relevância. De modo que a compreensão do campo, das suas vicissitudes, dos entraves que envolveram o *setting*, tornou-se elemento essencial para condução do trabalho psicológico.

Os aspectos transferenciais e contra transferenciais foram evidenciados e, embora não os interpretasse (SIMON, 1989; 2007) como numa situação psicoterapêutica tradicional, obviamente houve necessidade de compreensão. Entretanto, ao mesmo tempo em que são conteúdos que devem ser compreendidos no campo, são também entreves.

Devo ainda relatar uma sensação constante, presente em toda minha estada lá, de que os indígenas se sentem explorados. Isso pareceu fazer parte de uma espécie de imaginário nos grupos, porém advindo da comunidade. Digo imaginário, pois observo ser algo maior do que simplesmente um aspecto presente nos grupos terapêuticos ou nos atendimentos em geral. Esse sentimento foi suscitado mesmo fora da situação terapêutica, relacionado ao coletivo, à comunidade ou à cultura. E esse aspecto parece ser muito bem explicado pela história, em que desde a colonização esses povos foram “roubados” e “explorados” (FUNASA, 2004 a.; FUNAI, 2004). Porém, num

processo de identificação projetiva, a todo instante também me sentia intrusiva e isso se manifestava nos atendimentos. Mas esse é um aspecto que merece ser mais bem investigado pela psicologia comunitária em que se leve em conta as propostas *blegerianas psichigienistas* (BLEGER, s./d.) de compreensão geral da instituição e comunidade.

Voltando às questões do manejo do grupo, também é importante relatar que a própria compreensão do campo foi mais lenta do que aqueles casos em que atendemos comumente em nossa cultura. Trabalhar com outra etnia – diferente daquela habitual – causa estranheza. Ao mesmo tempo em que se tem de conhecer aspectos da cultura presentes na personalidade, há de se conhecer e perceber concomitantemente esses aspectos na configuração dos vínculos que são estabelecidos. Essa concomitância foi mais difícil e morosa.

Ainda nas oficinas, nas ocasiões em que alguns adolescentes perguntaram a mim o que eu ganhava indo até lá; ou, porque eu saía de meu “conforto de branco” para ir até a aldeia trabalhar com eles, percebi que isso também revelava a estranheza por parte deles. Essas estranhezas, de ambas as partes, que estão no campo das relações emocionais foram elucidadas na medida em que eu mesma compreendi que como terapeuta de grupo não poderia, tal como destaca Fernandes (1997), ceder às tentações onipotentes inerentes à minha função de coordenadora (e de branca), mas por outro lado não poderia comportar-me como mais um paciente no grupo. Porém em muitos momentos, nessas dificuldades em relação ao funcionamento e manutenção do grupo, tive de discutir com a supervisora, como havíamos de nos aperfeiçoar mais na compreensão das relações e como a nossa atenção deveria estar voltada para o vínculo e não para o indivíduo; “*o vínculo que é um espaço, um verdadeiro ponto de contato que, tal como o hífen, separa e une*” (FERNANDES, 1997, p. 159).

#### **A EXPERIÊNCIA CLÍNICA E O CUIDADO ÉTICO**

É importante destacar um aspecto de suma importância e que pode gerar inúmeras indagações, inclusive clínicas e éticas; a questão é: – devemos intervir nessas comunidades, tendo em vista o imenso esforço que esses povos

têm tido para manter seus valores, crenças e costumes? Tendo em vista que ainda existe entre eles o senso de preservação de sua cultura, temos de lá intervir? Isso também me faz retomar os trabalhos Grubtis (2003) que observou os malefícios da influência da cultura não indígena sobre os costumes e valores da etnia Guarani Kaiowá e Tardivo (2004; 2005) que no Alto do Rio Negro encontrou adolescentes indígenas num contexto de exclusão social, traduzido pela perda do senso de pertença social, além do sentimento de abandono. Essas observações científicas demonstraram como a influência do mundo moderno capitalista não-indígena traz conseqüências a esses povos.

Essa é uma indagação que sem dúvida deve ser muito bem pensada na medida em que propõem intervenções e investigações sobre esses povos. No presente estudo, como já descrito, foi observado esses aspectos da cultura presentes, o esforço em mantê-los. Porém, a influência da nossa sociedade é constante e inevitável, tanto pela proximidade com que vivem do centro urbano, como dos meios de comunicação de massa (televisão, internet) e, portanto, em concomitância surge o desejo pelo que é não indígena. De modo que só vamos intervir naquilo que lá está instalado. Mesmo assim, em resposta a essa indagação, concluo que, só não haveria de intervir se não houvesse o conflito e a angústia. Porém o que foi evidenciado, até dramaticamente, foram conflitos, sofrimento e angústia.

Considero, porém que esse tipo de intervenção oportunizou o desenvolvimento de uma “clínica possível”, a qual pode vir a ser útil para esta realidade social. Ao privilegiar a clínica e a descrição das observações, busquei conhecer os membros das comunidades, procurei evitar inferências de concepções não-indígenas, ainda que fosse parte integrante do trabalho como demanda o próprio método clínico. E na tentativa de compreensão do sofrimento e das partes saudáveis dessas pessoas nessas comunidades, tive de partir de referenciais de nossa cultura [Psicanálise] e reafirmo que o conhecimento psicanalítico – em sua base essencial do desenvolvimento e constituição do psiquismo, é universal. Mesmo assim, busquei me apropriar do conhecimento e das especificidades da cultura Guarani. Por outro lado, esse trabalho de intervenção não se mostrou diferente daqueles já realizados em

outros projetos do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica – USP – “Apoiar” em periferias de grandes centros urbanos com populações também muitas vezes em contexto de exclusão social. Essas pessoas também têm um modo peculiar de “ser”, de modo que as propostas de intervenção psicológicas grupais e individuais são possíveis, desde que respeitadas as peculiaridades que antes destaquei e compreendidos a natureza do campo e seus baluartes.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980 (original Paidós, 1971).
- AMARO, J.W.F. **Psicoterapia e Religião**. São Paulo: Lemos Editorial, 1996
- ARIAS, G.S. **Psicodinâmica Familiar a partir da percepção de Crianças Indígenas Guarani Mbya de São Paulo**. Dissertação (mestrado em Psicologia Saúde) Universidade Metodista. 175fs, 2008.
- ASSOCIAÇÃO GUARANI NHE'Ê PORÁ. **História da Aldeia**. Disponível em: <http://www.culturaguarani.org.br/historia.html>. 2010. Acesso em 29 abr 2010.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BARANGER, W ; BARANGER, M. **Problemas del campo psicoanalítico**. Buenos Aires : Kargieman Ediciones, 1969 . (original de 1961)
- BARANGER, M. A mente do analista: da escuta à interpretação. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 26, n. 4, p. 573-586, 1992.
- BARUS-MICHEL, J. Soufrance, trajet, recours: dimentions psychosociales de La soufrance humaine. **Bulletin de Psychologie**, v.54, n. 2, p. 117-127, 2001.
- BAZTÁN, S.A.G. Demarcación de la psicología cultural, **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 2, n.1, p. 92-117, mar. 2002.
- BION, W. **Experiências com Grupos**. 2ª. ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Imago e Editora da Universidade São Paulo, 1975 (original de 1961)
- BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984 (original em espanhol, Eudeba, 1963).
- BLEGER, J. **Temas de Psicologia: entrevista e grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. (original espanhol, Nueva Visión, 1972).
- BLEGER, J. **Psicohigiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. (original Paidós, s/d).
- BONFIM, T.E. O Campo emocional na situação psicoterapêutica. **Mudanças: Saúde e Psicoterapia Psicanalítica**. Ano IV, n. 10, p.55-94, 1998.
- BONFIM, T.E.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Reflexões acerca de uma experiência de intervenção psicológica em comunidades indígenas Guarani-Mbyá da cidade de São Paulo. In: TARDIVO, L.S.L.P.C.; GIL, C. A. (Orgs) **Apoiar: novas propostas em psicologia clínica**. São Paulo: Savier, 2008. p. 457-471
- BORGES, P. H. P. Sonhos e nomes: as crianças guarani. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 22, n. 56, p. 53-62, abr., 2002.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio Janeiro: Zahar, 1980 (original de 1964).

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Auto - destruição humana. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v 10, suplemento. 1, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000500005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 13 out. 2006.

CID – 10 **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em 22 agosto 2009.

CFP16/00 – **Resolução do Conselho Federal de Psicologia, Brasil**. Realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000.

CNS196/96 – **Resolução do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CNS304/00 – **Resolução do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil**. Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas. Brasília, DF, 2000.

COSTA, G. P. et. al. **A Clínica Psicanalítica das psicopatologias contemporâneas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEVEREAUX, G. **De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento**. 10 ed. México: Siglo Veintiuno, 1999 (original de 1967).

DSM – IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?pagina=3&pg\\_grupo=1&busca=&ltr=](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?pagina=3&pg_grupo=1&busca=&ltr=). Acesso em 22 agosto 2009.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio Janeiro: Zahar Editores, 1972.

ERTHAL, R. M. C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2001. Disponível : [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2007.

FERNANDES, W. J. Os diferentes objetivos do trabalho grupal. In: FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B.S. (Orgs) **Grupos e Configurações Vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 185-193

FERNANDES, B. S. Arte-Terapia e Grupos. In: FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B.S. (Orgs) **Grupos e Configurações Vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 253-259

FERNANDES, B. S. Psicoterapia de Grupo com Crianças. In: FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B.S. (Orgs) **Grupos e Configurações Vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 231-240

FERREIRA, L. O. A pessoa Mbyá-Guarani e a emergência da cultura de beber: as múltiplas causas do beber e as conseqüências desencadeadas pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas. In: **Anais V Reunião Brasileira de Antropologia**. Comunicação. Florianópolis/SC, 2003.

FERRO, A. El impasse em uma teoria Del campo analítico: vertces posibles de observación. **Libro anual de psicanálisis**, v.9, p.53-66, 1993 (original de 1991).

FREUD, S. Sobre a Dinâmica da Transferência. Trad. J. Salomão. In: \_\_\_\_\_ **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (original de 1912).

FUGINAGA, C. H.; GIL, C. A.; ZERWES, E.; ARIAS, G. S. TARDIVO, L. S. P. C. ZERWES, M. MOURA, M. L.; MUNARI, P. C.; BONFIM, T. E. Oficinas psicoterapeúticas de foto e vídeo com jovens indígenas Guarani-Mbya. **Anais do 9º Congresso de Iniciação e Produção Científica 8º Seminário de Extensão da Metodista** III Seminário PIBIC/UMESP de Pesquisa, 2006. São Bernardo do Campo: UMESP, 2006.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. **A origem dos povos americanos**. Disponível em: [www.funai.gov.br](http://www.funai.gov.br). Acesso em: 05 out de 2004.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. **Estatuto do índio**. Disponível em: [http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/estatuto\\_indio.html](http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/estatuto_indio.html). Acesso em 20 maio 2009.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. **Oficinas de Educação em Saúde e Comunicação: vamos fazer juntos?** 80p. Brasília, setembro, 2001. Disponível em [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 20 out. 2004.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil Brasília. 2002. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Disponível em [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 05 out. 2004.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Saúde Indígena Informa. **Revista da FUNASA/ Ministério da Saúde. Brasília**. Ano 1, n.1, janeiro, 2004. Disponível em [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 05 abril 2006.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Saúde Indígena Informa. **Revista da FUNASA/ Ministério da Saúde. Brasília**. Ano 1, n.2, mar/abr, 2004 b. Disponível em [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 05 abril 2006.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Saúde Indígena Informa. **Revista da FUNASA/ Ministério da Saúde. Brasília**. Ano 1, n.3, julho, 2004 c. Disponível em [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 05 abril 2006.

GARFUNKEL, J. Promoção da Saúde Mental Indígena. In: CRP/06 (Org) **Psicologia e Povos Indígenas**. Conselho Regional de Psicologia – CRP/06: São Paulo, 2010.



GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.17, v.2, p. 273-284, mar-abr, 2001

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GRUBITS, S; DARRAULT-HARRIS, I.; PEDROSO, M. Mulheres indígenas: poder e tradição. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 10, n.3, 2005. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-3722005000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3722005000300004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2007.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I.; Ambiente, identidade e cultura: reflexões sobre comunidades Guarani Kaiowá e Kadiwéu de Mato Grosso do Sul. **Psicologia & Sociedade**, n.15, v.1, p.182-200; jan./jun, 2003

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, 2007. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar 2008.

HERRMANN, F. **O que é Psicanálise**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1983.

HERRMANN, F. **Clínica psicanalítica: a arte da interpretação**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HERRMANN, F. **Introdução à teoria dos Campos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

HITA, R. S. Entre o céu e a terra: saúde e enfermidade na mitologia Mbyá. **Suplemento Antropológico**. Centro de Estudos Antropológicos UCA, p. 65-100, dez 1994.

HYMAN, R. A **Natureza da investigação psicológica**. Rio Janeiro, 1973 (original 1964).

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOSEPH, B. Transferência; a situação total. In: FELDMAN, M.; SIPILLIUS (Orgs). **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados por Betty Joseph**. Rio de Janeiro: Imago, 1991 (original de 1985).

KERNBERG, O. F. **Transtornos Graves de Personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

KLEIN, M. **Psicanálise da Criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1975. (original de 1932).

KLEIN, M. Amor, Culpa e Reparação. In: KLEIN, M.; RIVIERE, J. (Orgs). **Vida Emocional dos Civilizados**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1962. (original de 1937).

KLEIN, M. Sobre a Teoria da Ansiedade e da Culpa, In: **Obras Completas de Melanie Klein. Inveja e Gratidão e outros Trabalhos**. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, p.43-63, 1991. (original de 1948).

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: **Obras Completas de Melanie Klein. Inveja e Gratidão e outros Trabalhos**. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, p.17-45, 1991. (original de 1946).

KLEIN, M. As Origens da Transferência. In: **Obras Completas de Melanie Klein. Vol. III. Inveja e Gratidão e outros Trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (original edição inglesa de 1952).

KLEIN, M. Sobre a Saúde Mental. In: **Obras Completas de Melanie Klein. Vol. III. Inveja e Gratidão e outros Trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, p.305-312, 1991. (original edição inglesa de 1960).

KLEIN, M. Sobre o sentimento de solidão. In: **Obras Completas de Melanie Klein. Vol. III. Inveja e Gratidão e outros Trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, p.340-354, 1991. (original edição inglesa de 1963).

KNOBEL, M. Síndrome da Adolescência Normal. In: ABERSTURY, A.; KNOBEL, M. (Orgs). **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981 (original Paidós 1968)

KNOBEL, M. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: EPU, 1986

LADEIRA, M. I. Comunidades Guarani da Barragem e Krucutu e a linha de transmissão de 750KV Itaberá – Tijuco Preto III. **Relatório Técnico**. (Xerocopiado), 68 p., 2000.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise**. 9ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. (Original de 1967),

LAPLANTINE, F. **Aprender etnopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense, 1998

LESCOVAR, G.Z. As Consultas terapêuticas e a psicanálise de W.D. Winnicott. **Estudos de Psicologia campinas**, v.21, n. 2, p.43-61, 2004.

LEVCOVITZ, S. **Kandire: o paraíso terreal: o suicídio entre os índios guaranis do Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo – Te Corá, 1998.

LITAIFF, A.; DARELLA M. D. P. Os índios Guarani mbya e o parque estadual da serra do tabuleiro. In: XXII Reunião Brasileira de Antropologia, 22, Brasília, 2000. **Anais eletrônicos da XXII Reunião Brasileira de Antropologia** Brasília, 2000. Disponível em: <http://ftp.unb.br/pub/download/dan/F.3-22RBA/sessao3/litaiffdarella.rtf>. Acesso em: 22 ma. 2008.

MALDONADO, M. **Pueblos indígenas en el Ecuador y consumo de bebidas alcohólicas: cosmovisión, conocimientos, actitudes y prácticas, causas y consecuencias / Indigenous people in Ecuador and alcoholic drinks consumption: global vision, knowledge, attitudes and practices, causes and effects**. Quito, Equador: OMS – Organización Mundial de la Salud, 103p., 2001.

MELIÁ, B. **El guarani: experiência religiosa**. Asunción: CEADUC-CEPAG, 1991.

MÍGUEZ, H.A.; PECCI, M.C.; CARRIZOSA, A. Epidemiología del abuso alcohol y del las drogas en el Paraguay. **Acta Psicol. Psiquiátrica da América Latina**, V. 38, n.1, p.19-29, 1992.

MINISTÉRIO da SAÚDE, Brasil – **Portaria MS/GM no. 2759/2007**. Estabelece diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas e cria o comitê gestor. Brasília, DF, 2007.

MORGADO, A. F. Epidemia de suicídio entre os Guaraní-Kaiwá: indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.4, out.-dez. 1991, p. 585-598. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000400009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000400009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 jan. 2006.

MOURE, W. G. **Saudades da cura: estudos exploratórios de terapêuticas de tradição indígena da Amazônia Peruana**. 2005. 216 p. Tese [Doutorado em Psicologia Clínica], Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

MUCCHIELLI, R. A **Entrevista não Diretiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1978

MUNDURUKU, D. **Entrevista**, 2007.. Disponível em: [http://www.direitoacomunicacao.org.br/content.php?option=com\\_content&task=view&id=428](http://www.direitoacomunicacao.org.br/content.php?option=com_content&task=view&id=428). Acesso em 15 maio de 2010.

NIMUENDAJU, C. **As lendas da criação e destruição do mundo**. São Paulo: Hucitec/ EDUSP, 1987.

OKAZAKI, S; SUE, S. Methodological issues in assessment research with ethnic minorities. In: KAZDIN, A. E. **Methodological issues & strategies in clinical research**. 2.ed. Washington: American Psychological Association, 1998. p. 263-281.

OLIVEIRA JUNIOR, J.F. O Grupo de Reflexão. In: OLIVEIRA JUNIOR, J.F. et al. (org) **Grupos de Reflexão no Brasil: grupos e educação**. Taubaté: Cabral editora e livraria universitária, p. 87- 108, 2002.

OLIVEIRA, C. S.; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832003000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000100001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 mar. 2007.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional de 2002–2005**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PEREIRA, M. A. C. **Uma rebelião cultural silenciosa**: investigação sobre os suicídios entre os Guarani. Brasília: FUNAI, 1995.

PICHON-RIVIERE, E. **El proceso grupal**. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, 1978.

POZ, J. Dal. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. **Rev. Antropol. [online]**. 2000, vol.43, n.1, pp. 89-144. ISSN 0034-7701. doi: 10.1590/S0034-77012000000100004

RAMOS, D.L.; JUNQUEIRA, C.R.; PUPLAKIS, N.V. Benefícios da avaliação ética de protocolos de pesquisas qualitativas. In: GUERREIRO, I.C.Z.; SCHMIDT, M.L.S.; ZICKER, F. (Orgs.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 193-205.

REA, L.M.; PARKER, R.A. **Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.

SAFRA, G. **Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal**. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SCHMIDT, M.L.S. Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas. In: GUERREIRO, I.C.Z.; SCHMIDT, M.L.S.; ZICKER, F. (Orgs.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 47-52.

SCHADEN, E. **Aculturação indígena**. São Paulo: Pioneira/EDUSP, 1969.

SCHWARCZ, L.M. Dos males da medida. **Psicologia USP**, São Paulo, v.8, n.1, p. 33-45, 1997. Disponível em: <www.scielo.br>. Acessado em: 25 set. 2007.

SIFNEOS, P. E. **Short- Term psychotherapy and emotional crisis**. Massachusetts: Harvard University Press, 1972.

SIFNEOS, P. E. **Psicoterapia Dinâmica Breve**. Trad E. Filmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SIMON, R. **Psicoterapia Breve Operacionalizada**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

SOUZA, M.L.P. Vulnerabilidade a dependência ao álcool em paciente indígena: relato de caso. **Psychiatry On-line Brazil**, n.10, Janeiro, 2005

SOUZA, M.L.P. Reação Esquizofrênia em paciente indígena. **Casos Clínica Psiquiatria**, n 4, v, 1, p.30-32, 2002.

SOUZA, M.L.P. Atendimento psiquiátrico a pacientes indígenas no Estado do Amazonas. **Rev. Psiquiatria Clínica**, n. 30, v.1, p.38-39, 2003,

SOUZA, M. L. Ponte de; GARNELO, L. Desconstruindo o Alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano IX, n.2, p. 279-292, jun, 2006.

SOUZA, M. L. Ponte de; GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.7. Rio de Janeiro, Julho 2007. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000700015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700015). Acesso em out 2007.

SOUZA, M. L. PONTE DE; SCHWEICKARDT, J. C.; GARNELO, L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. **Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo**, v.34, n.2, p. 90-96, 2007

TARDIVO, L. S. P. C. El empleo de técnicas proyectivas en encuentros terapéuticos: relato de un caso. In: **Anales Congreso Latinoamericano de Rorschach y otras técnicas proyectivas – transtornos en la subjetividad: retos a la psicología y sus instrumentos**, 12. v. 1, p. 695-700, Montevideo, 2003.

TARDIVO, L. S. P. C. **O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas encontros e viagens**. 2004. 213p. Tese (Livre Docência ) Universidade de São Paulo, 2004.

TARDIVO, L. S. P. C. **O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje**. São Paulo: Vetor, 2007.

TARDIVO, L. S. P. C. O O encontro com o jovem em São Gabriel da Cachoeira - em busca de uma clínica diferenciada In: Simpósio Internacional do Adolescente, 1. Simpósio, 2005, São Paulo. **Anais on-line Simpósio Internacional Adolescente** Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000082005000100031&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000100031&lng=en&nrm=abn)> . Acesso em: 30 maio 2010.

TARDIVO, L. S. L. P. C. ; VAISBERG, T.M. J. A. Natureza, esportes ou violência e drogas? A juventude no imaginário de jovens indígenas aculturados. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 2, n. 2/3, p. 26-37, 2002.

TARDIVO, L. S. P. C.; BONFIM, T. E.; GIL, C. A.; FUGINAGA, C. H.; ZEWERS, E.; MOURA, M. L.; MUNARI, P. C. Narrativa de uma oficina psicoterápica de foto e vídeo com jovens indígenas Guarani mbya. In: III Jornada Apoiar - atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: o papel da psicologia clínica social, 2005, São Paulo. **Anais da III Jornada Apoiar. São Paulo : IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo**, 2005. v. 3. p. 65-76.

VIDILLE, W. Xamãs e os espíritos ancestrais. **Psychê**, São Paulo, ano 10, n. 19, set-dez, p. 47-64, 2006.

VIDILLE, W. F. TARDIVO, L. S. P. C. Estudo a respeito de crenças entre indígenas brasileiros: análise de práticas terapêuticas de um pajé Tukano. **Mudanças**, v. 11, n. 1, jan.- jun. p.101-115, 2003.

VIEIRA, S.B. A necessidade de contextualização cultural das práticas psi: considerações preliminares, **Estudos de Psicologia, Natal**, v. 3, n.2, p. 295-306, jul.-dez. 1998. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acessado em: 30 abr. 2008.

YAMAMOTO, K. **Psicoterapia Preventiva da Família: método e ilustrações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

WINNICOTT, D.W. **Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil**. Rio Janeiro: Imago, 1984 (traduzido da edição inglesa de 1971).

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ZIMERMAN, D.E. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

## *ANEXOS*

ANEXO 1 - Termo de Autorização para Realização de Pesquisa

ANEXO 2 - TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

ANEXO 3 - Aprovação - Área Técnica da Saúde de População Indígena da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo/ CONEP

ANEXO 4 - documentação Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP/SMS-SP).

ANEXO 5 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - **RESOLUÇÃO Nº 304, DE 09 DE AGOSTO DE 2000.**

## ANEXO 1– TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

## Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA(\*)

Eu \_\_\_\_\_, responsável legal pela Comunidade Indígena Guarani \_\_\_\_\_, autorizo a realização em nossa comunidade da pesquisa intitulada “Concepção de saúde mental de indígenas Guarani-Mbya de São Paulo” sob os cuidados da Profa. Tânia Elena Bonfim, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, a qual tem por objetivos: “Descrever e sistematizar concepções de saúde e doença mental de indígenas Guarani-Mbya; descrever e sistematizar ocorrências de distúrbio mental e comportamental registrados nos prontuários médicos dos postos de saúde das aldeias, **descrever conteúdo da expressão psíquica relatados em entrevistas preventivas por indígenas que apresentam distúrbio comportamental ou mental** e relacionar o conteúdo da expressão psíquica apresentado no relato das entrevistas preventivas às concepções de saúde e doença mental relatados pelos pajés e anciãos”.

Vale ressaltar que antes da assinatura do presente termo foram realizadas reuniões com a pesquisadora e as lideranças, nas quais foram discutidos os objetivos e os possíveis riscos à comunidade e seus habitantes, bem como os benefícios. Houve sugestões por parte das lideranças, as quais serão incorporadas ao projeto de pesquisa.

Foi-me esclarecido que, por se tratar de uma pesquisa descritiva que utiliza entrevistas para a coleta de dados, não haverá riscos para os participantes da comunidade. Sendo que todos os instrumentos (roteiros de entrevistas), antes de serem utilizados serão submetidos à análise das lideranças, os quais poderão ser alterados, adaptados ou substituídos, a fim de garantir o respeito à visão de mundo, costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, diferenças lingüísticas e estrutura política. Tenho ciência que participarão da pesquisa, adultos, anciãos e pajés de aldeias Guarani Mbya, cujo número dependerá da anuência dos participantes. A coleta dos dados será realizada pela pesquisadora acompanhada quando necessário por um membro da comunidade indicado pelas lideranças.

Compreendo que este estudo tem caráter acadêmico-científico e será conduzido pela pesquisadora, sob a orientação da Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Declaro ainda, ter compreendido que não haverá nenhum prejuízo de ordem psicológica ou física e que a privacidade dos integrantes será preservada. Concordo que os dados, omitida a identificação dos participantes, sejam publicados com fins exclusivamente acadêmicos ou científicos.

Estou ciente que poderemos, a qualquer momento, comunicar a nossa desistência em participar do presente estudo, sem qualquer prejuízo. Sabendo também que a pesquisa será conduzida por profissionais psicólogos que garantirão assistência em caso de qualquer incômodo psicológico decorrente da coleta de informações.

Sobretudo, entendo que o presente estudo contribuirá para a ampliação dos conhecimentos na área da saúde mental criando subsídios para estratégias preventivas e de intervenção mais eficientes que possam garantir o respeito às peculiaridades culturais da Nação Guarani, revertendo em benefícios diretos às comunidades envolvidas por meio da melhoria no atendimento em saúde. Por estas razões, assumo a incumbência de comunicar o Conselho Distrital sobre nosso interesse pelo estudo.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Documento de Identificação \_\_\_\_\_

Assinatura do Cacique da Aldeia \_\_\_\_\_



## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Instituto de Psicologia – Pós-Graduação em Psicologia Clínica

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ fui convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre “Concepção de saúde mental de indígenas Guarani Mbya de São Paulo” que será realizada pela psicóloga Tania Elena Bonfim, aluna do curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – nível doutorado, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dra Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo.

Fui informado que esta pesquisa tem a finalidade de compreender as concepções de saúde e doença mental de indígenas Guarani-Mbya. Para tanto, apresenta outros objetivos que anunciam as diferentes etapas da pesquisa: 1) descrever e sistematizar ocorrências de distúrbio mental e comportamental registrados nos prontuários médicos dos postos de saúde das aldeias, 2) Descrever a concepção de saúde e doença mental relatada por pajés e anciãos Guarani Mbya; 3) **descrever conteúdo da expressão psíquica relatado em entrevistas preventivas por indígenas que apresentam distúrbio comportamental ou mental e relacionar o conteúdo da expressão psíquica apresentado no relato das entrevistas preventivas às concepções de saúde e doença mental relatados pelos pajés e anciãos**

Compreendo que para que essa pesquisa seja realizada serão necessários encontros com a pesquisadora, denominados entrevistas, os quais deverão ocorrer nas dependências da aldeia, em local que permita privacidade e tranquilidade. Será solicitada a autorização para que as falas sejam gravadas em áudio com o intuito de facilitar a organização posterior do conteúdo de cada encontro. Ficou claro que posso aceitar ou não a gravação das falas, e que a qualquer momento poderei interromper a entrevista, sem qualquer prejuízo para mim.

Reconheço que todos os dados que possam identificar-me serão omitidos, pois há garantia de preservação de minha identidade e intimidade.

Está esclarecido que caso ocorra qualquer incômodo ocasionado pelas entrevistas receberei suporte psicológico apropriado.

Ficou claro que a pesquisa tem cunho acadêmico-científico, por isso, minha participação não acarretará custos para mim, nem visa compensação financeira para a pesquisadora e/ou instituição de ensino e pesquisa.

Assim, declaro que concordo em participar desse estudo, e confirmo que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, ao mesmo tempo em que me foi dada oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

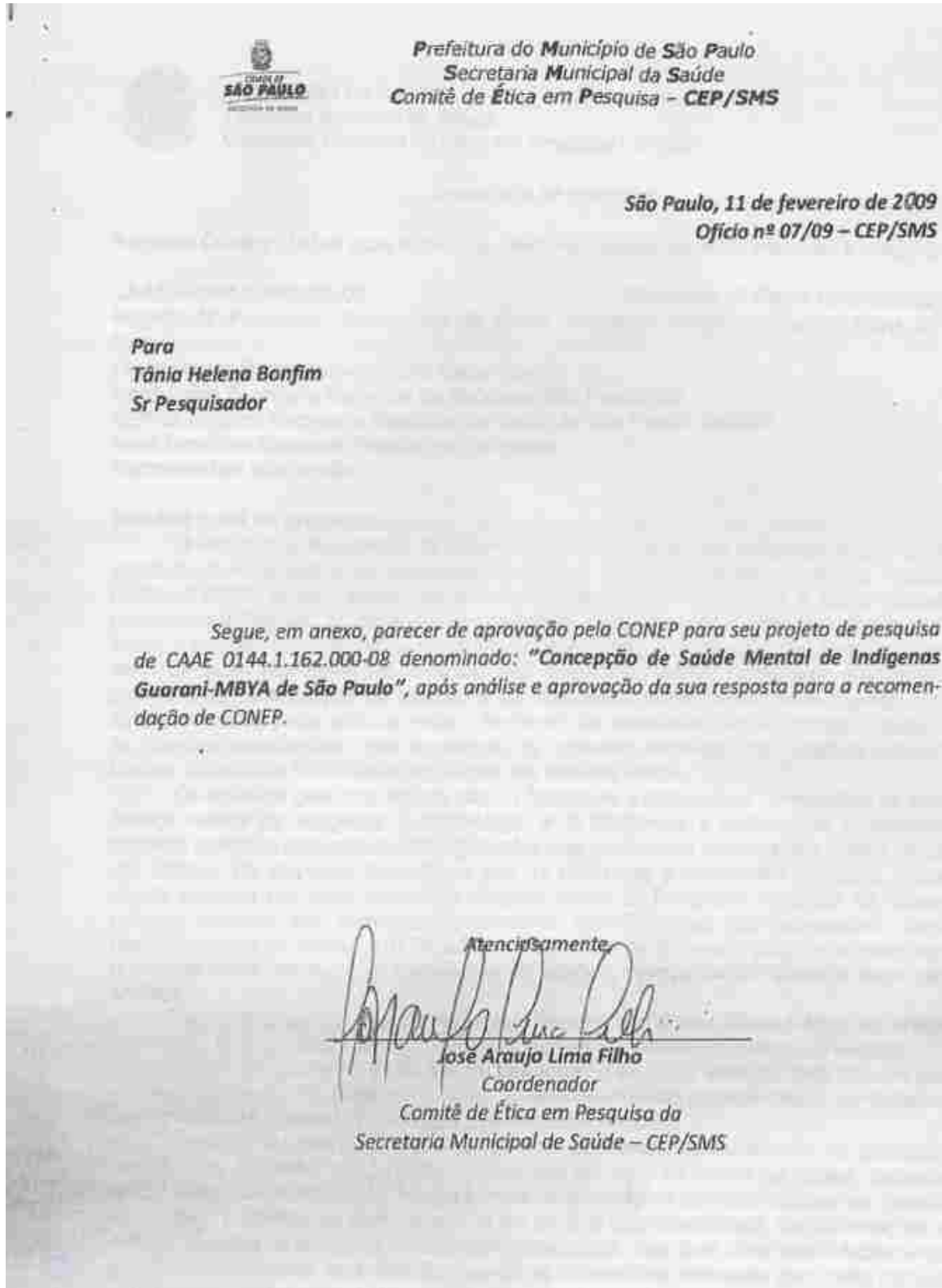
Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante (ou responsável)

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Tânia Elena Bonfim CRP06/25153

**ANEXO 3 - Aprovação -Área Técnica da Saúde de População Indígena da Secretaria Municipal Saúde de São Paulo/ CONEP**



## ANEXO 4 - RESOLUÇÃO CFP Nº 016/2000

### **Ementa: Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.**

O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971 e;

Considerando a iniciativa do Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia de construção de documento referência para a Pesquisa em Psicologia com seres humanos;

Considerando a necessidade de expandir os artigos referentes à ética na pesquisa, dispostos no Código de Ética e na Resolução nº 011/97;

Considerando a necessidade de orientar e complementar o entendimento à Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde que “aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos”;

Considerando que a pesquisa envolvendo seres humanos, em Psicologia, é uma prática social que visa a produção de conhecimentos que propiciam o desenvolvimento teórico do campo e contribuem para uma prática profissional capaz de atender as demandas da sociedade;

Considerando a diversidade da Psicologia e a necessidade de se levar em consideração os pressupostos teóricos e metodológicos dos seus vários campos de atuação e aplicação e consequentemente as diferentes formas que a pesquisa pode assumir, incluindo aí, entre outras, a pesquisa de laboratório, a pesquisa de campo e a pesquisa ação;

Considerando a necessidade de regulamentar regras e procedimentos que devem ser reconhecidos e utilizados nessa prática;

Considerando a decisão da Assembléia de Políticas Administrativas e Financeiras em reunião no dia 09/12/2000;

Considerando a decisão deste Plenário nesta data;

RESOLVE:

Art. 1º - Toda pesquisa em Psicologia com seres humanos deverá estar instruída de um protocolo, a ser submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a resolução MS 196/96 do CNS.

DO PROTOCOLO

Art. 2º - O protocolo, a que se refere o artigo 1º, deverá contemplar:

I. Os objetivos;

II. A justificativa: Cabe ao pesquisador a responsabilidade de justificar a relevância teórica e social da pesquisa;

III. Os procedimentos adotados;

IV. As salvaguardas éticas, incluindo-se:

a. Consentimento informado: Refere-se à garantia de que a participação do(s) indivíduos(s) é voluntária, que foi (foram) informado(s) e entende(m) com clareza os procedimentos a que será(ão) submetido(s) e suas conseqüências; que foi (foram) informado(s) sobre os objetivos da pesquisa e do uso que será feito das informações coletadas.

b. Os limites quanto ao uso de informações e os procedimentos de divulgação dos resultados.

DO RISCO DA PESQUISA

Art. 3º - É obrigação do responsável pela pesquisa avaliar os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, com o objetivo de proteger os participantes e os grupos ou comunidades às quais eles pertençam.

1. § 1º - Pesquisa de Risco mínimo – São aquelas cujos procedimentos não sujeitam os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas.

2. § 2º - A avaliação do risco na pesquisa com grupos vulneráveis ou em situação de risco (por exemplo, crianças e adolescentes em situação de rua, moradores de rua, habitantes de favelas e regiões periféricas das cidades, entre outros), deverá ser feita somente por pesquisadores e profissionais que conheçam bem a realidade dos participantes e tenham experiência de pesquisa e trabalho com esses grupos;

3. § 3º - As pesquisas que manipulem variáveis que possam gerar ansiedade, ou que utilizem instrumentos (inclusive entrevista) com o objetivo de obter dados e informações sobre

eventos que possam ter sido traumáticos (por exemplo, com vítimas de violência, abuso físico ou sexual, entre outros) não receberão classificação de risco mínimo. No entanto, o pesquisador deverá incorporar procedimentos que permitam avaliar, ao término da participação de cada indivíduo, se nenhum dano foi causado;

4. § 4º - O pesquisador deverá garantir que dispõe dos meios, recursos e competências para lidar com as possíveis conseqüências de seus procedimentos e intervir, imediatamente, para limitar e remediar qualquer dano causado;

#### DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Art. 4º - Os psicólogos pesquisadores, em respeito à autonomia, liberdade e privacidade dos indivíduos, deverão garantir, em suas pesquisas:

I. Que a participação é voluntária;

II. Que os participantes estão informados sobre os objetivos da pesquisa e o uso que será feito das informações coletadas;

III. Que os participantes foram informados e entendem com clareza os procedimentos aos quais serão submetidos, bem como suas possíveis conseqüências.

Art. 5º - Os psicólogos pesquisadores obterão o Consentimento informado dos indivíduos a serem pesquisados como garantia de efetiva proteção dos participantes, devendo ser obedecidos os seguintes critérios:

I. Que os indivíduos, assegurada sua capacidade legal, cognitiva e emocional para entender os objetivos e possíveis conseqüências da pesquisa, devem decidir se desejam ou não participar;

II. Que os pais ou guardiões, quando a pesquisa envolve crianças e adolescentes, devem dar seu consentimento;

III. As crianças e adolescentes, mesmo já se tendo consentimento dos pais ou responsáveis, devem ser também informados, em linguagem apropriada, sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e devem concordar em participar voluntariamente;

IV. Aplica-se o princípio das alíneas “b” e “c” deste artigo, aos indivíduos que, por qualquer razão, não tenham plena capacidade legal, cognitiva ou emocional.

Art. 6º - O Psicólogo pesquisador poderá estar desobrigado do consentimento informado nas situações em que:

I. Envolve observações naturalísticas em ambientes públicos;

II. As pesquisas sejam feitas a partir de arquivos e bancos de dados sem identificação dos participantes;

III. Haja reanálises de dados coletados pela própria equipe ou por outras equipes;

IV. Haja outras situações similares em que não há risco de violar a privacidade dos indivíduos envolvidos nem de causar a eles ou aos grupos e comunidades aos quais pertencem, qualquer tipo de constrangimento.

Parágrafo único – A determinação de que não há necessidade de consentimento informado, somente pode ser feita por Comitê de Ética em Pesquisa constituída conforme a legislação em vigor.

Art. 7º - O psicólogo pesquisador não aceitará o consentimento informado dos seguintes indivíduos:

I. Indivíduos alvo da pesquisa que não tenham plena capacidade legal, cognitiva ou emocional e os pais ou guardiões que não estejam qualificados;

II. Pais que não tenham contato como os filhos ou guardiões legais que, efetivamente, não interajam sistematicamente e nem conheçam bem a criança ou adolescente;

III. Pais ou guardiões legais que abusaram ou negligenciaram ou foram coniventes com o abuso ou a negligência;

IV. Pais ou guardiões que não tenham condições cognitivas ou emocionais para avaliar as conseqüências da participação de seus filhos na pesquisa.

Art. 8º - O psicólogo pesquisador que, em seu projeto de pesquisa, deparar-se com as situações previstas nas alíneas do artigo 7º, deverá, ao encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, abordar explicitamente neste, as determinações e providências que se seguem:

I. Se a pesquisa deve realmente ser feita com esse tipo de indivíduo ou se é possível obter o mesmo conhecimento ou informação com outros grupos menos vulneráveis;

II. Se o conhecimento ou informações que serão obtidas devem apresentar relevância teórica ou implicações para a prática que justifiquem realizar pesquisa com os indivíduos alvo;

III. Se os resultados podem beneficiar diretamente os participantes, ou seus grupos ou comunidade;

IV. Se que a equipe tem experiência e treinamento adequado para conduzir o tipo de investigação proposta com os indivíduos alvo;

V. Apresentar avaliação inicial de risco e detalhar no seu projeto as providências e medidas que serão tomadas para minimizar e remediar danos;

Parágrafo único – O Comitê de Ética em Pesquisa, ao avaliar o projeto, deverá solicitar pareceres de pesquisadores experientes na área caso não os tenha entre seus membros.

#### DA CONFIABILIDADE, SIGILO E USO DE INFORMAÇÕES

Art. 9º - Todos os membros da equipe de pesquisa estarão obrigados a conservar em sigilo as informações confidenciais obtidas na pesquisa, assim como proteger de riscos os participantes;

1. § 1º - O uso de dados e informações para quaisquer finalidades, que não tenham sido informadas aos participantes, somente poderá ser feito após consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa;

2. § 2º - A critério do pesquisador principal, bancos de dados poderão ser compartilhados com outros pesquisadores, desde que garantida a proteção dos participantes, em projetos nos quais esse tipo de colaboração tenha sido prevista e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa;

3. § 3º - No caso de pesquisa com crianças e adolescentes e outros indivíduos vulneráveis, o pesquisador é responsável pela proteção dos participantes, devendo tomar providências sempre que constatar que estes se encontram em situação de risco sério e iminente à sua integridade física ou emocional.

4. § 4º - Quando pertinente, o projeto deve conter previsões claras de ações a serem tomadas, quando forem constatados casos de abuso físico ou sexual contra crianças e adolescentes ou outras situações que requeiram ação imediata dos pesquisadores;

5. § 5º - As ações a serem tomadas, descritas no projeto, devem ser apropriadas e compatíveis com a gravidade da situação, buscando o uso dos recursos comunitários e legais disponíveis, visando sempre minimizar danos, proteger e não causar malefício;

6. § 6º - O psicólogo pesquisador, em decorrência da pesquisa e pela confiança que os participantes depositam nele, deverão manter sigilo ao tomar conhecimento de transgressões de qualquer natureza, mesmo que não envolvam risco iminente e grave, especialmente se dizem respeito a acontecimentos pretéritos, levando o assunto ao Comitê de Ética em Pesquisa;

#### DO USO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Art. 10º - Os psicólogos pesquisadores são responsáveis pelo uso que fazem de instrumentos de avaliação psicológica, devendo avaliar criteriosamente as informações disponíveis nos manuais dos instrumentos e na literatura especializada da área.

#### DA AUTORIA E CO-AUTORIA

Art. 11º - Os psicólogos deverão assumir responsabilidade e receber crédito apenas por trabalho efetivamente realizado ou para o qual contribuíram de forma substancial, assim como deverão incluir nos créditos das publicações todos aqueles que participaram da realização do trabalho, identificando a qualidade de cada participação.

Art. 12º - Os psicólogos pesquisadores, no que tange à autoria e co-autoria da pesquisa, deverão se orientar pelos procedimentos consensuais no meio acadêmico e por legislação aplicável à espécie.

Parágrafo único – Segue-se os mesmos procedimentos para dissertação de teses e publicação de livros ou artigos oriundos da pesquisa.

#### DOS PARECERES

Art. 13º - Todo pesquisador tem a obrigação de emitir pareceres, se for de sua competência, quando solicitado por agências financiadoras, revistas científicas ou sociedades científicas, desde que tenha sido consultado previamente sobre sua disponibilidade em emitir pareceres.

1. § 1º - O parecerista emitirá seu parecer de forma completa no prazo previsto ou, quando impossibilitado, comunicará imediatamente sua situação ao solicitante;

2. § 2º - O psicólogo pesquisador ao redigir o parecer, limitar-se-á a comentar e discutir o trabalho apresentado, tornando o parecer um instrumento pedagógico, que orienta na correção de erros e defeitos observados no trabalho;

3. § 3º - O material recebido para a emissão de parecer deverá ser mantido em sigilo, não podendo ser divulgado ou utilizado para nenhuma outra finalidade. Caso o material contenha informações importantes à pesquisa do parecerista, este deverá fazer contato com o(s) autor(es), inicialmente através do editor ou de quem solicitou o parecer, a fim de que possa fazer uso das informações.

Art. 14º - É vedado ao psicólogo pesquisador ser parecerista nas seguintes situações:

- a. quando houver qualquer tipo de conflito de interesse;
- b. quando atuou como colaborador com o autor;
- c. quando da existência de motivos que interfiram na sua objetividade.

Parágrafo único – Aplicam-se ainda a esse artigo, os dispositivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

#### DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Art. 15º - Quando das comunicações científicas e da divulgação ao público, o psicólogo pesquisador estará obrigado a vigilância do Código de Ética Profissional do Psicólogo, especialmente nos artigos que tratam da matéria (artigos de 30 a 38).

Art. 16º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

## ANEXO 5 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

### RESOLUÇÃO Nº 304, DE 09 DE AGOSTO DE 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de agosto de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Considerando:

- A necessidade de regulamentação complementar da Resolução CNS nº 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos), atribuição da CONEP conforme item VIII.4.d da mesma Resolução, no que diz respeito à área temática especial “populações indígenas” (item VIII.4.c.6).

Resolve;

- Aprovar as seguintes **Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas.**

#### **I – Preâmbulo**

A presente resolução procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil. Reconhece ainda o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem.

Estas normas incorporam, as diretrizes já previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e fundamenta-se nos principais documentos internacionais sobre direitos humanos da ONU, em particular a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a Ação da OIT- Organização Internacional do Trabalho - Concernente aos Povos Indígenas e Tribais, de 1989, da Constituição da República Federativa do Brasil ( Título VIII, Capítulo VIII Dos Índios ) e de toda a legislação nacional de amparo e respeito aos direitos dos povos indígenas enquanto sujeitos individuais e coletivos de pesquisa.

As pesquisas envolvendo comunidades ou indivíduos indígenas devem corresponder e atender às exigências éticas e científicas indicadas na Res. CNS 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e suas complementares. Em especial deve-se atender também à Resolução CNS 292/99 sobre pesquisa com cooperação estrangeira, além de outras resoluções do CNS sobre ética em pesquisa, os Decretos 86715 de 10/12/81 e 96830, de 15/01/90 que regulamentam o visto temporário para estrangeiros.

#### **II – Termos e Definições**

A presente resolução adota no seu âmbito as seguintes definições:

1 - Povos Indígenas – povos com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas.

2 - Índio – quem se considera pertencente a uma comunidade indígena e é por ela reconhecido como membro.

3 - Índios Isolados – indivíduos ou grupos que evitam ou não estão em contato com a sociedade envolvente.

#### **III - Aspectos Éticos da pesquisa envolvendo povos indígenas.**

As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade.

1 - Os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa, devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprias.

2 - Qualquer pesquisa envolvendo a pessoa do índio ou a sua comunidade deve :

2.1 – Respeitar a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política;

2.2 - Não admitir exploração física, mental, psicológica ou intelectual e social dos indígenas;

2.3 - Não admitir situações que coloquem em risco a integridade e o bem estar físico, mental e social;

2.4 - Ter a concordância da comunidade alvo da pesquisa que pode ser obtida por intermédio das respectivas organizações indígenas ou conselhos locais, sem prejuízo do consentimento individual, que em comum acordo com as referidas comunidades designarão o intermediário para o contato entre pesquisador e a comunidade. Em pesquisas na área de saúde deverá ser comunicado o Conselho Distrital;

2.5 - Garantir igualdade de consideração dos interesses envolvidos, levando em conta a vulnerabilidade do grupo em questão.

3 - Recomenda-se, preferencialmente, a não realização de pesquisas em comunidades de índios isolados. Em casos especiais devem ser apresentadas justificativas detalhadas.

4 - Será considerado eticamente inaceitável o patenteamento por outrem de produtos químicos e material biológico de qualquer natureza obtidos a partir de pesquisas com povos indígenas.

5 - A formação de bancos de DNA, de linhagens de células ou de quaisquer outros materiais biológicos relacionados aos povos indígenas, não é admitida sem a expressa concordância da comunidade envolvida, sem a apresentação detalhada da proposta no protocolo de pesquisa a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, e a formal aprovação do CEP e da CONEP;

6 - A não observância a qualquer um dos itens acima deverá ser comunicada ao CEP institucional e à CONEP do Conselho Nacional de Saúde, para as providências cabíveis.

#### **IV- O protocolo da pesquisa**

O protocolo a ser submetido à avaliação ética deverá atender ao item VI da Resolução 196/96, acrescentando-se:

1 - Compromisso de obtenção da anuência das comunidades envolvidas tal como previsto no item III § 2 desta norma, descrevendo-se o processo de obtenção da anuência.

2 - Descrição do processo de obtenção e de registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, assegurada a adequação às peculiaridades culturais e lingüísticas dos envolvidos.

#### **V - Proteção :**

1 - A realização da pesquisa poderá a qualquer tempo ser suspensa, obedecido o disposto no item III.3.z da Resolução 196/96, desde que:

1.1. seja solicitada a sua interrupção pela comunidade indígena em estudo;

1.2. a pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos e/ou qualquer tipo de mal estar dentro da comunidade;

1.3. haja violação nas formas de organização e sobrevivência da comunidade indígena, relacionadas principalmente à vida dos sujeitos, aos recursos humanos, aos recursos fitogenéticos, ao conhecimento das propriedades do solo, do subsolo, da fauna e flora, às tradições orais e a todas as expressões artísticas daquela comunidade.

#### **VI - Atribuições da CONEP**

1 - Dentro das atribuições previstas no item VIII.4.c.6 da Resolução CNS 196/96, cabe à CONEP, após a aprovação do CEP institucional, apreciar as pesquisas enquadradas nessa área temática, ainda que simultaneamente enquadradas em outra.

2 - Parecer da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio(CISI), quando necessária consultoria, poderá ser solicitado pela CONEP.

3 - Os casos omissos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, serão resolvidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 304, de 10 de agosto de 2000, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde