

Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: Contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul, Brasil

Structural factors and Practices of Self Care of Families with Parents with Mental Illness: The Context of the Kaiowá and Guarani of Mato Grosso do Sul, Brazil

Factores estructurales y prácticas de autoatención de las familias con parientes con trastornos mentales: Contexto Kaiowá y Guarani de Mato Grosso del Sur, Brasil

Antonio de Carvalho Silva ¹

Esther Jean Langdon ²

Dulce Lopes Barboza Ribas ³

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa sobre as percepções e práticas de autoatenção dos índios Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul no que se refere aos parentes

de indivíduos engajados em um processo clínico e diagnosticados como sofrendo de psicopatologia crônica. As famílias reconhecem sua responsabilidade moral de cuidar de seus parentes, porém fatores estruturais exercem uma influência forte sobre o tipo de cuidado que elas podem oferecer. Enquanto algumas delas conseguem acompanhar e gerenciar os cuidados necessários para manter a estabilidade do estado do doente, outros enfrentam dificuldades para operacionalizar sua responsabilidade de cuidar. Observamos que as práticas de autoatenção oferecidas pelas famílias são relacionadas com diversos fatores, tais como coesão familiar, situação financeira, gênero do doente e julgamento moral sobre sua conduta. Estes fatores são consequências dos processos históricos e econômicos que impactam no sistema de organização social tradicional baseado em reciprocidade. As

1 Especialização em Saúde Mental, Psiquiatra do Hospital Nosso Lar e membro da Equipe Multidisciplinar/Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (EMSI/DSEI/MS). Rua Dr. Bezerra de Menezes, 325, Vila Planalto | CEP: 79009-130 | (67) 3316-3502 | (67) 3316-3500, cel (67) 96283472 e (67) 92395465, danielaramires@uol.com.br

2 Doutorado, Pesquisadora CNPq 1B, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

3 Doutorado, Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

dificuldades das famílias nem sempre são reconhecidas pelos os profissionais de saúde, no anseio de que a família acolha e cuide do seu doente.

Palavras chaves: práticas de autoatenção, transtornos mentais, índios sul-americanos, relações familiares, condições sociais

ABSTRACT

This article presents the results of research on perceptions and health care practices among the Kaiowá and Guarani of Mato Grosso do Sul (Brazil) with respect to family members diagnosed as suffering from chronic psychopathology. Although families of these individuals recognize a moral responsibility to care for their sick parents, structural factors exercise a strong influence on what they can offer. While some are able to accompany and manage the care necessary to maintain the stability of the patient's condition, others have difficulties in performing their responsibility. We demonstrate that the nature of health care provided by the families is related to diverse factors, such as family cohesion, financial conditions, gender and the moral judgment of the patient's conduct. These factors are consequences of the historical and economic processes that have impacted upon the traditional social organization of extended families based on reciprocity. The health professionals, in their desire that the family accepts and cares for its sick, do not always recognize the limitations of the families.

Key words: health care practices, mental illness; South American Indians, family relations; social conditions

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de la investigación sobre las percepciones y prácticas de autoatención de los indígenas Kaiowá - Guarani del Estado de Mato Grosso do Sul (Brasil) en relación a la familia de pacientes diagnosticados con psicopatología crónica. Las familias reconocen la responsabilidad moral de cuidar de sus familiares enfermos, más los factores estructurales ejercen una fuerte influencia sobre el tipo de cuidado que ellos pueden ofrecer. Mientras algunas familias consiguen acompañar y gerenciar los cuidados necesarios para mantener la estabilidad del estado del paciente, otras enfrentan dificultades para ejercer su responsabilidad de estos cuidados. Observamos que las prácticas de cuidado ofrecidas por las familias están relacionadas con diversos factores, tales como: cohesión familiar, situación financiera, género del paciente y juicio moral sobre su conducta. Estos factores son la resultante de procesos históricos y económicos que impactan el sistema de organización social tradicional basado en la reciprocidad de las familias extensas. Las dificultades de las familias no necesariamente son reconocidas por los profesionales de atención de salud quienes desean que la familia asuma los cuidados de su familiar enfermo.

Palabras llaves: prácticas de autoatención, trastornos mentales, indígenas sudamericanos, relaciones familiares, condiciones sociales

INTRODUÇÃO

Os aspectos socioeconômicos têm sido, na maioria das vezes, considerados irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas

na área da psiquiatria¹. Em geral, são tidas como essenciais unicamente as informações que dizem respeito ao psiquismo individual. Todos os outros dados, em particular aqueles referentes ao impacto dos fatores sociais, culturais e econômicos, são avaliados como acessórios². Por outro lado, Taylor et al.³ demonstram a grande influência que exercem os universos social e cultural sobre a adoção de comportamentos terapêuticos coletivos e sobre a utilização dos serviços de saúde. Por exemplo, ao reconhecermos que a família é a base da sociedade e suporte primordial do indivíduo, quer material, quer afetivo, então a sua funcionalidade ou disfunção poderá ter influências diretas no cuidado com o doente mental crônico⁴. Para este, normalmente numa situação bastante fragilizada, é essencial o suporte familiar, cujas práticas de autoatenção poderão marcar positiva ou negativamente o tratamento, dependendo da forma como a família está estruturada.

Desta forma, as reflexões presentes neste artigo propõem demonstrar a influência de fatores ligados à família e ao próprio doente como, a composição e a coesão familiar, a capacidade desta de captar recursos financeiros, o gênero e as manifestações comportamentais do doente, e as práticas de autoatenção realizadas pelas famílias Kaiowá e Guarani na tentativa de apoiar seus parentes diagnosticados com psicopatologia crônica. Usamos aqui o conceito de “práticas de autoatenção”^{5,6} para referir as práticas desenvolvidas pelas coletividades nas suas tentativas de resolver as aflições que sofrem. Os grupos são autônomos nas suas práticas, “sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais desta

atividade”⁷⁽⁴⁸⁾. O conceito de autoatenção não deve ser confundido com o de autocuidado, uma categoria empregada pelos profissionais de saúde que expressa suas expectativas sobre os deveres dos pacientes em seguir as diretivas do profissional.

Trata-se da continuidade de um trabalho cuja primeira etapa explora como os membros das famílias percebem, reconhecem e explicam as doenças mentais, buscando-se entender o modelo explicativo (ME) dos sujeitos para os casos com transtornos psiquiátricos identificados e diagnosticados pelas equipes multidisciplinares que atendem a população indígena. Os autores⁸ demonstram que os indígenas percebem as aflições de seus parentes como perturbações físicas-morais, e não como condições médicas biológicas e atribuem as causas aos conflitos sociais, quebra de tabus e a vulnerabilidade do sofredor aos ataques dos espíritos. Porém, com algumas exceções, os profissionais da Fundação Nacional de Saúde/Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (FUNASA/ SESAI) não reconhecem as preocupações das famílias e suas reais dificuldades no que diz respeito às estratégias de atender o doente psiquiátrico. Esperam que a família acolha e cuide do doente, mas ignoram ou minimizam suas possibilidades de prover os cuidados esperados. Frequentemente culpam os parentes indígenas e julgam as famílias de forma negativa:

Ah... estes aí não cuidam. Largaram de vez. Não adianta a gente correr atrás. É esforço perdido (Enfermeira da EMSI).

Contexto socioeconômico das Terras Indígenas dos Kaiowá e Guarani

Atualmente, cabe aos Kaiowá e Guarani de MS o retrato de fragilidade social e política no contexto indígena nacional. Eles vêm sendo destacados nos noticiários regionais e nacionais, devido às taxas altas de violência, abuso de álcool e drogas, suicídios e desnutrição infantil. Em 2005, a Fundação Nacional de Saúde advertiu que mais de 700 crianças encontravam-se em situação de insegurança alimentar grave em Mato Grosso do Sul, sendo que 360 crianças eram do município de Amambai⁹⁽⁷⁴⁾. Também vêm sofrendo como vítimas de violência interétnica e de violações de direitos humanos.

A situação de reserva, imposta pelo SPI a partir de 1928, altera profundamente o padrão tradicional de assentamento das parentelas e aldeias. De acordo com Pereira¹⁰, antes da ocupação colonial, a população kaiowá se territorializava de acordo com: a) a disponibilidade de locais considerados apropriados, por comportarem recursos naturais para o estabelecimento da residência, pois, como disse o líder político de uma reserva, “antigamente o índio sempre procurava o lugar bom para morar, onde tinha mato bom, água boa”, ou seja, há um conjunto de fatores ecológicos influenciando tal escolha; b) o local estar livre de ameaças sobrenaturais, como espíritos maus ou mortos ilustres recentes; c) a proximidade de parentelas aliadas, com as quais era possível fazer festas e rituais religiosos, sendo a rivalidade com os vizinhos um acontecimento suficiente para provocar a migração; d) a capacidade do cabeça da parentela e do líder da aldeia de conduzir eficazmente a vida comunitária, ou seja, de demonstrar habilidade para unir os parentes e resolver problemas de convivência entre os

fogos domésticos; e, ainda, e) a incidência ou não de doenças ou mortes repentinas provocadas por causas consideradas não-naturais¹⁰⁽⁶⁾.

Como documentado por Brand^{11,12} durante todo o século vinte, as comunidades kaiowá e guarani foram expropriadas de seus territórios tradicionais para dar lugar à expansão de frentes de ocupação agropastoril. Oliveira e Pereira¹³, destaca que a expropriação das terras indígenas na região foi mais intensa em alguns períodos, como entre as décadas de 1930 e 1950, período que coincide com o requerimento e titulação da maior parte das terras por particulares e, entre as décadas de 1960-1980, quando ocorre a ocupação efetiva da maior parte das terras com atividades agropecuárias.

Segundo Pereira¹⁴, na ausência da base territorial as comunidades Kaiowá e Guarani passaram a conviver com graus variados de fragmentação em seus módulos organizacionais, afetando diretamente as relações situadas no campo da produção das condições materiais de existência, do parentesco, da residência, da política e dos eventos festivos e rituais religiosos que conformam e dão sentido as suas organizações comunitárias. Tal situação compromete a reprodução física e cultural da população kaiowá e guarani, criando impasses para a convivência da população aglomerada nas reservas, o que se expressa no agravamento de problemas sociais¹⁴.

O início da indústria sucroalcooleira exacerbou esta situação no começo da década de 80. Com a crescente mecanização das demais atividades agrícolas e a dependência das famílias indígenas do trabalho assalariado devido à baixa produtividade das terras

indígenas, grande número de homens Kaiowá e Guarani se ausentaram de suas comunidades para trabalhar nas usinas de produção de açúcar e álcool. Conforme o Ministério Público do Trabalho, mais de 13 mil indígenas trabalham nas usinas¹⁵. Atualmente, com a mecanização progressiva das lavouras de cana de açúcar, está se configurando uma nova realidade sobre a identidade e a presença dos homens nas aldeias, cujas consequências devem ser melhores previstas com novos estudos.

A migração dos homens para as regiões de canaviais vem provocando mudanças na estrutura e dinâmica das relações familiares. Os valores e autoridade que estruturam a vida do grupo contavam com a importante presença paterna; hoje são transmitidos quase que exclusivamente pela mãe ou avó¹⁶. A falta da presença da autoridade masculina vem acompanhada pelo aumento de trânsito dos jovens entre as aldeias e as áreas urbanas, uma migração associada ao abuso de drogas e álcool nas reservas.

Também, há um processo geral de dependência de recursos externos para a sobrevivência das famílias. A diminuição das roças no interior das aldeias tem aumentado a compra de alimentos processados nos estabelecimentos comerciais, aumentando a dependência de recursos externos¹⁷. Nem sempre os recursos adquiridos com o trabalho nas usinas sucroalcooleiras contribuem para a subsistência da família na aldeia, mas permanecem nas mãos dos homens, financiando o consumo de álcool e as violências associadas.

Assim, a dependência das famílias das cestas básicas de alimentos e dos benefícios da previdência social, tais como auxílio-doença,

auxílio-maternidade, aposentadoria por idade e invalidez, têm se tornado cada vez mais essenciais para a sobrevivência.

Todo este processo de assalariamento, dependência e empobrecimento também tem provocado uma reestruturação das relações familiares e de gênero¹⁸. Tradicionalmente, as aldeias kaiowá e guarani foram compostas por famílias extensas relacionadas por parentesco, em que as relações de sociabilidade e reciprocidade resultaram em obrigações e colaborações mútuas entre os membros. A família extensa operava como uma rede de apoio, compartilhando e trocando recursos segundo os valores e éticas tradicionais. Hoje, sem a possibilidade de auto sustentabilidade e com o aumento da dependência de recursos externos, as famílias extensas vêm se fragmentando e se reestruturando. Neste contexto, a procura dos auxílios governamentais para o maior número de seus integrantes é uma estratégia para garantir a estabilidade econômica¹⁹.

A fragmentação da unidade familiar concomitantemente à alta densidade demográfica nas reservas têm resultado em conflitos e violências entre famílias que anteriormente não residiam juntas por pertencerem a parentelas rivais. Esses problemas são acentuados pelos efeitos do elevado consumo de bebidas alcoólicas, contribuindo para momentos altamente explosivos e de acusações recíprocas de feitiçaria. Segundo o ponto de vista dos indígenas estudados, o surgimento de diversos tipos de doenças, incluindo as de ordem psíquica, tem origem em atos de feitiçaria.

Identificação e atendimento dos Kaiowá e Guarani com problemas de saúde mental

O primeiro autor do artigo é psiquiatra e, de 2006 a 2009, fez parte das equipes do Programa de Saúde da Família Indígena (PSFI) em diversas aldeias do MS, atendendo como clínico geral. Durante este tempo, os enfermeiros identificaram pessoas com problemas de doença mental, particularmente mulheres grávidas, que ofereciam resistência à abordagem da equipe de saúde para realização do pré-natal ou quando não cuidavam bem de seus filhos pequenos, contrariando a expectativa do sistema oficial de saúde porque não conseguiam fazer com que seus filhos saíssem do quadro de desnutrição. Além disso, para justificar o pedido de avaliação psiquiátrica, argumentava-se que essas mães deixavam as crianças sujas, infectados com doenças de pele e nem sempre preparavam as refeições como deveriam, além de se embriagarem com frequência.

No segundo semestre de 2007, inicia-se um plano de ação em saúde mental indígena no MS, com prioridade para a redução das altas taxas de suicídio e problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas (PORTARIA Nº 2.759 DE 25 DE OUTUBRO DE 2007). Foram contratados pela FUNASA profissionais das áreas de psicologia e do serviço social para ampliar a capacidade técnica das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI). Os novos profissionais se depararam, entre outras atribuições, com a tarefa de abordar e encaminhar inúmeros doentes para tratamento psiquiátrico atribuição que, até aquele momento, estava a cargo apenas das enfermeiras e dos médicos.

Alguns doentes, após consulta psiquiátrica, chegaram a ser encaminhados para tratamento no hospital Nosso Lar – o maior hospital

psiquiátrico do estado localizado na capital, Campo Grande – devido ao comportamento gravemente disfuncional. Também, outras pessoas com problemas de saúde mental grave foram identificadas e encaminhadas para internação pelo sistema judiciário por causa de atos de violência. Em geral, o acesso dos indígenas aos serviços de saúde mental nos respectivos municípios, ocorriam com vários obstáculos, e assim, a participação do primeiro autor, desde 2006, na EMSI facilitava a identificação dos pacientes que precisavam de atenção especializada e também de encaminhamentos para os serviços de referência.

Nem todas as pessoas sofrendo de doenças mentais graves são identificadas por estes profissionais que intervêm na saúde dos Kaiowá e Guarani. Existem pessoas que perambulam abandonadas pelas aldeias, manifestando desorientações psíquicas e descuidos com a higiene pessoal. Somente quando começam a agredir as pessoas ou causam outros distúrbios comunitários é que as autoridades públicas procuram alguma intervenção. Também, em alguns casos, por mediação dos agentes indígenas de saúde (AIS), os familiares das pessoas sofrendo de perturbações psíquicas procuraram atendimento psiquiátrico para o seu parente.

METODOLOGIA

É dentro do contexto das solicitações de avaliação e atendimento psiquiátrico aos doentes, por parte dos profissionais atuantes nas equipes de saúde, dos familiares e de processos judiciais que o projeto foi desenvolvido, visando entender a percepção dos Kaiowá e Guarani sobre a psicopatologia

crônica e identificar os fatores que influenciam a atenção e os cuidados dos familiares aos parentes com este diagnóstico. A pesquisa foi financiada pelo Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 33/2008 - Saúde Mental, processo 575224/2008-8 sob a coordenação de Dulce Lopes Barboza Ribas, com parecer de aprovação nº 0426/2010 e registro CONEP nº 15.654. A colaboração de Esther Jean Langdon foi financiada através da bolsa de Produtividade em Pesquisa/CNPq

Do total das avaliações psiquiátricas realizadas entre 2006 e 2009, 19 doentes diagnosticados com psicopatologia crônica foram selecionados para a pesquisa. O critério principal, além do diagnóstico, para a seleção destes pacientes, foi o melhor grau de familiaridade do pesquisador com os casos e vínculos de confiança com seus familiares. Seis destes casos haviam sido internados no hospital. Aos outros pacientes foram receitados medicamentos antipsicóticos no ambulatório dos Postos de Saúde nas aldeias.

Durante a pesquisa de campo mais cinco casos foram adicionados, através do método de “bola de neve”. Três destes foram incluídos por questões comparativas, dado que estes não tinham passado pelo crivo dos serviços de saúde pública, mas foram identificados por AIS ou por familiares durante o decorrer da pesquisa. Estes passam despercebidos pelas equipes de saúde porque as famílias cuidam bem deles, sem chamar atenção. Para os três casos, cujo acesso ao núcleo familiar foi facilitado via os agentes indígenas de saúde que atuam na área, entrevistamos os parentes e acompanhamos seus itinerários terapêuticos para observar as respectivas práticas de auto-atenção. A inclusão dos outros dois casos foi

em resposta à solicitação da justiça.

No total, foram identificados 24 sujeitos, de ambos os sexos (9 mulheres e 15 homens), com idade de 14 a 37 anos que, do ponto de vista da psiquiatria clínica, são diagnosticados como doentes mentais crônicos, cujas doenças apresentam mais de três anos de evolução.

Em 2010, entrevistas semiestruturadas foram realizadas com, aproximadamente, 50 parentes dos doentes, principalmente os pais, mas também irmãos, primos e tios em sete aldeias nas Terras Indígenas: Dourados, Caarapó, Amambai, Jaguapiré, Porto Lindo e Cerrito. Dois rezadores também foram entrevistados sobre os respectivos casos que estavam tratando. Observação participante fez parte das técnicas de pesquisa, utilizada num caso para acompanhar a procura de tratamento com rezador fora da aldeia.

Procuramos estimular os diálogos perguntando sobre as causas das doenças, os tratamentos procurados e os cuidados do doente que a família realizava. Para as pessoas mais conhecidas, com as quais conseguimos estabelecer um melhor *rapport*, obtivemos narrativas mais extensas sobre os casos, contribuindo para um melhor entendimento das percepções e práticas destas famílias. As entrevistas e narrativas foram registradas a base de anotações feitas durante os diálogos e foram elaboradas subsequentemente num diário de campo extensivo para subsequente análise de discurso. A gravação das narrativas foi realizada somente em casos que o pesquisador tinha a confiança suficiente dos sujeitos de pesquisa.

Também entrevistamos os profissionais das

EMSI, mais especificamente alguns médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e AIS, para compreendermos sobre o motivo da solicitação da consulta psiquiátrica.

Não houve recusas ao diálogo por parte dos parentes dos índios nem dos membros das equipes.

RESULTADOS

A análise se refere aos pacientes que sofriam doenças crônicas que, em decorrência da natureza de suas aflições, deveriam seguir um regime contínuo de medicamentos e de acompanhamento pelos profissionais das EMSI. Os médicos receitavam os remédios ou encaminhavam os doentes aos serviços de referência em psiquiatria. Era esperado que suas famílias acolhessem seus familiares doentes e colaborassem na administração dos medicamentos e no acompanhamento da

EMSI. No entanto, encontramos respostas diversas das famílias quando se tratava das práticas de atenção aos seus familiares doentes. Enquanto algumas delas conseguiam um convívio harmônico com o doente através da administração regular de medicamentos e de outros cuidados, as outras não o conseguiam.

Dos 24 pacientes incluídos na pesquisa, identificamos diferentes níveis de integração familiar e, conseqüentemente, de acompanhamento do doente. As famílias extensas cujas redes estavam mais integradas ofereciam maiores cuidados aos seus membros doentes quando comparadas às famílias com redes fragilizadas, contribuindo para a estabilidade do estado geral do paciente. Porém, a integração da família não tinha correlação com os cuidados nos casos em que o comportamento do doente violava os mores e valores importantes da sociedade, razão de seu abandono pela família.

Quadro 1. Rede familiar e a atenção dispensada aos parentes com transtornos mentais

Gênero	Rede familiar/Cuidado		
	Rede familiar integrada - parente com cuidados	Rede familiar fragilizada -parente semi-abandonado	Parente rejeitado por motivos morais
Masculino	8	6	1
Feminino	2	2	5
Total	10	8	6

Rede familiar Integrada

Analisando o Quadro 1, encontramos dez doentes cuja rede de apoio familiar tem maior integração, representando 41,6% da amostra. As famílias com maior integração contavam, pelo menos, com os pais do doente, presentes no mesmo domicílio, e em vários casos também com os avós e outros membros da família

extensa residindo juntos ou perto. A parentela é integrada por laços de reciprocidade, fundamental na sua capacidade de cuidar de seu doente. Estas famílias compartilham, por meio dos laços, a responsabilidade pelo acompanhamento. Geralmente os parentes homens, o pai ou os tios, têm o papel de buscar e prover o recurso financeiro para o tratamento, enquanto as mulheres ministram

os medicamentos e cuidam de alimentação e higiene. Na amostra analisada, em um único caso, o paciente contava com os pais presentes, mas, ambos consumiam bebidas alcoólicas, com embriagues frequentes, impossibilitando o cuidado do filho.

As famílias com maior grau de integração compartilham o domicílio com o doente e demonstram mais regularidade na administração de medicamentos. Também elas são mais ativas em procurar outras formas para aliviar a aflição de seu parente através do gerenciamento de itinerários terapêuticos que incluem os curandeiros e rezadores tradicionais, as igrejas pentecostais e os centros espíritas (no caso das aldeias próximas à cidade).

Nunca deixei ele largado! Quando chegamos aqui, eu não sabia aonde buscar recurso! Isso me fez sofrer muito! Agora não! Agora tô feliz porque ele tá aí sentado, até conversa com a gente! [após fazer uso de medicamentos psicotrópicos]. Na hora da refeição ele come, ele começa até andar. Eu tive oportunidade de trazer algum rezador de Caarapó e de outros lugares, de fazer dança ritual pra abençoar e tirar mal dele. Aqui tínhamos uma mulher que sabia fazer esse remédio, rezar e espantar espírito ruim. Só que ela foi embora e aí ficou difícil até mexer essa parte espiritual. A gente ficava até meia noite dançando e rezando pra trazer de volta a alegria dele. (Mãe)

Tal relato remete para a existência de práticas simultâneas de diferentes modelos de atenção, sejam estes tradicionais ou não. O rezador, representa um importante recurso

terapêutico utilizado pelos Kaiowá e Guarani, porém, não o único.

Devido ao acompanhamento da família, os episódios de surtos psicóticos são menos frequentes. Quando aconteciam, a família prontamente acessava os recursos de tratamento ao seu alcance. Seus parentes procuravam os AIS ou diretamente os postos de saúde (ou até mesmo o pesquisador-psiquiatra) por iniciativas próprias, ou seja, de fato eles assumiam a responsabilidade pelos cuidados de seu parente.

Se tiver que levar meu filho pra internar eu não aceito! Eu quero ficar com ele aqui. Eu me esforço e sempre busco qualquer coisa pra gente almoçar, jantar e viver aqui. Se por acaso eu morrer primeiro, eu não quero que leva daqui! O irmão pode cuidar dele. Estando no meio dos irmãos e dos parentes ele vai ficar muito feliz. Ele vai ter aonde pedir as coisas e o pessoal também vai atender ele (Mãe).

Integração familiar e estratégias econômicas

A sobrecarga financeira, proveniente das dificuldades decorrentes da baixa renda, exerce uma poderosa pressão sobre as famílias que, já tendo pouco para a sua própria sobrevivência, vê-se confrontada com a realidade de prover cuidados especiais a um ou mais dos seus membros que se tornou um adulto improdutivo. Os aspectos que se prendem à questão da sobrecarga têm um importante papel no relacionamento familiar, já que o desgaste emocional, mas também a situação, muitas vezes, desesperadora de não dispor dos meios

materiais necessários aos cuidados, gera uma situação de tensão na relação entre os membros.

Ninguém na casa quer o Israel. Ele é desprezado porque só quer comer e não trabalha. Não aceita pouca comida e fica nervoso. Não ajuda cuidar da casa nem dos irmãos pequenos (Tia de um jovem com déficit cognitivo e crises epilépticas).

O meu irmão mais velho queria tirar o Paulinho da família e ficou bravo comigo, porque eu dou comida pra ele. Parece que a gente não consegue mais cuidar dele e acaba brigando (Irmã de um jovem órfão de pai e mãe).

Conforme os discursos de vários entrevistados, principalmente de Dourados e Amambai, as duas aldeias onde são observados graves problemas socioeconômicos e territoriais, percebe-se que é muito difícil manter os doentes psiquiátricos entre os parentes. Trata-se de pessoas que necessitam de alimentação e não tem condições de trabalho. A disputa por comida nesses lugares é prioridade. As famílias possuem muitas crianças e ter um doente assim na casa significa sacrificar os demais, particularmente os filhos pequenos que são dependentes e teriam que dividir os escassos alimentos, representando nitidamente uma grave situação de insegurança alimentar.

Dessa forma, as estratégias de autoatenção, no sentido lato, são maneiras de ação das famílias procurando obter cestas básicas de alimentos, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, benefício de prestação continuada, medicamentos, dentre outros, para poderem compartilhar a residência com os doentes e

mantê-los sob cuidados. Há uma associação entre a integração da família e sua capacidade em conseguir recursos. Nem sempre há recursos disponíveis para a aquisição dos medicamentos tendo início a um processo de negociação cuja eficiência dependerá da influência política da família sobre a gestão local.

Quando sai e fica longe da casa ele volta e... pede comida! Eu falo “Me dá seu documento que eu vou pegar a cesta básica pra você, vou conversar com o pessoal lá”, mas ele não quer nem saber (Irmã continuação do relato anterior).

Nestas circunstâncias fica evidente que os parentes se preocupam com a condição em que eles se encontram, mas nem sempre podem ajudá-los:

Se trabalhar pode se machucar e aí é bom que desse cesta básica pra ele. Precisa muito assim... ver o lado da comida. Tem comida, mas muitas vezes não é bastante. A gente sempre trabalha na cana e não é todo dia que recebe muito dinheiro. E aí quando falta comida a gente se vira né, mas ele toma remédio forte e aí precisa comer bem, se alimentar e... aí ele fica mesmo sem comer muitas vezes. Não tem comida pra ele! Eu vejo que ele fica muito fraco (Irmão mais velho do mesmo doente).

Os membros das famílias de vários destes doentes, especialmente seus pais, procuram a avaliação psiquiátrica pela possibilidade em conseguir um atestado médico para obter benefícios sociais, particularmente a aposentadoria, e alguns doentes foram aposentados no transcorrer dos trabalhos de

campo e em decorrência da pesquisa. Eles argumentam que com o benefício previdenciário teriam dinheiro para custear transporte, alimentação, hospedagem e pagamento de honorários para levar seus doentes em rezadores conhecidos de outras aldeias. É pertinente destacar que, na maioria das vezes, para obter o ritual de cura dos rezadores (*nhanderus*), paga-se o equivalente a uma consulta particular de um especialista da medicina (em torno de R\$ 230,00) e, geralmente, as igrejas pentecostais também cobram dos seus fiéis pelos processos de tratamento (paga-se o “voto”). Conforme a explicação de um doente, na ocasião de sua internação no hospital psiquiátrico, o voto é uma espécie de objeto (tipo imagem de santo) que se compra na Igreja “Deus é Amor” para obter-se a saúde. Quanto mais caro, maior é a sua eficiência. Ele dizia que seu voto estava na sua casa e se referia a ele com muito respeito. Há casos em que se necessita comprar vários votos, que variam de R\$ 30,00 a R\$ 100,00. Porém, dizem que quanto mais caro se paga, melhor é a recuperação do doente.

“Aqui na aldeia só tem rezador para ganhar dinheiro, estão cobrando muito. Eles não estão fazendo mais porque querem curar, mas porque querem ganhar. Então é melhor ir ao médico do branco, procurar um doutor que não está te cobrando nada” (Tia).

Diante das condições limitadas para apoiar um membro da família que não trabalha, a aposentadoria é uma solução que permite que a família continue cuidando do seu doente.

Nós compramos alguma coisa pra ele, mas não dá pra comprar tudo. Se comprar uma roupinha, falta calçado. Por isso que

eu queria aposentar ele. Eu não posso sair, porque eu tenho medo de sair e deixar ele sozinho na casa e acontecer alguma coisa com ele, porque quem cuida dele sou eu. Eu não posso andar, trabalhar por aí nem procurar outro meio pra ajudar ele. Só o pai dele que trabalha no canavial, também ganha pouquinho. Eu preciso de ajuda. Não é eu, mas é ele, porque ele é doente. Eu não sei como é criar ele mais, sem ajuda (Mãe).

Já falei com muita gente pra levar meus filhos no Perrû [região do Paraguai onde mora uma rezadora não índia que goza de muito prestígio], mas ninguém quer fazer favor. Eu também não tenho dinheiro [para custear a viagem e os honorários dos rituais de cura] e não sei onde é (Pai zeloso de dois filhos acometidos por esquizofrenia).

Seguindo o seu discurso, esse mesmo pai questionou a psicóloga da EMSI;

“Você não vai mandar cesta básica para o Edgar? Ele agora está tomando remédio forte e precisa comer bem”.

Essa mesma lógica de pensamento foi constatada nos casos de vários outros doentes;

Não pode deixar ele sair porque não é pessoa normal. Será que alguém não vai ajudar nós é... pelo menos dá cesta básica? Porque ele precisa alimentar bem [devido ao fato de estar tomando remédios] e... não tem como trabalhar. Por isso precisa de ajuda (Mãe).

Nota-se que há uma ideia de que “tomar remédio forte precisa comida forte”. Eles não

só assumem a responsabilidade pelos cuidados, mas têm estabelecido a maneira como estes cuidados devem ser feitos.

Há casos, no entanto, em que a possibilidade que o doente tem de receber o benefício social do INSS resulta em conflito entre os seus parentes, pois estes disputam a prioridade no cuidado, com interesse na posse do recurso previdenciário, e o doente acaba ficando sem um “responsável” direto.

Se eu pegar pra mim cuidar dela... eu vou procurar... eu tenho o registro dela aqui, porque eu fui lá no posto da FUNAI e puxei. Então... eu vou procurar se arrumo alguma coisa pra ela receber; alguma pensão né... da doença dela e... o senhor sabe, que tem muito olho gordo né? Talvez vai falar de mim “não, ele tá procurando pra dona Plácida pra receber o dinheiro... pra ser assalariado e só pra ele comer o dinheiro dela”. Então por aí que a gente já tem que se reunir... eu tenho que me reunir junto com meus parente, com a irmã dela e com o irmão dela e com mais outros também, meus parente. Tem que conversar com eles, se eles querem que eu trago ela pra mim cuidar. Ai eu cuido dela. (Primo-irmão de uma doente).

Neste caso em particular, todos os parentes entrevistados alegam que teriam interesse em cuidar da doente, mas não o fazem porque pensam que o irmão mais velho, juntamente com sua esposa, está usufruindo da aposentadoria dela.

Eu não sei aonde que ela mandou tudo os documentos dela. Acho que... Odália [cunhada] guardou pra ela. Ah... eu não

sei! Acho que a Odália tá recebendo o dinheiro dela também, porque a Plácida contava pra mim que a Odália tirou tudo o documento... Porque agora tem pessoa assim... com problema na cabeça que recebe agora né? Por que a Odália não ajuda ela? Leva ela no rezador assim? (Tia da mesma doente).

Em entrevista com o irmão mencionado, ele argumenta que é difícil cuidar da irmã doente porque ela bebe pinga e se torna agressiva, anda muito (não tem paradeiro fixo) e ameaça suas crianças, que ele não pode ficar de guarda porque tem que trabalhar, que ganha pouco. Cogitei uma possível aposentadoria para a irmã e ele disse que...

...assim dá, porque eu largo o emprego e fico o dia inteiro atrás dela.

Argumentou que não pode deixar o seu trabalho para ficar correndo o tempo todo atrás da irmã doente.

“Tenho filhos para comer”.

Rede familiar fragilizada

Quando a rede familiar é fragilizada, o doente não recebe os cuidados esperados de seus familiares, e frequentemente se encontra em estado de abandono. As crianças com alterações graves de comportamento, decorrentes de comprometimentos orgânico cerebrais, pelo fato de não serem responsabilizadas por quebras de normas e regras sociais estabelecidas pela cultura tradicional, tendem a ser melhor cuidadas, mesmo em famílias onde os laços de reciprocidade estão fragmentados. Os doentes abandonados ou inadequadamente

cuidados são adultos que, geralmente, moram fora da aldeia de origem, encontrando-se longe dos parentes. Mas também os laços de reciprocidade entre os membros de sua família podem ser prejudicados. Rupturas nas relações matrimoniais dos chefes de família por causa de morte ou separação impossibilitam o exercício dos papéis complementários entre os gêneros. As distâncias geográficas entre os membros da mesma família, devido às pressões advindas de disputas fundiárias e outros conflitos nas terras indígenas contribuem também para a fragilização das redes de apoio. Famílias que mudam de sua comunidade de origem não só perdem os contatos com seus familiares, mas também frequentemente se encontram em situações de conflito nas novas comunidades, com pouca terra para manter roças e rodeadas de famílias com quem não têm práticas de mutuo apoio.

Nestes casos, as famílias não conseguem colocar em ação as obrigações mutuas de parentesco para oferecer cuidados adequados, seja estes na forma de pessoas para ajudar ou recursos financeiros.

Não sei como é que tá vivo! Vive jogado. Inclusive ele tem todos os documentos, a carteira [de trabalho, que serve para ser aposentado] dele era tudo assinada. O Adelino tem pai, mas é deficiente também [sofre de tuberculose óssea, não pode andar e há muito tempo separou-se da família]. Ele tinha outros parentes aqui, os tios. Era uma família tão unida, mas uma vez um dos tios matou o próprio sobrinho esfaqueado. Depois mataram esse tio que mais cuidava dele. Tio com tio. Essa briga separou cada um pro seu canto. Eu não sei onde que o resto dos parentes dele se enfiou. O avô

[materno] foi para Limão Verde e morreu esfaqueado pelo genro. A avó saiu de lá também. Não sei por onde anda agora. Lá no Jaguapiré é só essa mãe do Adelino mesmo, coitada. Ela fica lavando roupa pros vizinhos pra ganhar uns trocados (AIS sobre um doente esquizofrênico).

Na eventualidade da separação dos pais do doente, seja por incompatibilidade de gênios ou por morte de um dos parceiros, raramente o pai assume o filho doente – e somente se este for solteiro, porque os casados já fazem parte do outro grupo de parentesco – e quando o faz é necessário apelar aos avós paternos para apoio nos cuidados e permitir o pai continuar trabalhando. Portanto, percebe-se que a falta de um ou de ambos os pais, bem como de outros membros da família importantes para os cuidados, acarreta em dificuldades para realizar as práticas de auto-atenção necessárias.

O apoio da rede familiar é determinante no processo da doença, possibilitando um bem estar ainda nas pessoas julgadas como sofredoras de um quadro irreversível de esquizofrenia. Em Dourados, em 2008, nos deparamos com uma mulher com pai não indígena (*jopara* ou mestiça) de 23 anos que foi referida para tratamento psiquiátrico quando seu filho quase foi a óbito por falta de cuidados. Ela não tinha apoio do lado familiar paterno e vivia com um tio materno (ambos originários de Jaguapiré) e sua madrasta. No entanto, o tio frequentemente se ausentava para trabalhar na usina canavieira e as duas mulheres não se entendiam bem. Por isso ela vivia perambulando pela aldeia em precárias condições de higiene e apresentava crises em que saía andando a esmo, inclusive à noite, conversava sozinha e às vezes agredia fisicamente os parentes que tentavam contê-la.

Dormia no mato e sofria violência sexual.

Seu filho acabou sendo adotado por outra família, por intervenção da FUNASA/FUNAI, e a doente foi conduzida para a aldeia onde nasceu – Jaguapiré, no início do ano de 2009, onde mora a maioria dos seus parentes pelo ramo materno, inclusive sua mãe biológica. Durante os dois anos da pesquisa, nós a acompanhamos e ela não apresentou crises de perturbação mental. Seus parentes de Jaguapiré, até aquela ocasião, negavam que ela fosse doente. Assim, é possível concluir que o amparo oferecido pela família extensa contribui fortemente para a estabilidade do doente.

No entanto, depois de três anos morando sem problemas com a mãe, as pessoas da comunidade passaram a revelar que paciente estava sendo assediada sexualmente pelo padrasto. A mãe expulsou-a de casa e logo em seguida mudou-se para outra aldeia. Ela deixou de fazer uso dos medicamentos, passou a ingerir bebidas alcoólicas e a perambular sem rumo pela aldeia Jaguapiré, além de se despir em público porque estava em surto. Gerou outro filho, de pai não revelado, que se encontra em estado de risco nutricional. Encontra-se, novamente, em condição de abandono, esta vez junto com seu filho.

Rejeitados por motivos morais

Nos casos em que o comportamento do doente vai contra os valores centrais dos Kaiowá e Guarani, o grau de integração da rede familiar não explica o abandono. Os doentes que praticam transgressões graves dos mores e valores são considerados, de algum modo, responsáveis por suas aflições, ainda mais se a causa do infortúnio imputada for decorrente

de feitiçaria (vingança por ter prejudicado alguém) ou de espíritos maléficos (desrespeitou a natureza e foi punido). Nestes casos, observamos que os parentes não assumem a responsabilidade de cuidar de seu parente doente. Os doentes encaminhados ao hospital psiquiátrico se enquadram nesta condição. São doentes extremamente agressivos contra os parentes e desobedientes, no sentido de que não seguem conselhos.

Ele sai, apronta por aí [sexualidade exacerbada, desrespeita a cunhada] e vem reclamação! Tem vez que vem gente brava com o facão aqui em casa e fala pra machucar tudo ele, mandar pro hospital. Aí eu falo “Não dá pra controlar! Não tem jeito!”. E aí eles fala que eu sou responsável por ele. “E o seu irmão mais velho?”, falou pra mim, “Cuida dele pra não fazer isso!” Fugiu lá pro Bororó e jogaram ele no poço, pra matar! De certo né, aprontou também pra lá e o pessoal tem medo dele e fizeram isso. É bom que levasse ele pra fazer tratamento [no hospital psiquiátrico]. Deixasse um pouco pra tratar que tá difícil assim. É... não dá pra cuidar dele e tem que tomar remédio e ele não obedece!” (Irmã).

Relatou-nos um dos parentes pesquisados que, antigamente (ou seja, quando os fatores estruturais estavam preservados), estes sujeitos que praticavam transgressões sociais graves, como bater nos pais ou ameaçar as pessoas da comunidade, sobretudo crianças, eram deportadas para outra aldeia, até mesmo de grupo étnico de origem diferente e lá permanecia por anos trabalhando em diversos serviços comunitários até se redimir de suas práticas antissociais.

Apesar da maioria da amostra da pesquisa se constituir de homens (62.5%), há um predomínio de rejeição para o sexo feminino, em uma proporção 5:1 (Quadro I). Tal fato se deve às exigências morais em relação às mulheres que, nessa sociedade, são mais rigorosas do que para os homens.

A condição de vítima da psicopatologia expõe a mulher, principalmente casada, a uma situação de vulnerabilidade extrema no que diz respeito à quebra de valores importantes associados com a questão do papel feminino na sociedade Guarani. Uma mãe que, em decorrência da doença psiquiátrica, não consegue cuidar dos filhos e acaba por deixá-los sob a responsabilidade da sogra, sofre rejeição da família e da comunidade. A violação das normas sociais contribui para uma situação de marginalidade crescente em que ela é sujeita a violências ainda piores, como abusos sexuais. De acordo com o levantamento realizado, as mulheres rejeitadas por condutas consideradas imorais já estiveram internadas mais de três vezes no hospital psiquiátrico de Campo Grande.

Quadro 2: Condutas imorais graves associadas ao gênero

Condutas imorais	Masculino	Feminino
Homicídio	X	X
Adultério		X
Conflitos com o sogro (a)	X	X
Abandono dos filhos		X
Promiscuidade		X

Não se encontra conduta imoral que seja exclusiva dos homens (Quadro 2), embora critica-se o marido quando se embebeda com o dinheiro das compras e não traz para casa os

alimentos dos filhos ou quando furta o dinheiro da mulher para tomar cachaça. Porém, basta que o homem seja *guapo* (forte e trabalhador), não violento e provedor da família para obter prestígio social.

Por outro lado a infidelidade conjugal, o abandono dos filhos e a promiscuidade parecem ser transgressões reprovadas de forma veemente apenas para as mulheres.

No começo [da doença] não cuidava das crianças; viviam jogadas! Ela fazia comida e dava para os filhos, três ou quatro dias da mesma comida. Ela não para! Uma vez arranhou marido lá no Sardinha, depois arranhou outro lá perto da Missão. Os homens que arranhou ficam na casa e ela andando pra todo lado. Quando tá assim, ela bebe e fuma também. Já morou na Romoalda, na Esmeralda, com outro lá embaixo, com a família dela. Ela não quer obedecer! Dizem que lá na mãe dela também é assim (Sogra).

Das mulheres rejeitadas pelos familiares, uma está sendo acusada de ter matado uma mulher e outra de ter batido na sogra. A terceira mulher, é acusada de trair o marido enquanto ele trabalhava na usina e a quarta, de abandonar o filho e de se tornar promíscua. A quinta mulher vive na CASAI de Amambai há anos porque seus parentes não foram encontrados. Acredita-se que ela é de procedência Paraguaia. É surda, sofre de crises convulsivas e sua sexualidade é muito exacerbada. Em crise se torna muito agressiva. Elas vivem perambulando dia e noite pela aldeia por não encontrarem mais acolhimento no grupo de parentesco.

Fica pelada na frente dos outros!

Foi com homem por aí, bebendo pinga. Quando toma pinga abaixa mais o juízo dela. Chega fora de hora. Perdeu mesmo o juízo! Agora eu vi só andando por aí. O irmão dela já largou. Ele falou “Odália, eu não vou cuidar mais ela. Deixa morrer por aí. Ela não quer nada. Eu vou mudar daqui. Eu não quero mais ver mulher pelada na rua. Aumenta muito homem. Não tem jeito pra levar assim aonde que fica, no hospício ali pra tratar? Não pode largar mais ela”. O pai dela falou mesmo que “podia tirar daqui”. Ih! Não quer mais ali não. Já tocou ela já (Cunhada).

O único homem rejeitado chegou ao hospital conduzido pela polícia porque havia sido expulso da aldeia sob ameaça de morte, em consequência de ter cometido homicídio contra uma criança de três anos de idade.

Quando estava itavy [louco] ele também queria matar a minha mãe. Por isso ela também não quis mais ele em casa. Ficou com medo!” (Irmã)

Na ocasião da alta hospitalar, ele teve uma longa permanência na CASAI de Campo Grande, porque não poderia retornar para a sua casa na aldeia Porto Lindo, devido à ameaça de morte por parte dos parentes da criança vitimada. Depois de meses, os funcionários da FUNASA conseguiram localizar sua irmã em Amambai, de onde ele havia saído com 19 anos para viver em Porto Lindo.

“Eu tô querendo levar pra lá [Porto Lindo], porque eu não tenho tempo pra cuidar bem dele lá na minha casa. E eu tô trabalhando também. Por isso que aquele dia eu fui na casa da minha mãe

e falei pra ela: “Você que tem que cuidar do meu irmão!” Falou que não quer mais! Diz que tem o medo pra bater nela né! Aí eu fui conversar com a doutora pra encaminhar de novo lá no Campo Grande, até melhorar bem. Porque pra lá não tem como ele sair, aí toma remédio direito né? Aí eu tô esperando o carro e não veio! Tô cansada por causa que eu tô sozinha aqui. Eu e o meu esposo que trabalha e não pára também (Irmã).

Desde a ocasião do crime, até o início da pesquisa, o seu processo criminal transcorreu a revelia. Em agosto de 2009, ao se envolver numa briga na aldeia Amambai, a polícia decretou sua prisão preventiva e ele foi transferido para a cadeia de Mundo Novo. Em conversa com os presidentes, e parentes do doente, dos conselhos de saúde indígena de Amambai e de Porto Lindo, o primeiro autor viabilizou um documento atestando a sua condição de insanidade mental, mas, segundo os conselheiros, a família do doente prefere que ele fique preso. Em maio de 2010, o hospital Nosso Lar recebeu um ofício judicial solicitando uma vaga para encaminhamento do réu, haja vista não existir manicômio judiciário em MS. Ele havia sido processado e julgado como inimputável e o juiz determinou medida de segurança para o caso. A vaga para a internação foi providenciada, mas a família não compareceu para transportá-lo ao hospital.

De acordo com os relatos colhidos, o ato de matar, quando não é feitiço, é encarado como *teko poxy* (jeito de ser bravo e violento). Em se tratando de homicídio contra crianças, consideram a prática repugnante e inadmissível.

A doença mental crônica como processo social

Não é só a rede social familiar que influencia os cuidados que os doentes mentais crônicos recebem, mas estes dependem da articulação com os serviços oficiais; SESAI, Ministério Público Federal (MPF), FUNAI, INSS, HNL etc. Durante o longo processo de interação, o doente apresenta uma trajetória dinâmica, em que as condições familiares e diversos outros fatores sociais e econômicos mudam, influenciando a aceitação ou rejeição dos parentes ao doente e o número de vezes que ele é internado.

Em junho de 2008, uma jovem Kaiowá de 16 anos, foi encaminhada para internação no hospital psiquiátrico de Campo Grande, MS, porque vivia na praça da cidade de Amambai em precárias condições de higiene, fazendo uso de bebidas alcoólicas e de maconha, desde que havia ficado órfã de pai e de mãe há dois anos. Pedia comida aos transeuntes e, por perturbar a ordem pública, o Conselho Tutelar, via Ministério Público, acionou a FUNASA para que se providenciasse a assistência adequada, haja vista o transtorno mental e as precárias condições de higiene. Durante a hospitalização constatou-se que ela sofria de sintomas psicóticos induzidos por uso de substâncias psicoativas e deficiência nutricional. Apresentou boa resposta ao tratamento. Após a alta hospitalar foi recebida na aldeia de origem por uma tia (irmã da sua avó).

Ela se converteu à igreja “Deus é Amor” e a tia pagou o seu “voto”. Ela permaneceu mais de um ano em bom estado de saúde e a “cura” foi atribuído a conversão e o pagamento do “voto”. Neste período teve uma filha de pai não

identificado e não conseguiu receber o auxílio maternidade por falta de documentos. Depois de algum tempo, começou a faltar suprimentos (comida, sabão e roupa) na casa e a tia não a quis mais, pois estava onerando a família e não correspondia às expectativas nos serviços domésticos (“*não é guapa*”). Além disso, não tinha marido para contribuir com recursos financeiros. Conseqüentemente, voltou para a praça, deixando a filha de 16 meses com os parentes.

A assistente social do Pólo-base da FUNASA de Amambai nos procurou em maio de 2010, solicitando “soluções para o caso” porque, na visão da EMSI, ela estava psicótica novamente (esquizofrênica) e se tratava de um fracasso do tratamento psiquiátrico. Informou que ela se encontrava suja, magra, em surto, dormia na rua e havia voltado a consumir bebidas e drogas ilícitas.

Foi levada para a CASAI daquela cidade, por estar desnutrida e em precárias condições de higiene. Lá se recuperou, no sentido de não manifestar sintomas psicóticos. Mesmo assim, providenciaram o encaminhamento para a sua segunda internação psiquiátrica, pois não tinha para onde ir.

Em entrevista com a doente e sua irmã, ela reclamou que os parentes não lhe ajudavam. A irmã queixou-se de que ela não era casada e precisava de ajuda, indicando que os parentes teriam interesse em cuidar dela, desde que recebesse o auxílio do INSS. A assistente social que acompanhava a entrevista informou que a enfermeira da área, onde a “doente” mora, acusou-a de jogar fora os remédios para ficar “doida”, com a intensão de conseguir o benefício social do INSS (auxílio doença).

Após a segunda internação e, contrariando o seu desejo e o pedido dos parentes, não foi concedido o atestado de condição de invalidez para o trabalho. Do ponto de vista biomédico seus sintomas estavam bem controlados com os remédios e não possuía prejuízos da capacidade de trabalho. Portanto, não fazia jus ao benefício de aposentadoria, conforme pretendia.

Ela continua na rua, vivendo em condições sub-humanas. Eventualmente recorre à CASAI para se alimentar, realizar higiene pessoal e receber roupas limpas, causando incômodo, segundo os funcionários porque “*a Casa do Índio não é lugar para loucos*”. Às vezes é violentada sexualmente e já esteve presa por ter revidado as violências que sofre, sendo internada inúmeras vezes.

Em julho de 2010, no relatório sobre a situação da paciente foi registrado “...*rejeição da família; Irmãos e parentes próximos “recusam” (aspas minhas) assistência*”. Percebe-se que o fato de ser órfã de pai e mãe, não ter companheiro para sustentar o filho, não receber benefícios sociais para manter-se e ter condutas moralmente reprovadas (abandono do filho, prostituição, uso de álcool e drogas), são fatores desencadeantes dos conflitos levando-a à condição de abandono e ao rótulo de doente mental.

CONCLUSÕES

Segundo a sociedade Guarani e Kaiowá, a família é responsável pelos seus doentes e deve oferecer cuidados. Esta pesquisa mostrou que a capacidade de uma família oferecer cuidados adequados aos seus membros doentes é decorrente dos fatores estruturais de natureza

econômica e social, fatos que têm sido alterados com a perda dos territórios tradicionais e o conseqüente confinamento nas reservas, resultando em dificuldades na produção de alimentos, aumento da situação de miséria e inúmeros conflitos sociais.

REFERÊNCIAS

1. Good B, Delvecchio Good MJ. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In Eisenberg L, Kleinman, A, editors. *The Relevance of Social Science for Medicine*, Holland: Reidel Publishing Co; 1980. p. 165-196.
2. Kleinman, A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *Brit J Psy*. 1987; 151: 447-54.
3. Taylor P, Chandiwana SK, Govere JM, Chombo F. Knowledge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community. *Soc Sci Med*. 1987; 24: 607-611.
4. Baptista APA. *Integração do Portador de Transtorno Mental na Família* [Monografia defendida na Universidade Jean Piaget de Cabo Verde] Cabo Verde; 2011.
5. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet*, 2003; 8(1): 185-208.
6. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. 2005; 14: 33-69.
7. Menéndez E, *Sujeitos, Saberes e*

Estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 2009.

8. Silva AC, Langdon EJ, Ribas DBL. Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas comunidades kaiowá e guarani de Mato Grosso do Sul. *Dosie Ciências Sociais e Saúde Mental. Ciências Humanas e Sociais em Revista*. No prelo 2014.

9. Ramos AR. Os Direitos Humanos dos Povos Indígenas no Brasil [internet]. In: Maybury-Lewis, B, Ranincheski S. organizadores, *Desafios aos direitos humanos no Brasil*. Brasília: CAPES/VERBENA, 2011 [acessado 2012 agosto 22]. Disponível em: <<http://www.verbenaeditora.com.br/e-books/desafios>>

10. Pereira LM. Mobilidade e Processos de Territorialização entre os Kaiowá atuais. *História em reflexão* [Periódico no internet]. 2007; [acessado 2013 set 13]; 1(1): [33 p.]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/viewFile/490/360>

11. Brand, AJ. O confinamento e seu impacto sobre os Pai-Kaiowá. (Dissertação de Mestrado defendido no Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Porto Alegre; 1993.

12. Brand AJ. O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra [Tese de doutorado defendido no Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do

Rio Grande do Sul]. Florianópolis; 1997.

13. Oliveira JE, Pereira, LM. Ñande Ru Marangatu: Laudo Antropológico sobre uma Terra Kaiowá na fronteira do Brasil com o Paraguai, Município de Antônio João, Mato Grosso do Sul. Dourados: Editora UFGD; 2009.

14. Pereira LM. Demarcação de terras kaiowá e guarani: ocupação tradicional, reordenamentos organizacionais e gestão territorial. *Tellus*. 2010; 18(ano 10); p. 115-37.

15. Instituto Sócio-Ambiental. Guarani Retã, Povos Guarani na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai [internet]. 2008 [acessado 2012 junho 18]; Disponível em >http://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/caderno_guarani_%20portugues.pdf<

16. Ricardo, O. Violência entre os Adolescentes Guarani e Kaiowá de Doze a Quinze Anos na Aldeia Te' Yikue [Monografia defendida na Faculdade de Educação, Curso de Licenciatura Indígena Teko Arandu, Universidade Federal de Grande Dourados]. Grande Dourados, MS; 2009.

17. Assis WFT, Zucarrelí MC. Despoluindo Incertezas: Impactos Territoriais da Expansão das Monoculturas Energéticas no Brasil e Replicabilidade de Modelos Sustentáveis de Produção e Uso de Biocombustíveis [internet]. Coordenação L Ortiz, 2007 [acessado 2012 maio 21]; Disponível em: >http://www.natbrasil.org.br/Docs/biocombustiveis/expansao_biocombustiveis_brasil.pdf.

18. Pereira LM. A criança kaiowá no seio

da família: uma abordagem preliminar das relações geracionais e de gênero no microcosmo da vida social. In Lindamir, CV; Oliveira MS, organizadoras, Educação infantil: história e gestão educacional. Dourados, MS: Editora da UFGD, 2009. p. 77-102.

19. Mura A. A Procura do Bem Viver. Território, tradição de conhecimento e ecologia doméstica entre os Kaiowá [Tese defendido no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro] Rio de Janeiro; 2006.

Colaboradores:

O trabalho de campo para coleta de dados foi realizado por Silva. A primeira versão deste artigo foi redigida por Silva e Langdon. Ribas contribuiu com sugestões e inclusões para a versão final do artigo.

Artigo apresentado em: 04/09/2013

Artigo aprovado em: 21/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013