

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Representações Sociais de Doença Mental: Um Estudo Exploratório com Leigos, Profissionais
de Saúde e Curandeiros em Maputo

Paula Alexandra Nhambirre

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientadora:

Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Auxiliar,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2012



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Representações Sociais de Doença Mental: Um Estudo Exploratório com Leigos, Profissionais
de Saúde e Curandeiros em Maputo

Paula Alexandra Nhambirre

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientadora:

Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Auxiliar,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2012

" Os gritos varavam a noite,
Ora ecoando juntamente com os latidos dos cães ao longe,
Ora perdido em meio ao roncar dos motores na avenida.
Todas as noites lá estava ele,
Soltando palavras ao vento,
Bradando palavrões contra o mundo.
Pensei na criança que ele teria sido,
Na ingenuidade que um dia também lhe pertencera
E que acabou sufocada,
Solapada pela realidade.
Pensei na fragilidade do homem diante das incertezas da vida.
Na gigantesca interrogativa que fica diante da origem e do destino.
Senti-me pequeno, esfacelado,
Procurando respostas que, conscientemente, sabia não poder encontrar.
Fechei os olhos... Suspirei...
Vasculhei o meu interior.
Havia uma coisa pulsando lá dentro.
Lembrei-me do amor.
Pensei que pudesse ser ele o conforto.
Quando dei por mim já era bem tarde
E os gritos haviam cessado."

(Frederico Salvo)

AGRADECIMENTOS

"Nenhum homem é uma Ilha". O trabalho apresentado reflecte esta frase, pois, não teria conseguido iniciar e concluir, a realização do estudo, especificamente, e em geral, do mestrado.

- Agradeço inicialmente à Professora Sónia Bernardes, orientadora desta dissertação, pela sua dedicação e empenho ao longo de todo o processo da investigação; e agradeço também pela compreensão e encorajamento que sempre deu, especialmente nos momentos mais difíceis.

- Aos meus pais, em especial à minha mãe, por sempre me terem acompanhado no percurso académico e incentivado para a sua continuação, distante de casa. Por serem meus pais e terem feito de mim o que sou hoje.

- Ao Joca, pelo amor e carinho que sempre me deu, fazendo-me sentir por instantes em casa; e também pelo apoio em questões técnicas ao longo do mestrado, e especificamente do presente trabalho.

- A todos os meus amigos e familiares que directa ou indirectamente estiveram "junto" de mim ao longo da minha jornada.

- À Associação Vanghano Va Infulene - em especial aos responsáveis Jorge Ferreira e Giannivittorio Frigerio -, por ter sido onde tive o primeiro contacto com a intervenção comunitária, especificamente com a doença mental, aumentando a minha vontade de imergir pelos trilhos da Psicologia Comunitária.

-- À Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique - em especial aos responsáveis Sr.^a Olga Tomás, Sr.^o Aurélio Langa e Sr.^o Mate - por terem aceitado que pudesse realizar o estudo com os seus membros, partilhando as suas vivências e práticas.

Aos Familiares de pessoa com doença mental e ao Profissionais de Saúde que aceitaram fazer parte do meu estudo, partilhando, vivências e práticas.

- À Professora Manuela Calheiros, coordenadora do Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores, inicialmente, por ter permitido que todo este processo fosse possível; e por me ter apoiado sempre que fosse necessário, ao longo do percurso do mestrado.

RESUMO

A doença mental, foi - e de alguma forma ainda é - percebida ao longo dos séculos com recurso a diferentes interpretações. Associados a cada uma destas interpretações encontram-se especificamente, um momento histórico, e significados culturais vastos e complexos.

A concentração da atenção pública em episódios negativos da doença mental tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral e contribuindo para a criação de categorias e estereótipos que, por sua vez, estão na origem dos processos de estigmatização e de discriminação social da pessoa com experiência de doença mental (Jorge-Monteiro, 2006), estando por isso numa situação de vulnerabilidade.

O presente estudo tem como objectivo compreender as representações sociais da doença mental em Maputo (Moçambique), de profissionais de saúde, leigos, e curandeiros. Foram realizadas vinte e cinco entrevistas individuais semi-estruturadas, especificamente dez a curandeiros, nove a leigos e seis a profissionais de saúde. A técnica da análise de conteúdo possibilitou identificar e organizar as explicações ligadas ao conceito, às causas, ao tratamento, à evolução, às consequências da doença mental, e propostas de intervenção percebidas como eficazes para a doença mental, dos três grupos. Reflectimos sobre as relações entre as representações sociais e a percepção das práticas relativas à doença mental. Verificou-se que as representações dos três grupos encontram-se formadas num nó comum socialmente partilhado, no entanto, existindo também algumas diferenças específicas intergrupos - e no caso dos leigos intragrupo, com base no contexto de proveniência. E a partir destes resultados, reflectiu-se ainda sobre as estratégias de conciliação de eventuais diferenças nas representações sociais e das práticas relativas a doença mental.

Palavras-Chave: Representações Sociais; Saúde; Doença; Doença Mental; Diferenciação Social.

ABSTRACT

What is now referred to by western societies as mental illness, was - and in some way still is – understood along the centuries using different interpretations. Associated with each of these interpretations are specifically, an historic moment, and cultural meanings vast and complex. The concentration of public attention in negative episodes of mental illness tends to accentuate the feelings of insecurity on the part of society and contributing to the creation of categories and stereotypes which, in turn, generated the processes of stigmatization and social discrimination of people with experience of mental illness (Jorge-Monteiro, 2006) and are therefore in a vulnerable position. This study aims to understand the social representations of mental illness in Mozambique, particularly in Maputo, of health professionals, lay people and traditional healers. There were twenty-five semi-structured individual interviews, specifically ten healers, nine to laymen and six to health professionals. The technique of content analysis enabled us to identify and organize the explanations related to the concept, the causes, the treatment, evolution, the consequences of mental illness, and intervention proposals perceived as effective for mental illness of each of the above mentioned groups. We reflect on the relations between social representations and practices regarding the perception of mental illness. It was found that the representations of the three groups are formed in a common node shared social; however, there are also some specific differences between the groups - and in the case of the intergroup of laymen, based on the context of provenance. And from these results, reflected also on strategies for reconciling any differences in social representations and practices relating to mental illness.

Keywords: Social Representations; Health; Illness; Mental Illness: Social Differentiation.

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	1
1.1 Pertinência do Problema do Presente Estudo.....	1
1.2 A Teoria das Representações Sociais.....	3
1.3 Representações de Saúde e Doença	7
1.4 A construção social da doença mental.....	11
1.4.1 Incapacidades Geradas pela doença.....	12
1.4.2 Incapacidades geradas pelos cuidados profissionais.....	12
1.4.3 Atitude do público.....	13
1.5 As Representações Sociais de Doença Mental.....	14
1.5.1 Identidade.....	14
1.5.2 Causas.....	16
1.5.3 Cura/Controlo da doença.....	18
1.5.4 Evolução.....	19
1.5.5 Consequências.....	19
1.6 Objectivos do estudo.....	21
2. MÉTODO.....	22
2.1 Participantes.....	22
2.2 Técnica e procedimento de recolha de dados.....	26
2.3 Descrição do procedimento de análise de dados.....	27
2.4 Critérios de Qualidade da Pesquisa.....	29
3. RESULTADOS.....	30
3.1 Dimensão I: Elementos constituintes da identidade da doença mental.....	32
3.2 Dimensão II: Percepções sobre as Causas da Doença Mental.....	37
3.3 Dimensão III - Percepções sobre a Curabilidade e Controlabilidade da Doença.....	42

3.4 Dimensão IV - Percepções sobre a Cronicidade da Doença Mental.....	44
3.5 Dimensão V -Percepções das Consequências da Doença Mental.....	47
3.6 Dimensão VI- Percepção de Propostas de Intervenção Eficazes para a Doença Mental.....	51
4. DISCUSSÃO.....	57
4.1 As Representações Sociais da Doença Mental dos Participantes e a Relação com a Percepção de Práticas Relativas à doença.....	57
4.1.1 Representações Sociais de Leigos.....	57
4.1.2 Representações Sociais de Profissionais de saúde	60
4.1.3 Representações Sociais de Curandeiros.....	62
4.2 As Semelhanças e Diferenças nas Representações Sociais de Leigos, Profissionais de Saúde e Curandeiros.....	66
4.3. Reflexão Sobre Limitações do Estudo.....	72
4.4 Reflexão sobre as Implicações e sobre as Contribuições do Estudo Apresentado.....	73
5. REFERÊNCIAS.....	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1 Dimensão I: Elementos Constituintes da identidade da Doença Mental percebido por Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde.....	32
Tabela 3.2 Dimensão II: Percepção das Causas da Doença Mental de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde.....	37
Tabela 3.3 Dimensão III - Percepções sobre a Curabilidade e Controlabilidade da Doença.....	42
Tabela 3.4 Percepções sobre a Cronicidade da Doença Mental de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde.....	44
Tabela 3.5 Dimensão V: Percepção das Consequências da Doença Mental de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde.....	47
Tabela 3.6 Dimensão VI: Percepção de Propostas de Intervenção Eficazes para a Doença Mental dos Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde.....	51
Tabela 3.7 - Exercício de Associação de Palavras.....	54

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AMETRAMO – Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

APA – American Psychological Association

AVVI – Associação Vanghano VA Infulene

HCM - Hospital Central de Maputo

HPI – Hospital Psiquiátrico do Infulene

MISAU - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

SNS – Sistema Nacional de Saúde

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Pertinência do Problema do Presente Estudo

Em Moçambique a epilepsia¹ e a esquizofrenia são problemas crónicos de saúde, sendo que a primeira afecta 4% da população da zona rural e é responsável por grandes incapacidades mentais, e a segunda afecta 5% da população rural (Ministério da Saúde - MISAU- 2006). No entanto, tomando em conta os grupos socioeconómicos, nota-se uma maior evidência de psicoses nos grupos economicamente mais desfavorecidos, o que se torna mais evidente nas grandes cidades, sendo a diferença mais discreta nas zonas rurais. O que se verifica também é que grande parte da prestação de serviços de saúde mental está centrada nas zonas urbanas, nomeadamente em Maputo (Patel, Simbine, Soares, Weiss & Wheeler, 2007).

Dados de relatórios provinciais de saúde mental, no que diz respeito ao número de pessoal existente e número de doentes, revelam que os quadros de saúde mental do Sistema Nacional de Saúde cobrem apenas cerca de 0,29% da população (MISAU- 2006), sendo estes cuidados garantidos a nível de instituições hospitalares. A prevalência de algumas doenças mentais (esquizofrenia, epilepsia e atraso mental) é superior nas zonas rurais, onde os serviços são mais raros e precários, e onde também as famílias são mais vulneráveis do ponto de vista económico. Tais dados sugerem ainda que na ausência de estruturas de apoio por parte do Sistema Nacional de Saúde, a população continuam a ver-se obrigada a recorrer, quase exclusivamente à medicina tradicional (Patel, 2007).

Relativamente às causas dos transtornos mentais, verificou-se que estes eram atribuídos a um conjunto diversificado de factores que iam desde causas naturais a vitimização por espíritos malignos (possessão pelo demónio). Em Maputo, cidade capital de Moçambique, a percentagem de pessoas (50%) que referiu desconhecer as causas destas patologias é superior à de Cuamba (18,9%), zona rural da província de Niassa, o que sugeriu que em contextos urbanos não recorrem tão facilmente aos modelos de atribuição tradicionais, mas, também não conhecem os factores de risco da

¹ O Ministério da Saúde de Moçambique considera que apesar de a epilepsia ser primariamente uma doença neurológica, as suas consequências são, muitas das vezes, de natureza psiquiátrica e psicossocial, sendo considerada como doença mental (Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental, Ministério da Saúde de Moçambique, 2006).

Representações de Doença Mental em Maputo

doença na perspectiva da medicina moderna. No entanto, a análise dos sistemas de procura de cuidados demonstrou que não há uma diferença significativa entre os dois contextos, urbano (61,3%) e rural (70,6%), no recurso à medicina tradicional. Sugerindo que embora em Maputo as pessoas recorram com mais frequência do que em Cuamba à medicina moderna científica para o tratamento das referidas doenças, não se exclui o recurso simultâneo à medicina tradicional (Patel et al., 2007).

Ainda segundo MISAU (2006) verifica-se que Moçambique tem, de modo geral, uma perspectiva aberta face a medicina tradicional. O Ministério da Saúde reconhece a importância da medicina tradicional na assistência a uma grande maioria dos moçambicanos, tentando estabelecer mecanismos de colaboração entre os dois sistemas, para que reforcem a assistência às comunidades – principalmente nas zonas rurais - dentro da linha de valores e princípios preconizados pelo Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). Desta forma, um dos desafios desta Estratégia assenta na necessidade de promover os cuidados de saúde mental baseados na comunidade através da mobilização e consolidação das redes de apoio informais, o que já começa a acontecer através do trabalho de Organizações Não Governamentais (ONG's). Neste âmbito, uma das acções previstas é a capacitação dos praticantes de medicina tradicional em matérias de saúde mental, um dos aspectos que se pode revelar conflituoso, tendo em conta que estes têm as suas práticas e conhecimentos independentes do Sistema Nacional de Saúde.

Neste sentido, parece necessário, antes de se adoptar a prestação de cuidados nas comunidades, compreender a dinâmica social circundante ao doente mental. Jodelet (2005) considera que há mais de vinte anos que a pesquisa se interessa pela percepção e pelas atitudes relativas aos doentes mentais, mais concretamente a análise da instituição psiquiátrica - o papel das práticas e ideologias psiquiátricas, no controlo do desvio mental. No entanto, o interesse científico negligenciava a resposta do público com saberes laicos, uma vez que o domínio médico se encarregava de assumir a compreensão da doença, e a quem o público também confiava essa tarefa. Acrescenta paralelamente que a qualidade dos conhecimentos sobre doença mental e a acuidade na análise dos sintomas melhoraram, contudo, a imagem do doente mental é cada vez mais associada à ideia de periculosidade.

As transformações da prática psiquiátrica – a abertura dos hospitais, a desinstitucionalização e a terapia comunitária – são determinantes na modificação da perspectiva que, entretanto, mantém na sombra o verdadeiro problema da relação com

Representações de Doença Mental em Maputo

os doentes mentais - a representação social da sua doença e do seu estado. A conjuntura incerta e conflituosa da psiquiatria não fornece ao público argumentos seguros e tranquilizadores, o que também possibilita a proliferação ou a manutenção de saberes de senso comum singulares relativamente à doença mental (Jodelet, 2005). As representações do processo saúde/doença, veiculadas ou não, pelo saber oficial, orientam indivíduos e instituições para prevenção da doença e a promoção ou recuperação da saúde (Spink, 2003), tornando-se por isso necessário, estudá-las.

Deste modo, importa explorar, no que diz respeito à identidade, causas, consequências, evolução e cura/controlo; as representações sociais dos profissionais de saúde a quem cabe o papel de fazer uma ligação entre o saber científico e o saber popular; dos curandeiros/médicos tradicionais a quem, eventualmente, a população maioritariamente recorre - seja por escassez de recursos, seja por crenças; bem como dos leigos uma vez que estes doentes vivem - ou anteriormente, ou durante, ou ainda posteriormente à doença mental - numa comunidade, com ou sem qualquer tipo de apoio médico, familiar e social. Por outras palavras, o presente trabalho tem por objectivo compreender quais as representações sociais de doença mental da população (em contexto urbano e rural), dos profissionais de saúde mental e dos curandeiros.

Uma vez que o trabalho procura perceber as Representações Sociais da doença mental - neste caso em três grupos específicos - começaremos por descrever, na secção que se segue, a teoria das Representações Sociais, no que diz respeito ao seu conceito, formação, produtos e funções. Seguidamente, sendo a doença mental uma doença procuraremos também descrever alguns aspectos teóricos específicos considerados fundamentais das representações de saúde e doença. Não obstante a descrição de aspectos das representações de saúde e doença, a doença mental traz consigo uma história específica da sua construção social, que procuremos também analisar na última secção.

1.2 A Teoria das Representações Sociais

A noção de representação tem uma longa história e atravessa um certo número de ciências sociais interrelacionadas. Moscovici apoia-se em diversas fontes quando explica a teoria das representações sociais, todavia, a influência mais importante

exercida sobre a noção deve-se a Durkheim com o conceito de representações colectivas² (Neto, 1998).

Contrariamente à realidade das representações sociais, que é mais fácil de apreender, não acontece o mesmo ao seu conceito. Isto acontece não só devido às razões históricas, mas também às não históricas, que se reduzem numa só, que é a sua posição mista no encontro de uma série de conceitos sociológicos e conceitos psicológicos (Moscovici, 1976, citado por Neto, 1998).

Pode-se dizer, segundo Cardoso e Gomes (2000), que as representações sem carregarem o adjectivo “sociais”, são revestidas apenas da definição mais comum encontrada nos dicionários, isto é, são consideradas como “*conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pensamento*” (p. 500). Entretanto, tendo em conta que este conceito foi objecto de diversas definições, há necessidade de evocarmos de seguida, algumas das mais significativas.

Jodelet (2001) considera que o conceito de representação social designa uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação prática e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Apesar de Neto (1998) considerar que a definição de Jodelet acima enunciada se trata da definição capaz de concitar um grau considerável de acordo entre os investigadores, Vala e Monteiro (2010) consideram que se tem verificado a produção de várias definições conceptuais de representações sociais, que envolvem dimensões e aspectos específicos, tendo em conta os propósitos específicos de cada investigação.

Os principais aspectos a ter em conta na noção de representação social, segundo Neto (1998), são a representação como objecto, actividade mental, modelo, e como forma de conhecimento prático. Como objecto, na medida em que na conceptualização das representações sociais há sempre referência a um objecto. A representação para ser social, é sempre uma representação de algo. Como actividade mental, pois as representações sociais mantêm uma relação de simbolização e de interpretação com os objectos, resultam por conseguinte, de uma actividade construtora da realidade e de uma actividade expressiva. As representações sociais adquirem a forma de modelos que se sobrepõem aos objectos, tornando-os visíveis, e implicam

² Segundo Durkheim (1898, citado por Vala & Monteiro, 2010) as representações colectivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem a coesão social e constituem fenómenos tão diversos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum.

elementos linguísticos, comportamentais ou materiais. E, finalmente, como forma de conhecimento prático, uma vez que, levam a interrogar-nos sobre os determinantes sociais da sua génese e da função social na interacção social da vida quotidiana.

A representação-produto aparece como um universo de opiniões ou de crenças organizadas à volta de uma significação central. Moscovici (1961, cit. por Neto, 1998) considera cada universo de representações sob três aspectos: a informação, a atitude e o campo de representação.

A informação diz respeito à soma e organização dos conhecimentos sobre o objecto de representação. E a sua apreciação supõe que se relacione o discurso do sujeito com os caracteres objectivos do objecto. É possível distinguir níveis de conhecimento e os definir, quer pela quantidade de informação relativa ao objecto, quer pela qualidade desta informação, banal ou original, por exemplo. Com base na informação que temos do objecto, tomamos uma posição favorável ou desfavorável face a este, e só assim o poderemos representar (Neto, 1998). Este autor acrescenta ainda, que a atitude é muitas vezes o aspecto mais fundamental, enquanto elemento mais arcaico, ou até mais resistente das representações.

O campo de representação remete-nos para os aspectos imagéticos da representação – isto é, para a construção significativa que é feita do objecto integrando e interpretando as informações de que o sujeito dispõe – com a ideia de uma organização ou de uma hierarquia de elementos (Neto, 1998). Segundo Abric (2001), as representações sociais incluem dois sistemas de significados: sistema central ou núcleo central e sistema periféricos. O sistema central é ligado a memória colectiva e à história dos grupos, é consensual, define a homogeneidade do grupo, é estável, coerente, rígido, resistente à mudança, pouco sensível ao contexto imediato, gera significação da representação social e determina sua organização. O sistema periférico, por sua vez, permite a integração das experiências e histórias individuais, suporta a heterogeneidade e as contradições do grupo, é flexível, evolutivo, sensível ao contexto imediato, permite adaptação à realidade concreta, a diferenciação do conteúdo, protege o sistema central. Desta forma, as representações sociais podem incluir diferenças individuais, ao mesmo tempo que se encontram formadas em torno de um nó central colectivamente partilhado (Abric, 2001). E a identificação destes sistemas de significados permite apreender a natureza e o grau de coerência de uma representação social, estabelecer o seu papel na definição das fronteiras de um grupo e fazer estudos comparativos das representações (Moscovici, cit. por Neto, 1998).

Jovechelovitch (1999) evidencia dois processos fundamentais que transparecem o modo como o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social - a *objectivação* e a *ancoragem*. A autora considera que objectivar é sintetizar significados diferentes – significados que frequentemente ameaçam, significados inexplicáveis – em uma realidade familiar. Desta forma, sujeitos sociais ancoram o desconhecido numa realidade conhecida e institucionalizada e, paradoxalmente, deslocam aquela geografia de significados já estabelecida, que as sociedades, na maior parte das vezes lutam para manter. As representações emergem desse modo, como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade (Jovchelovitch, 1999).

Relativamente às funções das representações sociais, pode-se dizer que, de uma forma geral as representações sociais têm como função a atribuição de sentido ou a organização significativa do real que pode ser decomposta de diferentes formas (Vala & Monteiro, 2010). Tajfel (1982) definiu três funções sociais dos estereótipos – a integração social; a criação de regras associadas ao comportamento dos grupos sociais; e a justificação dos padrões de relações entre grupos na sociedade, causalidade social ou explicação de acontecimentos sociais – que podem segundo Vala e Monteiro (2010), ser aplicadas às representações sociais. As representações constituem uma orientação para acção na medida em que modelam, constituem e procuram explicar elementos do contexto em que um comportamento ocorre (Moscovici, 1976, cit. por Vala & Monteiro, 2010). Estas também imprimem direcção às relações intergrupais: previamente à interacção, cada grupo dispõe já de um sistema de representações que lhe permite antecipar os comportamentos do outro e programar a sua própria estratégia de acção (Vala & Monteiro, 2010).

Para Vala e Monteiro (2010), a perspectiva teórica que orienta a conceptualização das representações sociais sublinha o papel activo dos actores sociais na sua produção. Contudo, esta orientação não pode fazer esquecer a relação entre as representações sociais e as configurações culturais dominantes por um lado, e a dinâmica social no seu conjunto, por outro. Isto quer dizer que há representações que se *impõem* aos indivíduos, que são hegemónicas e, em larga medida, indiscutíveis. Mas, há também representações discutíveis, e discutidas pelos diferentes grupos sociais, e cuja consensualidade, no interior dos grupos e entre grupos, se vai construindo e desconstruindo, tendo em conta a diferenciação social e diferenciação das

representações. O processo de categorização social permite compreender a construção dos grupos sociais e a identificação com esse grupo, e através do processo de comparação social (Festinger, 1954, citado por Vala & Monteiro, 2010) os indivíduos aprendem, integram e avaliam as representações sociais que tornam diferente uma categoria de outra categoria, ou que dão sentido a uma dimensão da identidade social (Tajfel, 1982).

As representações devem ser estudadas com a articulação de elementos afectivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afectam as representações sociais e a realidade material, social e ideal sobre as quais ela vai intervir (Almeida & Jodelet, 2009).

Em suma, as representações sociais apresentam alguma dificuldade na sua definição, por envolver vários aspectos de conceitos da Psicologia Social - e não só - e de outras ciências. Verifica-se também que este conceito envolve uma dimensão que é ao mesmo tempo social e individual. Estas dimensões podem nalgum momento se sobrepor e noutros se igualar, e desempenham funções de compreensão e de explicação da realidade de indivíduos ou grupos, de identificação do indivíduo com o grupo e de separação entre grupos.

Após descrever a Teoria das Representações Sociais, importa perceber especificamente os aspectos que podem estar na base da construção das representações sociais de saúde e doença.

1.3. Representações de Saúde e Doença

Segundo Sevalho (1993) a história das representações de saúde³ e doença foi sempre ajustada pela inter-relação entre corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercavam. Le Goff aponta que “*a doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda*

³ Hartmann e Duarte (1999, 2002, citados por Santos, Barbosa, Faro & Alves, 2005) destacam também, mediante dados de estudos, que globalmente, a definição actual de saúde predominante assenta-se na sensação de bem-estar, harmonia, equilíbrio, em tudo, semelhante à definição de saúde da OMS.

dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades” (p. 330).

As primeiras representações de saúde e doença foram mágicas, onde entre povos sem escrita, a doença era vista como o resultado de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais a vítima comum, o ser humano não iniciado, pouco ou nada podia fazer. Nas concepções seguintes, a doença participava das crenças religiosas, era obra dos deuses; onde inicialmente era fruto do humor divino, independentemente do comportamento humano, e posteriormente, foi considerada como uma punição ou consequência do comportamento inadequado de um indivíduo ou grupo (Sevalho, 1993).

Esses aspectos de carácter religioso ou mágicos ainda hoje revestem as representações de saúde e doença. O medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, conformando permanências culturais (Sevalho, 1993). No contexto africano esta perspectiva é também compartilhada, uma vez que, Rennie (1973, citado por Honwana, 2002) considera que a falta de saúde é vista como consequência da intervenção maligna dos mágicos e feiticeiros, ou como uma sanção dos espíritos dos antepassados por comportamento incorrecto.

A naturalização da doença foi passada aos gregos, através do mar Mediterrâneo. Foram Hipócrates e seus seguidores, com a sua perspectiva humoral, que estabeleceram de modo mais evidente no Ocidente uma passagem do sobrenatural para o natural no que diz respeito às representações de saúde e doença (Sevalho, 1993).

Para interpretar os fenómenos corporais, as pessoas se apoiam em noções, símbolos e esquemas de referências interiorizadas de acordo com os seus meios sociais e culturais (Adam & Herzlich, 1994, citados por Cardoso & Gomes, 2000). Onde Cardoso & Gomes (2000) acrescentam que diferentes grupos sociais experimentam concepções diversificadas relativas à etiologia das doenças, respondendo a uma lógica diferente daquela do saber médico. E Joyce-Moniz e Reis (1991, citados por Malheiro, 2003) alargam que as significações individuais, sobre o processo de saúde e doença, mudam ao longo do processo de desenvolvimento humano, e podem ser sequenciadas, de forma ordenada, inclusiva, e previsível, de acordo com os ritmos orgânicos e os limites cognitivos impostos pelo próprio desenvolvimento. Contrariamente, Gilman (1988) considera que socialmente as imagens sobre a doença não estão em movimento, são imagens fixas, e que a única constante é a que permanecem externas ao nosso *self*, pois a doença representa uma perda de controlo para um estado desconhecido e temido.

No entanto, Good (1994, citado por Gomes, Mendonça & Pontes, 2002) observa que a doença e sofrimento humano não podem ser vistos por uma única perspectiva e que as posições teóricas actuais continuam a desenvolver conversações que fazem avançar a discussão dessas questões. Esta evolução das perspectivas relativas a saúde e doença, referidas pelo autor, são descritas a seguir, no que diz respeito à Psicologia da Saúde.

A Psicologia da Saúde, ao longo da sua breve história, concebeu explicações para o processo de saúde/doença em três principais vertentes. Num primeiro momento, adoptaram-se duas correntes, em que a explicação do processo saúde/doença privilegiou a esfera intra-individual. Na primeira corrente os conflitos inconscientes não resolvidos entre os desejos e as forças antagónicas do ego e do superego e as emoções não domesticadas geravam tensões emocionais crónicas que podiam resultar em disfunção, ou mesmo em mudanças estruturais em determinados órgãos do corpo.

Na segunda corrente, mais aproximada às teorias da personalidade, Dunbar (s/d, citado por Spink, 2003) postula que existe uma relação entre certos tipos de personalidade e certas doenças.

Esta enfatizou os aspectos psicossociais da cadeia multicausal responsável pelo surgimento da doença. Esta vertente tornou-se particularmente notável em função dos avanços tecnológicos que possibilitaram a mensuração das variáveis, a construção de indicadores e o seu tratamento estatístico através de técnicas multivariáveis em busca de correlações entre eventos stressantes na vida do indivíduo e o aparecimento da doença. Pretendia-se buscar nexos causais entre experiências de vida e o adoecer.

A terceira vertente - a perspectiva construcionista – enfatiza as representações do processo saúde/doença, procurando explicitar o substrato social das construções que determinados grupos ou sociedades fazem da doença e da saúde. Nesta vertente é também possível identificar algumas correntes.

A primeira corrente centra esforços de pesquisa especificamente nas teorias do senso comum, ou seja, nas explicações da saúde/doença na interface entre os factores sociais e psicobiológicos. A segunda corrente, desta terceira vertente explora as interfaces entre as representações e o comportamento. Segundo a pesquisa realizada por Loyola (1994, Spink, 2003) fica bastante evidente que a definição da origem da doença – se é doença do corpo ou da alma – orienta a escolha da terapêutica adequada – por exemplo, se é de médico ou de curandeiro e/ou espírita. E por último, a terceira corrente, por sua vez, explora a interface entre o saber oficial e o saber popular.

Portanto verificam-se, segundo (Spink, 2003) com esta terceira vertente, dois saltos qualitativos: primeiramente a doença passa a ser vista não só como uma experiência individual, mas também como um fenómeno colectivo sujeito às forças ideológicas da sociedade; e em segundo lugar, por deixar de privilegiar a óptica médica como único padrão de comparação legítimo e passando a legitimar também a óptica do paciente. Logo, esta vertente possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo.

É na perspectiva desta terceira vertente que se enquadra o modelo de representações cognitivas amplamente divulgado na Psicologia da Saúde – o modelo auto-regulador de Nerenz e Leventhal (1980; 1983) – e com base no qual orientaremos a descrição das representações sociais do presente estudo. O modelo auto-regulador é usado para determinar como é que as pessoas representam cognitivamente e enfrentam a ameaça de doença, identificando sete fases, do processo de auto-regulação, que seguem caminhos divergentes, mas interactivos (Bennet, 2002). A primeira e única fase que nos importa referir – representação da doença – diz respeito à recepção e interpretação da informação a fim de desenvolver uma compreensão da ameaça à saúde. É baseada na informação retirada de várias fontes, na informação dos médicos e de outras pessoas da esfera social do indivíduo sobre o diagnóstico e a natureza da doença. Nerenz e Leventhal (1980; 1983) identificaram quatro dimensões de representação da natureza da doença, nomeadamente, identidade, consequências, causas e evolução. A curabilidade ou controlabilidade da doença foi identificada por Lau e Hartman (1983). E apesar de se terem verificado algumas diferenças, há um consenso cada vez maior no sentido que estas cinco dimensões formam a base da compreensão que as pessoas possuem sobre uma larga da maioria de doenças. Desta forma, as interpretações da identidade da doença podem envolver rótulos abstractos, especificamente o nome e sintomas da doença; as consequências podem ser físicas, socioeconómicas e emocionais; as causas podem ser internas, incluindo factores genéticos, e externas, como o trabalho; e a evolução foca a cronicidade ou ameaça da doença. Contudo, Nerenz e Leventhal (1980; 1983) chamaram à atenção que nem sempre as representações de doença se encontram bem integradas, podem não estar necessariamente completas, podendo se encontrar apenas algumas das dimensões e mesmo quando o indivíduo inclui todas as dimensões na representação da doença, estas podem não ser consistentes.

Assim, pode-se notar que as representações de saúde e doença envolvem componentes históricas, culturais, individuais e sociais, podendo ser, por isso,

interpretadas de diferentes formas. A Psicologia da Saúde ao longo do tempo explicou as representações de saúde e doença de formas diferenciadas, estando actualmente voltada para a compreensão deste processo em diferentes níveis - sociais e psicobiológicos, representações e práticas; e do saber oficial e de senso comum.

Desta forma, propomo-nos a descrever a seguir como o conceito de doença mental foi construído ao longo dos tempos, influenciado por aspectos sociais, psicológicos, comportamentais, conhecimento científico e de senso comum.

1.4 A construção social da doença mental⁴

A manifestação de comportamentos “anormais” tem sido debatida por vários estratos da sociedade, estando em questão se estes são resultado de espíritos malignos, falta de fibra moral, desigualdades sociais, ou estados de doença que residem no indivíduo (Hinshaw & Stier, 2008).

Pessoti (1995, citado por Gussi, 2008) considera que o transtorno mental pode ser visto por pelo menos três perspectivas – obra de intervenção divina, resultado de conflitos passionais do indivíduo, e efeitos de disfunção somática – causadas eventualmente sempre de forma imediata, e que na sua óptica parecem edificar modos de pensamentos contínuos na história deste conceito. Hinshaw e Stier (2008) acrescentam a perspectiva de natureza demoníaca, onde os comportamentos e as emoções desviantes são vistas como resultado da possessão de espíritos malignos ou do diabo.

A situação de vulnerabilidade e exclusão social em que se encontram as pessoas com doença mental não são, segundo Leff e Warner (2008), apenas devido a factores relativos à própria doença, mas, principalmente, devido a mitos e ideias distorcidas sobre a natureza e o impacto da doença que se encontram disseminados na população em geral, entre os profissionais, e até entre os próprios doentes e familiares. Considera-se que os aspectos descritos a seguir contribuíram para a construção das representações sociais da doença mental.

⁴ Actualmente a definição internacionalmente aceite e acordada de *doença mental* ou *transtorno* conforme definido no Código Internacional de Doenças (CID-10), refere-se a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferências com as funções pessoais.

1.4.1 Incapacidades⁵ Geradas pela doença

Historicamente, segundo Barros, Chagas e Dias (2009b), a pessoa com transtorno mental tem sido percebida como aquela que não se enquadra nas normas do grupo, transformando-se por isso numa ameaça que causa desestruturação da ordem social. O transtorno mental é relacionado com uma conjuntura de estranheza por ser um facto onde não se tem a compreensão plena ou domínio e os porquês não foram completamente esclarecidos (Barros et al., 2009b). Algumas das doenças mentais (por exemplo, a esquizofrenia) levam a delírios (crenças falsas sobre o mundo) e/ou alucinações (ver ou ouvir coisas que os outros não veem nem ouvem), falta de interesse, apatia, falta de motivação, relutância em se relacionar com os outros entre outros, que podem dominar a vida dos doentes, interferir na capacidade de interagir com os outros, de realizar tarefas e de pensar com discernimento (Leff & Warner, 2008). Barros et al. (2009b) acrescentam que esses comportamentos apresentados pelo doente mental são considerados como não adequados, tanto subjectivamente como culturalmente, o que implica um distanciamento cognoscível, emocional, comunicacional e físico, sendo estes aspectos que propiciaram a institucionalização.

1.4.2 Incapacidades geradas pelos cuidados profissionais

A institucionalização surgiu como forma de agrupar todos aqueles que apresentavam a incapacidade de tomar parte na produção, circulação ou a acumulação de riqueza (Foucault, 2008). Leff e Warner (2008) acrescentam que a falta de ocupação característica destas instituições, não só aumentava a gravidade da apatia e da inércia gerada pela doença, como também, estas instituições simbolizaram os locais públicos nos quais os doentes perturbados desapareciam para nunca mais aparecer. E com a introdução da medicação eficaz, nos anos 50, para curar distúrbios psiquiátricos activou-se a colocação dos doentes nas comunidades, considerando-se que já não apresentariam os sintomas associados à doença e que geravam insegurança, como anteriormente foi descrito. Contudo, estes medicamentos geravam irregularidades visíveis de movimento e comportamento (tremor de mãos, arrastar os pés ao andar,

⁵ Leff e Warner (2008) consideram alguns dos sintomas da doença mental como incapacidades da doença, mas consideramos que estes sintomas da doença só poderão tornar-se incapacidades dependendo do nível de conhecimento e da orientação da atitude perante a doença mental.

espasmos, fluxo constate de saliva a babar na boca) que marcavam os doentes como pessoas diferentes dos seus vizinhos e aumentavam o estigma da sua doença.

1.4.3 Atitude do público

Hinshaw e Stier (2008) consideram que o estigma associado à doença mental levou a que comparativamente às doenças físicas, esta tenha sido menos investigada, e acrescenta Jodelet (2005) que a doença mental é separada das outras doenças ditas “normais”. Leff e Warner (2008) consideram que tal facto deve-se por um lado, a uma ligação percebida com a violência, e por outro, a dificuldade em partilhar e compreender as experiências isoladas que as doenças mentais implicam. Hinshaw e Stier (2008), assim como Leff e Warner (2008) destacam a *media* como um meio de formação da atitude do público, uma vez que a maior parte das informações divulgadas por estes, relativa aos doentes mentais, envolve violência, desordem social e periculosidade. E embora alguns investigadores tenham inferido a melhoria de atitudes e conhecimento face à doença mental durante a década de 70, consideram também que esta pode ser resultante de maior enquadramento do público em respostas socialmente desejáveis (Hinshaw & Stier, 2008).

Estas atitudes do público são influenciadas por alguns factores analisados por Leff e Warner (2008). No que diz respeito a factores sociodemográficos, verificou-se que quanto maior o nível de instrução, de ocupação profissional, e menor a idade (Brockington et al., 1993, citados por Leff & Warner, 2008) mais tolerantes se demonstram os indivíduos. Relativamente ao contacto com pessoas com doenças mentais, Link e Cullen (1986, citados por Leff & Warner, 2008) verificaram que um maior contacto com doentes mentais fez com que as pessoas sentissem menos medo deles. E no que diz respeito ao diagnóstico da doença, as neuroses, incluindo a depressão e os estados de ansiedade, são menos estigmatizados comparativamente a esquizofrenia, distúrbios de personalidade e dependência de drogas; provavelmente por serem tão comuns na população em geral e por não serem associados a comportamentos violentos (Leff & Warner, 2008).

Sendo as atitudes produto das representações sociais, podia-se a partir daí precipitar as bases das representações da doença mental, contudo, apresentamos em seguida alguns estudos que analisaram estas representações em diferentes contextos geográficos e cronológicos.

1.5 As Representações Sociais de Doença Mental

Ao fazer parte das doenças no seu todo, a doença mental foi objecto de diferentes interpretações ao longo do tempo, mas também traz consigo uma história da construção do seu conceito e de ideias a ela associadas, como referido acima.

Tendo por base as dimensões acima referidas do modelo auto-regulador de Leventhal (1983) enquanto linhas organizadoras, evidenciaremos alguns estudos relativos às representações da doença mental em diversos locais no mundo.

1.5.1 Identidade

Nos estudos revistos, o conceito de doença mental parece ser ainda um dos aspectos mais encobertos da sua representação, onde parecem se destacar principalmente os sintomas a ela associada.

Jodelet (2005) na sua pesquisa com cuidadores de doentes mentais de cerca de 500 lares da comunidade rural Ainay-le-Câteau (França) que acolhiam pacientes do hospital psiquiátrico local, verificou que a doença mental era vista como "natureza", ou seja, a doença mental não se articula ao sujeito pelo "ter", mas, pelo "ser" e era considerada diferente das doenças ditas "comuns". Contudo, nas formas de nomear a doença mental, encontrou na comunidade designações específicas e laicas dos doentes – o inocente, o doido, o epiléptico, o louco mental e o transviado – todas elas estavam associadas à ideia que a função reguladora do cérebro está afectada, por isso dominada pelos níveis biológico e nervoso do organismo humano. Alves (2001), ao explorar as representações de doença mental em regiões urbanas e rurais do norte de Portugal, verificou também que a doença mental era mais associada ao corpo - mais especificamente doença da cabeça.

Relativamente a profissionais de saúde mental, Barros et al. (2009b) verificaram igualmente no seu estudo, que os agentes de saúde comunitária consideram a doença mental como uma doença da cabeça, mostrando uma associação da doença com o corpo.

No que diz respeito aos sintomas associados à doença, o comportamento distinto das pessoas ditas "normais", foi mencionado tanto por profissionais de saúde (Barros et al., 2009b; Jucá, Nunes & Barreto, 2007;) como por leigos (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Leff & Warner, 2008; Reda, 1996 cit. por Leff &

Warner). Barros (2000a) verificou no seu estudo com curandeiros da República do Mali, que estes consideram que os comportamentos alguns comportamentos das pessoas - como despir-se em locais públicos, roubar, agredir sem motivo, cortar uma árvore em lugar sagrado, invadir um local sagrado - ao mesmo tempo podem ser sintomas da doença mental e causadores da doença.

A agressividade, como característica associada à doença também foi maioritariamente referida tanto para os casos de leigos (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Leff & Warner, 2008; Reda, 1996 cit. por Leff & Warner) como para os profissionais de saúde (Barros et al., 2009b). E esta percepção de agressividade resulta na associação do doente a um perigo para as outras pessoas, que foi também verificável entre leigos (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Leff & Warner, 2008;) entre profissionais de saúde mental (Barros et al., 2009b; Jucá et al., 2007).

O isolamento social foi também mencionado por leigos (Coudin, 1976; Coelho & Almeida, 2005; Hinshaw & Stier, 2008; Reda, 1996 citada por Leff & Warner, 2008) e profissionais de saúde (Barros et al., 2009b; Jucá et al, 2007;) considerando que as pessoas devem desenvolver actividades rotineiras e manter relações interpessoais. A alienação ou capacidade de discernir o real do imaginário foi igualmente mencionado por leigos (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005) e profissionais de saúde (Barros et al., 2009). Jucá et al. (2007) entrevistou profissionais de saúde (agentes comunitários, profissionais nível técnico e profissionais nível universitário) na Bahia (Brasil), onde verificou que estes consideram o sofrimento como uma característica da doença. No entanto, Alves (2011) verificou que leigos distinguem o sofrimento mental normal, do não normal, sendo os doentes mentais apresentam um sofrimento não normal, que implica a alienação face à realidade.

As características mais descritas em relação à doença mental, de um modo geral, estão mais associadas às doenças mentais mais graves - por exemplo a esquizofrenia - que às doenças mentais menos graves - por exemplo a depressão. Este facto pode-se justificar porque as doenças mentais menos graves não envolvem comportamentos tão diferenciados como pode acontecer com as mais graves (Leff & Warner, 2008).

No que diz respeito aos leigos, Jodelet (2005), considera que as famílias cuidadoras fizeram descrições essencialmente tendo em conta a experiência do senso comum, negligenciando o conhecimento prático resultante do contacto com os doentes

mentais. Já Coudin (1976) no seu estudo sobre as representações sociais de doença mental no Congo verificou que o nível de escolaridade não influencia a descrição geral leigos fazem do doente mental.

Para o caso dos profissionais de saúde, Barros et al. (2009b) sugerem igualmente, que os profissionais de saúde mental ao traçarem os seus conceitos acerca das pessoas com doenças mentais, não deixam de lado as representações adquiridas na comunidade, uma vez que os conceitos encontrados no seu estudo estão próximos do senso comum. Ao contrário do que se verifica nas representações sociais da doença dos curandeiros que estão, segundo Barros (2000a), ligadas aos valores ancestrais tradicionais da sua prática e valorização de aspectos do indivíduo-sociedade.

Parece, de uma forma geral, no domínio do conceito e das características da doença mental, não haver muitas diferenças entre representações de profissionais de saúde, leigos e curandeiros. No entanto, leigos e profissionais de saúde têm como base semelhante das representações da identidade da doença o senso comum, enquanto curandeiros têm como base das representações as suas práticas profissionais que são ancestrais.

1.5.2 Causas

As causas da doença mental mencionadas foram diversas. Com excepção do estudo de Barros et al. (2009b) - onde os relatos de profissionais indicavam que as causas da doença são únicas e não múltiplas - os relatos não focalizavam na descrição de uma causa única da doença, mas sim numa visão de pluralidade de causas.

No que diz respeito a aspectos biológicos, as causas mencionadas por leigos foram genéticas (Alves, 2011; Coudin, 1976; Jodelet, 2005; Patel, et al., 2007), incidentes ou doenças orgânicas ou físicas (Alves, 2011; Coudin, 1976; Jodelet, 2005) e o consumo de substâncias psicoactivas (Coelho & Almeida, 2005; Coudin, 1976; Jodelet, 2005). No caso dos profissionais de saúde, Jucá et al. (2007) verificaram que estes também consideram os incidentes ou acidentes orgânicos ou físicos como causa; e Barros et al. (2009b) verificaram igualmente, a genética e o consumo de substâncias psicoactivas.

As condições socioeconómicas - degradação dos valores sociais e morais, e dificuldades financeiras - e acontecimentos traumatizantes - morte de familiares, separação conjugal - foram mencionadas por leigos (Alves, 2011; Coudin, 1976;

Jodelet, 2005) assim como profissionais de saúde (Jucá et al., 2007; Barros et al., 2009b).

Apenas os profissionais de saúde referiram a história do desenvolvimento do sujeito ou traumas de infância, como ausência de estrutura familiar tradicional (Barros et al., 2009b) ou abuso sexual (Jucá et al., 2007) como possíveis causas da doença mental. Alves (2011) identificou também uma causa distinta que os leigos atribuíam à doença - a própria pessoa, isto é sua personalidade, maneira de ser e identidade pessoal; considerando que quando a pessoa não consegue ultrapassar o seu sofrimento com base na sua força e vontade, a doença mental aparece.

Os aspectos mágicos ou religiosos foram referidos nalguns dos estudos (Alves, 2011; Barros, 2000a; Barros et al., 2009b; Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jucá et al., 2009; Leff & Warner, 2008; Patel et al., 2007), contudo, descritas de formas distintas. Hinshaw e Stier (2008) consideram que historicamente, a perspectiva predominante na explicação do comportamento e emoções desviantes, é atribuída a possessão de espíritos malignos, de espíritos de animais ou do diabo.

Relativamente aos leigos, Patel et al. (2007), num estudo em que visaram avaliar as representações das causas de algumas doenças mentais em Moçambique, verificaram que, por um lado, em contexto rural (Cuamba-Niassa), as causas das doenças mentais eram maioritariamente atribuídas a aspectos sobrenaturais - possessão de espíritos. Já Coudin (1976) verificou que os seus participantes incorporam as causas tradicionais para o surgimento da doença mental; relacionam as causas como consumo de drogas, situação socioeconómica ou acontecimentos traumatizantes, a aspectos tradicionais de culpabilização do indivíduo, onde consideram que estes procuraram a doença mental ao irem contra a ordem tradicional aderindo os valores ocidentais, resultando em castigos dos espíritos. Alves (2011), por seu turno, verificou também no seu estudo discursos relativos a causas mágicas e religiosas, como demónios, o mal (mau-olhado, feitiço) que alguém possa ter feito, num sentido de "trabalho" de bruxaria.

Contrariamente, Leff e Warner (2008), verificaram que as crenças ligadas às causas da doença diferem grandemente entre as culturas Ocidental e Oriental. Onde para as Ocidentais a responsabilidade da doença é cada vez mais atribuída aos doentes, e para os não-Ocidentais é atribuída a agentes fora do controlo do doente - espíritos enraivecidos, bruxaria feita contra o doente, e o poder do destino ou carma.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, o estudo de Barros et al. (2009b) com agentes comunitários de saúde no Ceará-Brasil salientou o carácter

religioso atribuído à doença, pois consideraram que a presença de um espírito é que dá resultado à perda de capacidade de julgamento da realidade do doente. Porém, para Jucá et al. (2007) a referência às causas mágicas ou religiosas, foram bastante secundárias, e os profissionais de saúde atribuíam esta percepção à comunidade.

Relativamente aos curandeiros, Barros (2000a) verificou que para estes comportamentos como despir-se em locais públicos, roubar, agredir sem motivo, cortar uma árvore em lugar sagrado, invadir um local sagrado, são ofensivos para os espíritos ancestrais podendo levar à uma punição - a doença mental. Estes curandeiros apontam ainda que a possessão de espíritos não é por si só a causa da doença mental, mas que o domínio do medo que a pessoa apresenta diante dos espíritos que lhe possuem pode causar ou não a doença. Isto é, se a pessoa tiver medo dos espíritos que lhe possuem fica desequilibrada e se não tiver medo fica com poderes de vidência. O que de alguma forma se pode relacionar, com a responsabilização das características da personalidade ao aparecimento da doença, que se verificou nos leigos do estudo de Alves (2011).

Verifica-se portanto que as causas da doença mental são percebidas por leigos, profissionais de saúde e curandeiros, das mais variadas formas. No que diz respeito a causas biológicas e psicológicas não se notou muita diferença nos dados, apenas para as causas místicas verificam-se discursos relativamente distintos.

1.5.3 Cura/Controlo da doença

No diz respeito à cura ou controlo da doença, Hinshaw e Stier (2008) afirmam que se verifica um adiamento na procura de tratamento, por longos períodos, devido a ignorância e/ou vergonha. Por outro lado, a concepção de cronicidade da doença e o impacto dos efeitos secundários dos primeiros medicamentos, referidos anteriormente, podem suscitar a ideia de que estes doentes não melhoram mesmo com a medicação (Crispe et al., s/d, citados por Leff & Warner, 2008).

A atribuição do sucesso ou fracasso do tratamento à identificação das causas verificou-se, no caso dos leigos, um aspecto importante (Coelho & Almeida, 2005; Coudin, 1976;). Coelho e Almeida (2005) constataram que os entrevistados em comunidades no litoral da Bahia (Brasil) atribuíram o insucesso do tratamento à não correspondência entre a suposta causa da doença e a terapêutica aplicada, justificando que o sofrimento humano deve ser interpretado não só no plano biológico mas também nos planos cultural e espiritual. Coudin (1976) verificou que os curandeiros eram

referidos pelo grupo moderno (os que fizeram o ensino primário em França, pertencentes a classe alta) para o tratamento com base em farmacologia tradicional, enquanto, o grupo tradicional (os que nunca foram á escola, na sua maioria artesão ou pequenos comerciantes) salientou a importância da sua clarividência para confirmar o diagnóstico da doença. O hospital era visto pelo grupo tradicional como último recurso, e a Igreja ou Cristianismo era vista pelo grupo moderno como uma nova forma de tratamento correspondendo às dinâmicas sociais actuais a que algumas práticas tradicionais não correspondem. No entanto, Patel et al. (2007) verificaram não haver diferença na procura de tratamento tradicional, tanto em zonas rurais como em urbanas, verificando-se apenas diferença na procura do tratamento biomédico.

Para o caso dos curandeiros, Barros (2000a) aponta que estes por considerarem a doença mental uma doença grave, consideram que é relativamente difícil de tratar. E à semelhança do que apontam os leigos no estudo de Coelho e Almeida (2005), Barros (2000a) verificou que o diagnóstico é um aspecto fundamental para escolha do tratamento mais eficaz da doença.

Nota-se que os dados dos estudos analisados referem-se ao tratamento tradicional como uma forma de cura da doença mental, quer seja com base na farmacologia tradicional, quer seja com base nos rituais de clarividência. E nota-se também, para leigos, uma visão pluralista das formas de tratamento da doença.

1.5.4 Evolução

Apesar de ter sido um dos aspectos menos notáveis nos estudos apresentados, no que diz respeito à evolução da doença, a doença mental está associada a noção de cronicidade para leigos (Jodelet, 2005; Crispe et al., s/d, citados por Leff & Warner, 2008) e profissionais de saúde (Jucá et. al., 2007). Assim como na história das representações sociais das doenças, a doença mental antigamente quando não podia ser tratada, era vista como uma sinal de desvio, onde o doente mental tinha violado uma regra importante, e que não poder ser remediável. Tal ideia é de certa forma perpetuada até os dias de hoje (Coudin, 1976).

1.5.5 Consequências

Finalmente, a discriminação face ao doente mental é um aspecto compartilhado entre leigos e profissionais de saúde mental. No que diz respeito aos profissionais de

saúde, Lefley (1987, citado por Leff & Warner, 2008) inquiriu profissionais de saúde mental, que tinham vivido a experiência de ter um familiar com doença mental, onde verificou que a maioria não se sentiu à vontade para falar da doença do familiar com os colegas. Hinshaw e Stier (2008) confirmam também que dados empíricos revelam uma tendência de profissionais para denegrirem as pessoas com doença mental e mantêm baixas expectativas de melhoria. Leff e Warner (2008) consideram que se se verifica esta resistência em falar abertamente sobre o tema nos profissionais de saúde mental que também cuidam de doentes fora dos hospitais, não seria surpreendente encontrar ainda mais relutância entre os familiares ou mesmo pessoas não próximas de doentes mentais que não sejam médicos; o que se confirma com os dados seguintes.

Relativamente aos leigos, Phelan et al. (1998, citado por Leff e Warner 2008) entrevistaram pais ou cônjuges de doentes mentais, onde metade dos familiares relatou alguma tentativa para ocultar a hospitalização do seu familiar doente. A ocultação era ainda maior para pais que não viviam com o doente, elementos da família com um nível de instrução mais elevado e parentes de doentes mulheres. Jodelet (2005) também percebeu no discurso dos cuidadores uma dificuldade em falar na doença mental como doença, o que sugeriu que para estes ao tornar o objecto uma formulação explícita, libertava-se o seu poder de inquietação. Este dado também foi verificado no estudo de Alves (2011). Hinshaw e Stier (2008) igualmente consideram que os familiares de pessoas com doença mental têm um enorme investimento na ocultação e sigilo deste familiar, o que intensifica na sociedade um ciclo vicioso na criação do estigma. E acrescentam ainda que, práticas culturais também revelam evidências substanciais de discriminação e estigma, como por exemplo estatutos de Estados que restringem directamente os direitos daqueles que se assumem com história de doença mental (e.g. votar, casar, assumir responsabilidades parentais, entre outros).

A baixa produtividade foi referida por leigos (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Leff & Warner, 2008). As pessoas com historial de doença mental têm dificuldade em conseguir e manter o emprego, sendo mais provável que o consigam em áreas onde existam elevados níveis de emprego, e empregos associados a trabalhos manuais como por exemplo agricultura, e em locais de trabalho de familiares e/ou pessoas conhecidas (Leff & Warner, 2008). Estas dificuldades estão associadas à ideia de que os sintomas da doença incapacitam intelectualmente o doente (Hinshaw & Stier, 2008; Jodelt, 2005; Leff & Warner, 2008;).

Conclui-se que as consequências da doença mental são percebidas na sua maioria com uma conotação negativa, e também na sua maioria compartilhadas por leigos e profissionais de saúde. Considera-se que as formas diferentes de tratamento do doente mental possibilitam realçar que, por um lado, produzem um sistema de regulação social que visa ao mesmo tempo, dominar as inquietações e perigos imaginários ou reais e diminuir a acuidade da consciência deles; e por outro lado, que intervêm como apoio ou motor dos processos de separação e discriminação (Coudin, 1976; Jodelet, 2005;). Tendo sido descritas as representações sociais da doença mental, de acordo com dados de vários estudos, são referidos a seguir os propósitos da presente pesquisa.

1.6 Objectivos do Estudo

Devido a sua importância existencial, a doença mental, requer avaliação das representações sobre a sua natureza, suas causas, suas consequências para o indivíduo e os que o cercam (Jodelet, 2005). São poucos os estudos conhecidos sobre as representações sociais de doença mental, no mundo, e especificamente em Moçambique sendo excepção o estudo de Patel et al. (2007). O presente estudo pretende ser uma contribuição na temática em questão.

Os estudos expostos evidenciam, cada um deles, apenas as representações sociais de determinado grupo – ou os próprios doentes mentais, ou a população em geral, os familiares ou ainda os profissionais de saúde – não combinando os diferentes envolvidos na questão. E também tendo em conta os grupos estudados e o tema em si, pôs-se de lado a voz de certos grupos que fazem parte da dinâmica sociocultural em caso, que possam ter importância numa intervenção integrada em questões de saúde mental, como curandeiros ou padres.

Tendo em conta o referencial teórico elucidado anteriormente o presente estudo, pretende comparar a forma como a doença mental é representada – identidade, causas, consequências, evolução e cura/controlo – na população em geral (em contexto urbano e rural), nos profissionais de saúde mental e nos curandeiros.

Deste modo, especificamente, os objectivos são: 1) identificar as representações sociais dos três grupos-alvo (população leiga, profissionais de saúde e curandeiros); 2) analisar a relação das representações sociais e a percepção das práticas relativas à doença mental; e 3) perceber as diferenças e semelhanças das representações sociais dos três grupos-alvo.

Comparativamente com estudo de Patel et al. (2007), que além de apurar a prevalência de algumas doenças mentais, abordou alguns aspectos das representações sociais desta, no que diz respeito às causas e ao sistema de procura de tratamento; o presente estudo pretende aprofundar o quanto possível, aspectos das representações, ao comparar três grupos pertinentes na questão da saúde mental no país, e não apenas a população, pelas razões mencionadas anteriormente, analisando como estas representações podem ter ligação com algumas das práticas relativas à saúde mental e contribuindo para a identificação de estratégias de conciliação das representações sociais dos três grupos, de forma a contribuir para um melhor seguimento da política e práticas de saúde mental do país.

2. MÉTODO

Neste capítulo, descrevemos primeiramente a amostra de participantes do estudo, seguida da técnica de recolha de dados e o processo de recolha de dados; a técnica de análise de dados empregada, e terminando, pelos critérios de qualidade da pesquisa qualitativa efectuada.

2.1 Participantes

No presente estudo de carácter qualitativo, privilegiou-se a amostra por contraste (Guerra, 2006) e amostra teórica (Glaser & Strauss, 1967). Por se tratar de um estudo exploratório, os grupos, foram seleccionados de acordo com o seu nível (esperado) de gerarem novas ideias para elaboração ou melhoramento da teoria.

Conforme dito anteriormente, a selecção dos participantes obedeceu a critérios pré-definidos, com base na teoria, que Leff e Warner (2008) consideram como sendo factores que moldam as atitudes face à doença mental – sendo que as atitudes reflectem-se como resultado da representação social - nomeadamente: factores sócio-demográficos (idade, a classe social e o nível de instrução), o contacto com doenças mentais (em termos de quantidade e/ou qualidade), o diagnóstico da doença mental.

Desta forma, a amostra foi escolhida mediante os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Para o caso dos médicos tradicionais foi a inscrição na AMETRAMO (Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique) efectivos e activos, com e sem experiência no

Representações de Doença Mental em Maputo

tratamento de pessoas com doença mental, podendo-se analisar, entre outros aspectos, a influência do contacto com doentes mentais;

2) Para os profissionais de saúde que trabalham ou tenham trabalhado directamente com doentes mentais, podendo-se analisar, entre outros aspectos, a influência do contacto com doentes mentais e o nível de instrução;

3) Para os leigos, além da zona de residência, o facto de pertencer ou não a família nuclear com doentes mentais, a classe social e o nível de instrução. A influência da classe social e do nível de instrução é possível de analisar uma vez que as famílias das zonas suburbanas são de famílias carenciadas assistidas pela Associação Vanghano Va Infulene (AVVI), a nível da Cidade ou Província de Maputo;

4) Para os leigos de zona suburbana e os médicos tradicionais, principalmente, a fluência e compreensão da Língua Portuguesa foi um critério, tendo em conta o nível de literacia, e na tentativa de evitar as limitações da tradução, uma vez que a pesquisadora não tem domínio de línguas locais do País.

Deste modo, o presente estudo exploratório contou com uma amostra composta por vinte e cinco participantes sendo nove leigos (cinco em contexto urbano a frequentar ou com Ensino Superior concluído e quatro em contexto suburbano), familiares de doentes mentais; seis profissionais de saúde mental; dez médicos tradicionais e/ou curandeiros (cinco com prática profissional habitual no tratamento de doenças mentais, e cinco sem esta mesma prática).

Dos participantes da pesquisa, importa descrever as suas características sócio-demográficas, sendo que são três grupos, faremos de seguida a caracterização de cada um deles.

No que diz respeito aos leigos, conforme pré-definido pelos critérios de selecção da amostra, estes estão distribuídos igualmente em zona de residência urbana ($n = 5$) e suburbana ($n = 5$). Os leigos são na sua maioria do sexo masculino (55,6%), possuem idades compreendidas dos 17 aos 67, sendo a média das idades de 40,56 anos ($DP = 23,54$). Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira (66,7%), havendo também participantes casados (11,1%) e viúvos (22,2%). No que diz respeito à sua formação, a maioria dos participantes terminou ou frequenta o ensino superior (55,5%), seguidos de casos de participantes que frequentaram entre o 1º e o 5º ano (33,3%), participantes que frequentaram entre o 6º e o 12º ano (11,1%). De referir que, os participantes que frequentam ou terminaram o ensino superior constituem os participantes residentes na zona urbana. Relativamente às suas profissões, a maioria dos

Representações de Doença Mental em Maputo

leigos residentes na zona urbana são contabilistas (22,2%) ou administrativos (22,2%). Dos leigos residentes em zona suburbana, verificam-se profissões como estudante (11,1%), reformado da função pública (11,1%), desempregada (11,1%) e trabalho independente (11,1%).

No que diz respeito aos aspectos específicos relacionados com a doença mental, verificou-se que a maioria (77,8%) dos leigos inquiridos afirmou ter um conhecido/amigo/familiar com doença mental. Considerando a relação de parentesco com o doente mental, verificou-se que para a maioria dos leigos (33,3%) aquele era um filho(a) com quem coabita. Nos restantes casos de relação de parentesco, o familiar doente não coabita com os inquiridos. Ainda dentro deste aspecto da familiaridade com um doente mental, o diagnóstico dito pela maioria dos familiares consistiu em doença mental proveniente de drogas (22,2%) e atraso mental (22,2%), verificando-se contudo, que uma parte dos leigos (44,4%) não conseguiu dizer o diagnóstico feito pelo médico.

No que diz respeito a informação de conhecimento geral obtida sobre a doença mental, observou-se que uma parte dos inquiridos refere ter adquirido informação de conhecimento geral da doença mental na *media* (33,3%), seguidos de inquiridos que obtiveram informação entre amigos, familiares ou na comunidade (22,2%). Verificou-se também alguns inquiridos que consideram ter obtido informações em todas as fontes de informação- *media*, hospitais/centros de saúde, amigos/familiares/comunidade e escola (11,1%). E por último, relativamente a procura de tratamento em circunstâncias de doença, a maioria dos inquiridos (88,9%) afirmou recorrer aos serviços dos hospitais/centros de saúde, e os restantes consideram procurar a igreja, não se verificando a procura dos curandeiros.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, estes são na sua maioria psicólogos, havendo uma enfermeira. A maioria dos psicólogos (66,6%) (desempenha funções no Centro de Estudo e Apoio Psicológico (CEAP) e outra parte (16,6%) (no Centro de Saúde Mental de Nampula, e esta mesma maioria é paralelamente docente na Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane (UEM); relativamente à enfermeira, esta trabalha no Posto de Saúde da Assembleia da República. Considerando o sexo dos profissionais de saúde, são maioritariamente do sexo feminino, onde as idades variam dos 28 anos aos 45 ($M= 35,17$; $DP= 7,19$). Relativamente ao estado civil, os profissionais de saúde inquiridos são equitativamente casados e solteiros, 50%. Quanto à formação, grande parte destes (66,7%) formou-se no país tendo formação específica para a doença mental (50%), como síndrome de *down* (40%) e necessidades

Representações de Doença Mental em Maputo

educativas especiais (20%). No tocante à experiência de trabalho, esta varia de 2 a 8 anos ($M= 4,75$; $DP= 2,75$). Dos casos que estes profissionais de saúde assistem, a maioria (50%) provém de zonas de residência urbanas. Para os profissionais do CEAP, quando há necessidade de receitar e administrar medicamentos, os casos são encaminhados à psiquiatria do Hospital Central de Maputo. Quanto ao conhecimento de um amigo/familiar ou conhecido doente mental, a maior parte (83,3%) dos profissionais respondeu afirmativamente, e desta maioria, uma parte (50%) respondeu que não tem grau de parentesco com algum doente mental. A maior parte (50%) dos profissionais refere-se a esquizofrenia como o diagnóstico dessa pessoa conhecida e outra parte (16,7) refere-se a síndrome de *down*.

Relativamente aos curandeiros, a maioria é do sexo feminino (60%), possuindo idades compreendidas entre os 35 e 77 anos ($M= 50,70$ anos; $DP= 13,13$). A maioria é solteira (80%), com alguns casados e divorciados na mesma proporção, 10%. No que diz respeito à formação, verifica-se que uma parte dos curandeiros (60%) tem entre o 1º e o 5º ano de escolaridade, e os restantes têm entre o 6º e 10º ano. Os curandeiros estão na sua totalidade inscritos na AMETRAMO, variando esta inscrição entre 1 ano e 38 anos ($M= 4,80$ anos; $DP= 12,30$). A maioria dos curandeiros (70%) tem apenas esta profissão, sendo que os restantes também desenvolvem actividades independentes (pastor, agricultor e comerciante).

No que diz respeito à prática profissional, metade dos curandeiros tem experiência com doentes mentais e outra metade não tem, sendo que a metade que trabalha com doentes mentais, recebeu uma formação específica para o efeito, no curso de curandeiro. Entre os curandeiros que trabalham com doentes mentais, uma parte atende entre zero a dois doentes por mês (30%), outra parte entre três a quatro doentes (20%), sendo que grande parte faz atendimento em zonas suburbanas e urbanas (40%), e outra parte na zona urbana (10%), quer nas suas casas e quer nas casas dos clientes que solicitam os serviços. Apenas uma pequena parte (10%) referiu o tipo de doenças mentais que costuma receber para fazer o tratamento, especificamente epilepsia e paralisia, contudo, a totalidade dos curandeiros referiu fazer o encaminhamento dos doentes mentais que recebem para o sistema nacional de saúde (hospitais e centros de saúde). A maior parte (60%) afirma não ter amigos, conhecidos ou familiares com doença mental e outra parte (40%) dos curandeiros afirma tê-los, contudo na sua totalidade, os curandeiros afirmam não ter grau de parentesco com doentes mentais.

2.2 Técnica e procedimento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados da pesquisa consistiu num guião de entrevista semi-estruturada (Anexo A), complementado por um inquérito de caracterização sócio-demográfica (Anexo B), elaborados para o efeito. As perguntas da entrevista eram abertas. Apesar da existência do guião, o tipo de entrevista seleccionado permite, permite que os pontos de vista do sujeito sejam facilmente expressos sem a padronização dos questionários ou das entrevistas padronizadas (Flick, 2005); e sendo esta pesquisa de carácter exploratório, este aspecto parece ser fundamental para o apuramento de informação relevante.

O guião de entrevista foi desenvolvido com base no modelo auto-regulador de Nerenz e Leventhal (1980; 1983), usado para determinar como é que as pessoas representam cognitivamente e enfrentam a ameaça de doença. Nerenz e Leventhal (1980; 1983) identificaram cinco dimensões de representação da natureza da doença - identidade, consequência, curabilidade, causas e evolução - através das quais se constitui e estruturou o guião de entrevista. As perguntas da entrevista para além de terem sido elaboradas conforme o modelo teórico referido, procuram também e essencialmente responder aos objectivos da pesquisa. O inquérito de caracterização sócio-demográfico foi desenvolvido de forma a responder, à caracterização sócio-demográfica geral da amostra, procurando também responder aos factores demográficos teóricos referidos anteriormente.

O contacto para o caso dos médicos tradicionais, profissionais de saúde e leigos de zona suburbana, foi institucional mediante a apresentação de uma carta de pedido de autorização para realização do estudo, e posteriormente com os envolvidos telefonicamente e/ou pessoalmente. O contacto com os leigos da zona urbana foi feito mediante pessoas conhecidas da pesquisadora que indicavam outras pessoas conhecidas a quem se pudesse fazer a entrevista.

Para o caso dos profissionais de saúde, após o envio da carta da autorização, houve necessidade de se alterar o grupo e a instituição previstas, devido a excessivas exigências burocráticas, técnicas e metodológicas colocadas pelo Comité Nacional de Bioética do Ministério da Saúde de Moçambique, para a aprovação do estudo Desta forma, optou-se por recorrer a outros profissionais de saúde mental e não só, dentro do Sistema Nacional de Saúde que quisessem participar informalmente na pesquisa.

Tanto para o caso dos leigos de zona urbana, como para os profissionais de saúde mental, as entrevistas foram aplicadas nos seus locais de trabalho. A aplicação das entrevistas nestes locais teve como finalidade garantir, para os três grupos, conforto, neutralidade e facilidade de acesso ao local e ao mesmo tempo condições favoráveis para o decurso desta.

Anteriormente à entrevista individual, o participante era informado acerca dos objectivos da investigação, da necessidade de gravação em áudio da sessão e era-lhes também, explicitada a sua voluntariedade e liberdade relativamente à participação no estudo. Para os profissionais de saúde, devido a diversos obstáculos por estes apresentados, apenas se conseguiu que as respostas das entrevistas fossem escritas e não gravadas, e estas foram aplicadas por uma ajudante da investigadora não envolvida na presente investigação. A garantia da liberdade de participação de anonimato e da confidencialidade na investigação foram combinados com a investigadora através da assinatura do consentimento informado (Anexo C), criado para o efeito; tendo como base os princípios éticos propostos pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) - o princípio ético do respeito pelos direitos das pessoas e pela sua dignidade.

2.3 Descrição do procedimento de análise de dados

A técnica utilizada para a análise de dados foi a análise de conteúdo. A definição de análise de conteúdo que até hoje continua a ser o ponto de partida para debate, foi a dada por Belerson há cerca de uns vinte anos atrás (s/d, citado por Bardin, 2011), onde o autor considera que *"a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações"* (p. 38).

A análise de conteúdo pretende superação da incerteza e enriquecimento da leitura (Bardin, 2011), essenciais para a pesquisa exploratória. A finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, permitindo por isso trabalhar com material não-estruturado (Vala, 2005) como se verifica no corpo do material resultante das entrevistas semi-estruturadas.

A análise de conteúdo seguiu as quatro principais fases propostas por Vala (2005) para o decurso do processo. A *primeira* consistiu na definição de objectivos e quadro referencial teórico orientadores da pesquisa. A *segunda* referiu-se à constituição de um *corpus* que consistia no material produzido através das entrevistas individuais efectuadas. A *terceira*, que constituiu a definição de um sistema de categorias, uma vez que a categorização permite simplificar a complexidade da informação recolhida e facilitar a sua posterior explicitação e apreensão (Bardin, 2011). Esta fase pode ser feita segundo Vala (2005), de duas formas, nomeadamente: (1) tendo como base exclusivamente o quadro teórico existente sobre a problemática em estudo, cujo objectivo é detectar a presença ou a ausência de cada categoria no corpo de material analisado (construção de categorias “*a priori*”); e (2) tendo em conta a inexistência de qualquer base teórica que se constitua como suporte para a formulação do sistema de categorias (construção de categorias “*a posteriori*”). A definição do sistema de categorias do estudo teve como base uma combinação dos dois processos, pois, apesar de se tratar de um estudo exploratório, o seu referencial teórico possibilitou a construção prévia de categorias, nomeadamente as dimensões I, II, III, IV e V. O processo de análise de conteúdo teve como suporte o programa informático desenvolvido para o efeito *Atlas.Ti* (Flick, 2005; Bauer & Gaskell, 2008).

O sistema de categorias foi construído, primeiramente, mediante a selecção e contagem de palavras, frases ou parágrafos específicos - unidades de análise - com base em elementos comuns encontrados no *corpus* da entrevista a analisar (Bardin, 2011; Guerra, 2006; Vala, 2005). Estas unidades de análise foram definidas, inicialmente, o mais próximo possível do discurso dos participantes do estudo, utilizando-se nalguns casos as próprias palavras destes na nomeação das categorias.

Construídas as categorias iniciais, reflectiu-se sobre as semelhanças e diferenças entre as categorias identificadas, resultando assim, na inclusão em categorias e subcategorias respectivas, uma vez que a categoria/subcategoria é rubrica significativa, ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso (Guerra, 2006). De salientar, que este processo de estruturação e organização do sistema de categorias, foi continuado até obter-se o sistema final, de forma a responder aos critérios de validade e de fidelidade, descritos posteriormente.

Procedeu-se também, à definição escrita de cada uma das categorias e subcategorias constituídas, que posteriormente levou a determinação de categorias

supra-ordenadas às anteriormente definidas, denominadas de "Dimensões" e "Temáticas".

2.4 Critérios de Qualidade da Pesquisa

O presente estudo procurou responder a alguns critérios tradicionais e alternativos de qualidade propostos por Bauer e Gaskell (2008) e Flick (2005), no que diz respeito à conservação do rigor científico das pesquisas qualitativas.

Para garantir *credibilidade* dos resultados, ou seja, garantir, que foi organizado pelo pesquisador de maneira transparente (Bauer & Gaskell, 2008), foram tidos os seguintes cuidados:

A triangulação dos grupos de estudo, pois, o estudo compara três grupos com características diferentes em termos de profissões, zonas de residência, experiências, e histórias de vida (Denzin, 1989, citado por Flick, 2005);

Explicação entre pares, uma vez que o todo o processo de elaboração do estudo, foi feito com recurso a encontros regulares com a orientadora da dissertação (Lincoln & Guba, 1985, citados por Flick, 2005);

Adequação aos termos de referência das interpretações e sua verificação, no caso dos grupos dos leigos e dos médicos tradicionais, as entrevistas individuais foram integralmente gravada em formato áudio, e transcritas na totalidade pela investigadora, o que permite o acesso por parte de outros investigadores ao material recolhido e o seu, eventual, posterior tratamento. Para o caso dos profissionais de saúde as repostas dos entrevistados foi registada por escrito e posteriormente passada para o computador (Lincoln & Guba, 1985, citados por Flick, 2005).

Para garantir a *transferibilidade*, ou seja, permitir a outros pesquisadores reconstruirmos o que foi feito, a fim de testá-lo, ou imitá-lo, para registo histórico (Lazarsfeld, 1951, citado por Bauer & Gaskell, 2008), foram tomados os seguintes cuidados:

A documentação transparente dos procedimentos, que permite a compreensão de todo o processo de organização da pesquisa e recolha de informação e permite a possibilidade de réplica do estudo (Bauer & Gaskell, 2008).

No que diz respeito a garantir a *validade* e a *fiabilidade* dos dados expostos, isto é, garantir que os dados expressam o que a investigadora pretendia mensurar, de forma mais imparcial possível, foram tidos em conta a *validade interna* e *fidelidade inter-codificadores* (Vala, 2005).

Relativamente a validade interna, definiram-se as categorias e subcategorias tendo em conta os critérios da exaustividade - garantir que todas as unidades de análise possam ser colocadas numa das categorias - e da exclusividade - garantir que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria (Vala, 2005).

Para garantir a fidelidade inter-codificadores das categorias e subcategorias definidas, ou seja, que o conteúdo seja interpretado de forma razoavelmente abrangente (Vala, 2005), foram elaborados seis "Dicionários de Categorias" (Anexo D), cada um deles, correspondentes às dimensões do estudo. Cada um dos "Dicionários de Categoria" encontrava-se identificado pela sua respectiva dimensão no estudo, incluindo as temáticas correspondentes, onde se encontravam as definições das variadas categorias e subcategorias incluídas. Foi igualmente criado um documento, com cem unidades de análise distribuídas de forma aleatória. Posteriormente foi solicitado a duas pessoas, que fizessem corresponder as unidades de análise do documento às categorias/subcategorias incluídas nos seis "Dicionários de Categorias", das seis dimensões. Este processo aconteceu duas vezes. No final do segundo procedimento, foi calculada a fidelidade inter-codificadores dos resultados da investigação, onde segundo Vala (2005) calcula-se dividindo o número de acordos entre codificadores pelo total de categorizações efectuadas por cada um. Desta forma, a média do índice de fidelidade inter-codificadores para as categorias/subcategorias incluídas nas dimensões I, II, III, IV, V e VI, do estudo é de 76%.

Este procedimento permitiu ainda reflectir e efectuar reformulações de algumas categorias/subcategorias, uma vez que foram analisadas quais as categorias e subcategorias em que se verificou menor acordo entre as codificações das unidades de análise por nós realizada e a codificação realizada pelos quatro colaboradores envolvidos no processo, de modo a individualizar o mais possível as suas definições.

Assim, os dados recolhidos, estão organizados mediante os objectivos e o enquadramento teórico da pesquisa, e serão descritos no capítulo 3 do trabalho, de forma detalhada.

3. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo, traduzem-se e estão organizados mediante os objectivos inicialmente propostos, que importa relembrar: 1) identificar as representações sociais dos três grupos-alvo (população, profissionais de saúde e

curandeiros); 2) analisar a relação das representações sociais e a percepção das práticas relativas à doença mental; e 3) perceber as diferenças e semelhanças das representações sociais dos três grupos-alvo;

Os dados recolhidos estão igualmente organizados, como dito anteriormente, mediante dois aspectos - o enquadramento teórico da pesquisa, concretamente o modelo de Nerenez e Leventhal (1983); e a análise dos discursos dos participantes. Desta forma, tais discursos foram agrupados em seis principais dimensões de categorias/subcategorias:

- Dimensão I: Elementos constituintes da identidade da doença mental,
- Dimensão II: Percepções sobre as Causas da Doença Mental;
- Dimensão III: Percepções sobre a Curabilidade e Controlabilidade da Doença
- Dimensão IV: Percepções sobre a Cronicidade da Doença Mental;
- Dimensão V: Percepções sobre as Consequências da doença mental;
- Dimensão VI: Percepções sobre Propostas de Intervenção Eficazes para a Doença Mental.

No que diz respeito à dimensão I – Elementos constituintes da identidade da doença mental-, previamente à descrição desta e das suas características, procurou-se saber quais as palavras mais associadas pelos participantes à sua representação de doença mental, que serão descritas após as restantes categorias do estudo.

Nas seis dimensões do estudo, os dados permitem responder ao primeiro objectivo específico "identificar as representações sociais dos três grupos-alvo - leigos, profissionais de saúde e curandeiros". Uma vez que nestas se pode encontrar a percepção dos entrevistados - o conceito da doença mental, as suas características, causas, consequências, tratamento e evolução -, a partir daí identificar as diferenças e semelhanças, fazer a relação das percepções identificadas com a percepção da prática também identificada nos discursos, neste caso, o segundo e terceiro objectivo do estudo, respectivamente.

Assim, responde-se à questão inicial e principal do estudo, que procura saber as representações sociais da doença mental, de leigos, curandeiros e profissionais de saúde. E desta forma, as dimensões, acima referidas, incluindo as suas temáticas e categorias/subcategorias serão descritas abaixo⁶.

⁶ A exemplificação das categorias é feita mediante apresentação de unidades de análise das entrevistas. Algumas categorias pouco significativas, i.e., com poucas unidades de análise não vêm exemplificadas

Representações de Doença Mental em Maputo

3.1 Dimensão I: Elementos constituintes da identidade da doença mental

A partir da análise de dados pudemos concluir que a dimensão I do presente estudo compreende a seguinte temática: a) identidade da doença mental, que inclui o conceito e as características da doença mental percebidos pelos grupos-alvo. Nesta temática foram identificadas 4 categorias, apresentadas na tabela 3.1, com as respectivas frequências absoluta (n) e relativa (%) das unidades de análise, distribuídas pelos três grupos - curandeiros, leigos e profissionais de saúde - que serão posteriormente analisadas.

Tabela 3.1 Dimensão I -Elementos constituintes da identidade da doença mental, percebidos pelos leigos, curandeiros e profissionais de saúde

Categorias	Subcategorias	Frequência (n) /Percentagem (%)		
		Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Conceito da Doença Mental	1.1 Estado Psicológico não-Normal	3 / 23%	4 / 30,7%	6 / 46,1%
	1.2 Exaustão por Experiência Dolorosas	1 / 100%	0	0
	1.3 Fingimento	1 / 50%	0	1 / 50%
2. Características Físicas	2.1 Distintividade na Expressão Facial	2 / 28,5%	1 / 14, 28%	4 / 57,1%
	2.2 Movimento Corporal Atípico	3 / 33,3%	1 / 11,1%	5 / 55,5%
3. Características psicológicas	3.1 Percepção da Realidade Distorcida	5 / 29,4%	2 / 11,7%	10 / 58,8%
	3.2 Discurso Desorganizado	3 / 33,3%	3 / 33,3%	3 / 33,3%
	3.3 Autonomia Comprometida	7 / 38,8%	4 / 22,2%	7 / 38,8%
	3.4 Agressividade	4 / 40%	0	6 / 60%
	3.5 Impulsividade	1 / 9%	1 / 9%	9 / 81,8%
4. Características comportamentais/Sociais	4.1 Falar Sozinho	6 / 50%	0	6 / 50%
	4.2 Comportamentos Bizarros	16 / 64%	3 / 12%	6 / 24%

Conceito da doença mental

Primeiramente importa referir a percepção que os participantes têm do "Conceito da Doença Mental". Este é percebido sob três perspectivas, que deram origem às seguintes subcategorias: "Estado Psicológico não-Normal", "Exaustão por Experiências Dolorosas", e "Fingimento". Destas subcategorias, a mais mencionada de uma forma relativamente equitativa entre os grupos, é a "Estado Psicológico não-Normal". De acordo com o discurso dos participantes, o "Estado Psicológico não-Normal" traduz-se por uma irregularidade ao nível psicológico ou funcionamento do cérebro:

"É a pessoa ou cérebro que está descontrolado..." (Curandeiro 8, M, 46A, ZS⁷)
"...pessoas que não conseguem ter certas capacidades que nem as pessoas normais, de assimilar algo ou de raciocinar perante certas situações." (Leigo 6, M, 25A, ZU)

Ainda relativamente ao "Conceito de Doença Mental", os participantes relataram o "Fingimento" como conceito da doença. Esta subcategoria foi relatada por leigos de zona urbana e curandeiros sem prática de tratamento da doença mental, referindo-se a casos de simulações que as pessoas fazem para fugir às suas responsabilidades sociais ou fiscais.

Uma categoria relatada de forma bastante secundária por curandeiros, ainda como "Conceito da Doença Mental" é a "Exaustão por experiências dolorosas". Esta subcategoria revela a percepção da doença como uma junção de experiências dolorosas no cérebro que causam a exaustão deste.

Características Físicas

Dentro da questão dos elementos constituintes da identidade da doença mental encontramos ainda as características da doença. Segundo os relatos dos participantes, verificou-se que doença mental apresenta algumas "Características Físicas" consideradas específicas da mesma. Tal conjunto de sinais a nível do corpo do doente se observa em dois aspectos, traduzidos nas seguintes categorias: a "Distintividade na expressão facial" e o "Movimento Corporal Atípico".

⁷ M/F - Corresponde ao Sexo Masculino/Feminino do entrevistado; A - Corresponde a Anos de idade do Entrevistado; ZS/ZU - Corresponde a Zona Suburbana/ Zona Urbana do Entrevistado.

Considerando a "Distintividade na Expressão Facial" referida maioritariamente por leigos, verifica-se segundo os dados, que os doentes mentais têm os olhos, o olhar e uma expressão facial próprias que os diferencia das pessoas ditas "normais":

"...mas, sempre nota-se que não, não está a 100%...vejo os olhos que é diferente...a maneira dele de olhar [...] sempre é diferente..." (Leiga 3, F, 64, ZS)

"A forma como olha para os lados, está sempre a olhar para tudo com um certo ar de desconfiança." (Leiga 9, F, 28A, ZU)

Ainda no que concerne a categoria "Características Físicas" os dados demonstram que os participantes, também maioritariamente leigos, consideram que os doentes mentais têm um "Movimento Corporal Atípico". Esta subcategoria indica que os doentes mentais têm excesso de movimento a nível do corpo através de gestos, manipulação de objectos, ou por outro lado, podem apresentar ausência de movimento do corpo por um período prolongado:

"...estou aqui sentada aqui, estamos aqui a conversar, você pode me ver [se fosse doente mental] assim [a mexer muitos objectos]..." (Leiga 2, F, 72, ZS)

"Por exemplo há um [pessoa] que quando fica maluco, fica parado num muro, não se mexe, fica assim [parado em sentido] como um polícia." (Curandeira 2, F, 46A, ZS)

Características Psicológicas

Dando continuidade às categorias da identidade da doença mental, importa fazer referência à categoria "Características Psicológicas", que segundo os dados analisados, traduzem-se em sinais verificáveis no doente mental, relativos ao processamento de informação, percepção da realidade, expressão de emoções, entre outros aspectos psicológicos. As "Características Psicológicas" estão agrupadas, nas subcategorias seguintes: "Percepção da Realidade Distorcida", "Discurso Desorganizado" e "Autonomia Comprometida".

A "Percepção da Realidade Distorcida" expressa pelos participantes, maioritariamente por leigos de zona urbana revela que os doentes mentais, de uma forma cíclica, pontual ou contínua, percebem a realidade em que estão inseridos de forma diferente das outras pessoas ditas "normais":

"...é um estado em que é como se te desligasses do mundo real e vivesses num mundo imaginário...por exemplo quando a gente está a sonhar, a gente dorme, sonha, pode sonhar que está voar no sonho é possível..." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

Representações de Doença Mental em Maputo

"A pessoa por ser doente mental, eu acredito que a pessoa não tem noção se está perder tempo ou não, a pessoa até um determinado ponto, fica indiferente, porque eu acredito que o próprio doente nem sabe o que se passa com ele." (Leiga 8, F, 23A, ZU)

Ainda relativamente às "Características Psicológicas", os dados analisados demonstram que os participantes consideram o "Discurso Desorganizado" como sendo uma delas. Esta subcategoria é relatada de forma equitativa entre os grupos, contudo entre os Leigos é apenas mencionada pelos residentes em zona urbana. Os participantes consideram que um doente mental tem um "Discurso Desorganizado" que se expressa por formas de falar diferente ou confusa que podem ser percebidas cíclica ou pontualmente:

"Nos meus clientes eu vejo pela maneira de falar, vejo de que é anormal, não é normal o que está falar." (Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

"[o doente mental] tem um discurso desorganizado." (Profissional de Saúde 4, F, 34A)

De acordo com os dados, dentro das "Características Psicológicas" encontra-se também a "Autonomia Comprometida", relatada maioritária e identicamente, por leigos e curandeiros. O discurso dos participantes ilustra a "Autonomia Comprometida" dos doentes mentais, como a falta de capacidade para o cuidado com a sua higiene pessoal, e desenvolvimento de actividades de forma autónoma:

"A pessoa não apresenta um bom aspecto, a pessoa está com a pele suja, cabelo, e também a roupa que traz, a roupa tem sido normalmente uma roupa que a pessoa vê que já é de alguém que anda nas ruas." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

"A pessoa às vezes não gosta de tomar banho, anda de qualquer maneira, às vezes tem a roupa rasgada, aí é que vejo mesmo que a pessoa está doente."

(Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

Agressividade

A "Agressividade" é relatada também pelos participantes como uma das "Características Psicológicas" típicas do doente mental. A "Agressividade" é relatada na sua maioria por leigos, na sua pluralidade provenientes de zona urbana, e curandeiros, percebida como a violência física ou verbal característica nos doentes mentais para com as outras pessoas ou objectos:

"...um pouco de agressividade por causa dessa desconfiança...acho que são esses os aspectos que chama mais a minha atenção." (Leiga 9, F, 28A, ZU)

"Nalguns casos temos aqueles doentes que são violentos..." (Leigo 5, M, 35A, ZU)

Impulsividade

Dando continuidade às "Características Psicológicas" da doença mental, a "Impulsividade" é também maioritariamente relatada por leigos de zona urbana, em comparação com os dois outros grupos. Esta subcategoria é expressa, segundo os dados, na incapacidade de previsão do comportamento do doente, que resulta de precipitações associadas a falta de capacidade de auto-controlo:

"A pessoa não se controla, a pessoa não está bem, a pessoa age por impulso, a pessoa sente-se a vontade, sente vontade de fazer uma coisa e faz...não precisa de aquela coisa de sexto sentido, acho que acabam perdendo essa função...viu uma coisa, gostou e fez."

(Leigo 6, M, 25A, ZU)

"As vezes pode estar concentrado um tempinho, no meio da aula aquilo ali começa...então [...] nem para os outros que estão ali já não estão a entender nada."

(Curandeira 3, F, 35A, ZS)

Características Comportamentais-Sociais

No que diz respeito à interação social típica do doente mental, os discursos evidenciaram "Características Comportamentais-Sociais" que se agrupam em "Falar Sozinho" e "Comportamentos Bizarros". Relativamente a subcategoria "Falar Sozinho", os relatos dos participantes, leigos e curandeiros, indicam que somente os doentes mentais é que são observados a ter conversas audíveis individualmente:

"Uma pessoa não pode falar sozinho, tem que falar com alguém, é assim que vemos de que essa pessoa sofre de doença mental." (Curandeira 1, F, 68A, ZS)

"...mas a maior parte, quem fala assim a toa, quando olha para os lados queres perceber com quem esta falar e vêes que está falar sozinho." (Leigo 9, F, 28A, ZU)

Ainda no que concerne a uma interação social típica do doente mental, dados apontam para "Comportamentos Bizarros" como característicos do mesmo. Concluimos pelos relatos dos três grupos, maioritariamente de curandeiros, que os doentes mentais apresentam um comportamento excessivamente estranho considerado como fora do padrão da "normalidade", como comer lixo, andar nu na rua, viver na rua:

"Uma pessoa que está bom da cabeça nunca pode dormir na rua."

(Curandeira 1, F, 68A, ZS)

"Está revirar a lata de lixo, está comer aquela comida estragada, quer dizer, uma pessoa normal não é capaz de fazer isso." (Profissional de Saúde 6, F, 43A)

Representações de Doença Mental em Maputo

Relativamente à esta dimensão do estudo, verificou-se que a subcategoria "Autonomia Comprometida" é a mais mencionada pelos participantes, no que diz respeito às características da doença mental, seguida da subcategoria "Comportamentos Bizarros". Ainda dentro das características da doença, a subcategoria menos mencionada é a "Distintividade na Expressão Facial". Relativamente ao "Conceito da Doença Mental", conforme dito anteriormente, a subcategoria mais mencionada é a "Estado Psicológico não-Normal", e a menos mencionada a "Exaustão por Experiência Dolorosas".

3.2 Dimensão II: Percepções sobre as Causas da Doença Mental

A dimensão II do presente estudo é composta por um total de 5 categorias, que correspondem na sua totalidade à percepção de leigos, curandeiros e profissionais de saúde sobre as causas da doença mental. As causas da doença mental revelaram-se segundo os dados, bastante diversas, indo desde aspectos biológicos, psicológicos, a aspectos místicos, que reflectem as frequências - absoluta (n) e relativa (%) - das unidades de análise correspondentes, descritas na tabela 3.2 a seguir.

Tabela 3.2 Dimensão II: Percepção das Causas da Doença Mental de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde

Categorias	Subcategorias	Frequência (n / %)		
		Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Sem Causa Aparente		5 / 71,4%	0	2 / 28,5%
2. Causas Biológicas	2.1 Hereditariedade	8 / 53,3 %	1 / 6,6%	6 / 40,1%
	2.2 Malária	6 / 85,7%	0	1 / 14,28%
	2.3 Alimentação Inadequada	3 / 100%	0	0
	2.4 Gravidez	1 / 50%	1 / 50%	0
	2.5 O Consumo de Sustâncias	18 / 60%	3 / 10%	9 / 30%
	2.6 Lesões na cabeça	1 / 100%	0	0
3. Causas Psicológicas	3.1 Acontecimentos Traumatizantes	2 / 50%	0	2 / 50%

Representações de Doença Mental em Maputo

	3.2 Tensões Quotidianas	12 / 41,3%	4 / 13,7%	13 / 44,8%
4. Causas Socioeconómicas		2 / 25%	1 / 12,5%	7 / 62,5%
5. Causas Místicas	5.1 Feitiço e Possessão de Espíritos	31 / 77,5%	3 / 7,5%	6 / 15%
	5.2 Busca de Riqueza no Curandeiro	6 / 75%	0	2 / 25%

Sem Causa Aparente

Uma parte dos relatos de curandeiros e leigos de zona suburbana indicam que, as doenças mentais aparecem sem qualquer explicação aparente:

"Para uma pessoa é uma doença...eu sei como vem a doença, é uma doença que aparece [...] quando uma pessoa está no mundo tem que adoecer."

(Leigo 4, M, 77A, ZS)

"Doença mental é uma coisa que Deus fez tem mesmo que existir."

(Curandeira 1, F, 68A, ZS)

Causas Biológicas

No que concerne aos aspectos biológicos, os dados revelam que os entrevistados consideram que determinados agentes externos - vírus, bactérias, alimentos- provocam mudanças físicas internas que causam a doença mental; e que alguns aspectos internos do organismo do indivíduo - predisposição genética - podem causar a doença mental.

Dentro das "Causas Biológicas", identificou-se a "Hereditariedade" como um dos factores causadores da doença mental. Os relatos demonstram que os três grupos de participantes - maioritariamente curandeiros - consideram que a doença mental é transmitida geneticamente de geração para geração:

"Outras coisas que pode causar a doença pode ser também a familiaridade que um deles teve com a doença, as vezes circula, as vezes é do sangue." (Leiga 3, F, 64A, ZS)

"...a origem da pessoa, porque mesmo no pré-natal tem perguntado se tem alguém com deficiência, que sofreu qualquer coisa, para quando dar parto não se preocupar muito...saber que isto aqui é da família." (Curandeira 2, F, 46A, ZS)

Os relatos indicam similarmente que a "Malária" é percebida como um factor biológico causador da doença mental. Curandeiros e leigos de zona suburbana

Representações de Doença Mental em Maputo

consideram segundo os relatos, que após contracção da "Malária" cerebral ou não, esta afecta o funcionamento do cérebro, causando doença mental:

"A malária provoca a mentalidade da pessoa, então dizemos que é malária enquanto há oportunista que já entrou...veio com malária mas entrou alguma coisa que é para a pessoa virar a cabeça." (Curandeira 5, F, 44A, ZS)

"...outra coisa a pessoa andou sendo mordido muito por essa coisa de mosquito, também cria enlouquecer a pessoa." (Curandeiro 6, M, 77A, ZS)

Ainda a explorar os aspectos biológicos causadores da doença mental, a "Alimentação Inadequada" é considerada pelos curandeiros como constituinte destes aspectos. As suas descrições indicam que ter uma alimentação fraca ou inadequada causa a doença mental.

A "Gravidez" é também percebida pelos participantes como uma causa da doença. Isto porque, por um lado, curandeiros consideram que durante a gravidez o bebé pode contrair a doença; e por outro lado, profissionais de saúde consideram que, durante a gestação ou no momento do parto algum acidente pode comprometer o sistema nervoso da criança.

Outro aspecto indicado pelos relatos como causador da doença mental, e relatado entre as "Causas Biológicas" é o "O Consumo de Substâncias". Leigos, profissionais de saúde, e maioritariamente curandeiros, apontam o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e canábis, em especial em jovens, e a qualidade das bebidas produzidas actualmente no país, como causa da doença mental:

"Há muitos jovens que aparecem agora que tem problemas de doenças mentais mas, quando vemos...conseguimos analisar, vemos que aquilo ali não é doença, começou de umas drogas, de uns vícios." (Curandeira 3, F, 35A, ZS)

"E também sabemos que pode ser através de consumo de bebidas, drogas."
(Profissional de Saúde 5, F, 28A)

Como último aspecto biológico, os curandeiros com prática de tratamento da doença, também apontam, de forma secundária, as "Lesões na Cabeça" como causadora da doença mental. Estes consideram que lesões na cabeça provocadas por terceiros provocam a doença mental.

Causas Psicológicas

Relativamente às "Causas Psicológicas" foram identificadas segundo os relatos dos participantes do estudo duas subcategorias: a) "Acontecimentos Traumatizantes" e

Representações de Doença Mental em Maputo

b) "Tensões Quotidianas". Leigos e curandeiros sem prática de tratamento de doença mental, consideram que os "Acontecimentos Traumatizantes" como presenciar ou ter conhecimento da morte de alguém próximo, ter vivenciado uma guerra, ou acidente, despoletam emoções dolorosas que provocam a doença:

"Acontece também quando a pessoa sai para a guerra...na guerra a pessoa vê muita coisa...por exemplo quando a pessoa entra na casa mortuária, a pessoa não está bem por aquilo que viu...quando sai da guerra a cabeça não está boa, precisa ser tratada para esquecer aquilo que viu, voltar a normalidade." (Curandeira 4, F, 47A, ZS)

Outro aspecto psicológico, indicado pelos três grupos de participantes - no caso dos leigos, maioritariamente da zona suburbana-, está ligado às "Tensões Quotidianas", resultante de frustrações com o emprego, gestão doméstica, e outras situações diárias, que levam o indivíduo à doença mental:

"Pessoas adultas é por pensar, pensar muito...aquilo ali também pode criar doença mental." (Leiga 2, F, 72A, ZS)

"Quando falava da situação de stress, são certas pessoas que procuram emprego e não conseguem, não tem escola, não tem nenhuma profissão, tem família, vivia a base de um negócio, não está a andar nada, não está gerir bem o negócio para sustentar a família, fica a pensar muito, acha que vale a pena beber." (Curandeiro 8, M, 45A,ZS)

Causas Socioeconómicas

No que diz respeito aos aspectos socioeconómicos, o conflito familiar ou social, os actuais valores morais dos jovens relativamente ao consumo de substâncias psicoactivas e maior liberdade de expressão; bem como a pobreza do país, são apontados, segundo os relatos dos três grupos - no caso dos leigos somente de zona suburbana -, como "Causas Socioeconómicas" da doença mental:

"Mesmo a pobreza faz as pessoas terem doenças mentais...as vezes a pessoa quer isto, mas não apanha, mas acontece coisa grave a frente, diz qual é a minha solução de resolver isto..." (Curandeira 3, F, 35A, ZS)

"Já não há regra...é só enfrentar tudo, é doença. As famílias sagradas não estão habituadas a viverem dessa maneira...a hora certa com os filhos...ela saber que quando chegam enquanto já jantaram é mau para os meus pais...mas já não tem essa mentalidade, está livre...direito da criança, direito dos jovens, isso é doença na mesma...por isso todo mundo está doente." (Leiga 3, F, 64A, ZS)

Causas Místicas

Para a explicação do aparecimento da doença mental, identificou-se por fim, nos relatos, aspectos místicos relacionado com "Feitiço e Possessão de Espíritos" e "Busca de Riqueza no Curandeiro" como causadores da doença.

Relativamente ao "Feitiço e Possessão de Espíritos", os relatos de curandeiros, por um lado apontam para a possessão de espíritos malignos, enviados por terceiros por maldade, inveja ou justiça social, ou para serem curandeiros (doença do chamamento); e por outro lado, leigos maioritariamente de zona urbana e profissionais de saúde - estes últimos de forma bastante secundária - apontam, por outro lado, apenas para o feitiço feito por terceiros, possessão de espíritos malignos e práticas religiosas que suscitam essa possessão:

"Sou cristão...do ponto de vista do cristianismo temos aquilo que chamamos demónios e algumas pessoas possensas tem tendência a serem doentes mentais."

(Leigo 5, M, 35A, ZU)

"Quando falo de ódio e feitiçaria...por exemplo eu tenho carro, o meu vizinho não tem carro, e através de feitiço o meu vizinho vai andar a fazer para a minha filha ficar maluca, então por uma semana um mês já tem carro, já tem uma casa, então através desse ódio e feitiçaria, mete aquela doença." (Curandeiro 10, M, 50A, ZS)

Outro aspecto que diz respeito às "Causas Místicas" está relacionado à percepção de que a doença mental resulta da ganância que as pessoas têm, que as leva a procurar os curandeiros, e que ou não cumprem com a totalidade do processo que envolve o sucesso da magia, ou estão conscientes das consequências, resultando daí, a doença para o próprio indivíduo ou para um elemento da família nuclear. Nos relatos de curandeiros e leigos de zona urbana, é que se pode verificar esta subcategoria:

"Por exemplo ele foi ao curandeiro e não seguiu as recomendações, então fica maluco também." (Curandeira 9, F, 57, ZS)

"Uma pessoa ambiciosa, vai a curandeiro, e o curandeiro diz que para ele ser rico, tem que entregar uma das tuas filhas ou a tua mulher ou o teu irmão [...] tem que deixar uma pessoa da família ficar maluca, naquele momento que está a apanhar papéis de qualquer maneira, está a falar sozinho, pedir esmola, é naquele momento que entra o dinheiro no bolso daquela pessoa que está ficar rica [...]." (Curandeiro 8, M, 45A,ZS)

Relativamente à dimensão II - Causas da Doença Mental - do estudo, as subcategorias mais mencionadas como causas da doença são " Feitiço e Possessão de

Representações de Doença Mental em Maputo

Espíritos", " O Consumo de Sustâncias" e "Tensões Quotidianas". E as menos mencionadas foram "Lesões na Cabeça" e "Gravidez".

3.3 Dimensão III - Percepções sobre a Curabilidade e Controlabilidade da Doença

A dimensão III da presente pesquisa expõe a percepção dos participantes sobre curabilidade e controlabilidade da doença mental, compreendendo por isso a duas principais temáticas: a) curabilidade e controlo da doença e b) Formas de Tratamento da Doença. A primeira temática abarca 1 categoria, e a segunda temática abarca 3, fazendo um total de 4 categorias descritas na tabela 3.3, bem como as frequências absolutas (n) e relativas (%) das unidades de análise correspondentes.

Tabela 3.3 Dimensão III - Percepções sobre a Curabilidade e Controlabilidade da Doença de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde

Categorias	Frequência (n / %)		
	Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Curabilidade e Controlabilidade da doença	9 / 39,1%	5 / 21,7%	9 / 39,1%
2. Medicina Tradicional	5 / 71,4%	0	2 / 28,5%
3. Medicina Moderna	5 / 41,6%	4 / 33,3%	3 / 25%
4. Combinação das Duas Medicinas	3 / 100%	0	0

Curabilidade e Controlabilidade da Doença

Segundo os dados, por um lado, verificou-se, por um lado, que curandeiros consideram que a doença mental, por outro, profissionais de saúde consideram que esta não pode ser curada. No caso dos leigos de zona urbana, ao mesmo tempo que consideram que a doença mental pode ser curada, consideram que pode ser curada mas apenas controlada:

"Não é uma doença que podemos pensar que passa na totalidade porque a pessoa já tem um defeito...é como se estivéssemos a falar de um asmático que já tem defeito naquele bronquíolo, não é muito fácil dizer que esta doença vai desaparecer, mas pode estabilizar, e pode ter uma vida normal." (Profissional de Saúde 6, F, 43A)

"Cura-se isso aí de verdade." (Curandeiro 7, M, 38A, ZS)

"Mesmo se a doença não for nessa perspectiva tradicional acho que não é possível curar, só melhorar." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

Representações de Doença Mental em Maputo

Ainda no que diz respeito à questão do tratamento da doença mental os dados indicam que os participantes consideram a "Medicina Tradicional", a "Medicina Moderna" e "As duas Medicinas", os tratamentos eficazes.

Medicina Tradicional

De acordo com os relatos de leigos e curandeiros, a "Medicina Tradicional" é considerada uma forma de tratamento ou controlo da doença mental, com recursos a medicamentos à base de plantas, consultas tradicionais - orientadas por possessão de espíritos e pelo curandeiro -, e no caso de a pessoa ter a doença do chamamento para ser curandeiro, iniciando o curso de curandeiro:

" [...] a família traz o doente em casa [curandeiro], então também se não tem febres a consulta ajuda, se vires que é uma coisa de feitiço então tens que combater o feitiço primeiro, então ai dá o medicamento." (Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

"Geralmente acho que hospitais é aquela coisa mais superficial, onde fazem limpeza, dão-te comprimidos para ficares calmo, mas cura mesmo para descobrir o que está por detrás daquilo, acho que tem que ser mesmo lá na raiz, tradicional (curandeiros), eu penso que é o método mais viável, mais exacto, mais correcto." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

Medicina Moderna

A "Medicina Moderna" é também considerada por leigos, profissionais de saúde e curandeiros na sua maioria com prática de tratamento da doença mental, como uma forma de tratamento ou controlo eficaz, com recursos a fármacos, psicoterapia e promoção do suporte social:

"Se a pessoa fizer uma combinação de psicoterapias, psicofármacos e tiver um suporte familiar social e afectivo." (Profissional de Saúde 4, F, 34A)

"Eu não sou de dizer que a medicina tradicional pode curar, no meu ponto de vista não pode curar...o tratamento seria no hospital, mas sem querer subestimar a parte tradicional." (Leiga 8, F, 23A, ZU)

Combinação das Duas Medicinas

A "Combinação das Duas Medicinas", ou seja, a percepção de que o tratamento eficaz resulta da conjugação dos diferentes recursos dos dois tipos de tratamento acima referidos - tradicional e moderno -, é verificada somente em relatos de curandeiros com prática de doença mental:

Representações de Doença Mental em Maputo

"Se for o curandeiro, tem que investigar [...], investigar saber se tem febres ou não. Se tem febres e outros problemas, então a tarefa do curandeiro primeiro é de limpar a pessoa, tirar a pessoa da maldade dos espíritos maus, da feitiçaria...então depois encaminhar ao hospital, então no hospital vão- lhe tratar da doença."

(Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

Relativamente a esta dimensão do estudo - Percepções sobre a Curabilidade e Controlabilidade da Doença - verifica-se, que a categoria mais mencionada é "Curabilidade e Controlabilidade da doença", seguida da "Medicina Moderna" como "Forma de Tratamento da Doença".

3.4 Dimensão IV - Percepções sobre a Cronicidade da Doença Mental

A dimensão IV do estudo reflecte a Percepção dos Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde sobre a Cronicidade, e comporta duas temáticas centrais: a) evolução da doença mental e b) factores que influenciam a eficácia do tratamento e evolução da doença. As categorias das duas temáticas perfazem um total de 9, sendo para a primeira temática 1 categoria, e as restantes 8 categorias para a segunda temática. As categorias encontram-se descritas nas tabelas 3.4, com as respectivas frequências - absoluta (n) e relativa (%) - das unidades de análise correspondentes.

Tabela 3.4 Percepções sobre a Cronicidade da Doença Mental de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde

Categorias	Frequência (n / %)		
	Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Doença Cíclica	0	2 / 40%	3 / 60%
2. Cumprimento de Recomendações do Tratamento	9 / 81,8%	0	2 / 18,1%
3. Ocupação do Doente	0	0	2 / 100%
4. Sorte do Doente	0	0	1 / 100%
5. Organismo do Doente	0	0	1 / 100%
6. O Diagnóstico	7 / 77,7%	1 / 11,1%	1 / 11,1%
7. Competência da Pessoa que cura	3 / 75%	0	1 / 25%
8. A Qualidade do Contexto do Doente	8 / 42,1%	5 / 26,3%	6 / 31,5%

Doença Cíclica

Os relatos de profissionais de saúde e leigos indicam que a doença mental é considerada uma "Doença Cíclica", pois ao longo do tempo, há ocorrência de recaídas: *" [...] a irmã do meu chefe [...] até umas semanas antes de ela cair, estar nesse estado, ela esteve lá no serviço, apareceu, cumprimentámos, rimos, gozámos com ela...passado umas duas semanas ele veio dizer que a irmã não estava bem [...] passado um tempo, disse que já estava melhor e estava em casa...volta e meia, ela desapareceu de casa de madrugada, foi violada e tudo."* (Leiga 9, F, 28A, ZU)

A organização da presente temática surge nos discursos dos participantes, uma vez que, tanto nas descrições da curabilidade e controlabilidade da doença, como da evolução da doença mental, os participantes, apresentaram alguns factores considerados importantes para a cura, controlo ou evolução eficaz.

Cumprimento do Tratamento e suas Recomendações

Leigos de zona urbana e curandeiros consideram que o doente mental só poderá controlar ou curar a sua doença, se cumprir com tratamento prescrito e as recomendações adjacentes ao mesmo tratamento:

" [...] quando é curado não pode beber, não pode fumar...basta cumprir essas duas coisas, porque as coisas são essas mais importantes nisso da doença mental [...] quando a pessoa cumprir fica mesmo aliviada, e definitivamente...tanto na parte de médico tradicional...quando o médico tradicional dizer é isto, isto, isto, você tem que cumprir." (Curandeira 1, F, 68A, ZS)

"Você vai dizer que este medicamento que estão a me dar no hospital não está dar [resultar] ...mas estão te a dizer que você tem que ter uma dieta de tantos dias e você não cumprir a dieta, a dieta vai curar?! Não, vai aumentar [...]." (Leiga 2, F, 72A, ZS)

No entanto relatos de leigos referem-se especificamente ao tratamento e recomendações hospitalares, e os relatos de curandeiros às duas medicinas - biomédica e tradicional.

A Ocupação do Doente

A ocupação do doente, sendo a trabalhar ou em jeito de divertimento, é percebida por leigos de zona suburbana, como um aspecto importante na recuperação e estabilidade do doente.

Representações de Doença Mental em Maputo

Sorte do Doente

A sorte é também percebida por leigos de zona suburbana, segundo os dados, como um factor a ter em conta na recuperação e estabilização da doença, pois apenas a medicação pode não ser suficiente.

O Organismo do Doente

Ainda no que diz respeito aos aspectos a ter em conta na recuperação e estabilização do doente, "O Organismo do Doente" é igualmente percebido por leigos de zona suburbana como um factor a ter em conta, uma vez que este pode não ser compatível com o tratamento recebido.

O Diagnóstico da Doença

A importância que "O Diagnóstico da Doença" tem na recuperação e estabilização da doença é percebida pelos três grupos de participantes - na sua maioria curandeiros -, como um factor a ter em conta, pois consideram que o diagnóstico correcto - tradicional ou biomédico -, permite a escolha eficaz do tratamento:

"Tem que fazer algo para matar a fome, que neste caso é o tratamento relacionado com a doença, relativamente a doença, as causas da doença...porque o problema está no diagnóstico." (Curandeira 2, F, 46A, ZS)

A Competência da Pessoa que cura

Relatos de curandeiros sem prática de tratamento da doença mental e leigos de zona suburbana evidenciam que a competência da pessoa que cura a doença mental, no que diz respeito aos seus conhecimentos e capacidade de empatia, é igualmente crucial para o processo de recuperação ou controlo do doente:

"Há os [curandeiros] que conhecem, que podem curar, mas agora já não existe essa gente, só existe...dizem que podem curar, não sei [...]." (Leiga 2, F, 72A, ZS)

"Se ele não tem paciência...uma pessoa que tem doença mental, tem...faz muitas coisas...se esse tal o médico não ter paciência não pode conseguir atender, mas quando tem paciência, atende...de livre vontade atende...tanto na parte do curandeiro pode atender, no médico tradicional." (Curandeira 1, F, 68A, ZS)

Os relatos dos curandeiros referiam-se aos conhecimentos e empatia tanto do médico convencional, como o tradicional, enquanto no caso do leigo de zona suburbana, referia-se aos médicos tradicionais (curandeiros).

A Qualidade do Contexto do Doente

O suporte social do doente é considerado um aspecto importante para o restabelecimento e estabilidade do mesmo. Por um lado, curandeiros e leigos de zona urbana consideram o afecto dado ao doente, aliado à prestação de cuidados dados pela família e pessoas próximas, como factor integrante da recuperação. Por outro lado, profissionais de saúde e leigos de zona urbana referem a importância de influências sociais positivas e boas relações no contexto próximo do doente:

"Nós não isolamos, isso também faz parte do tratamento conversar, colaborar com ele, saber o que ele quer, isso também faz parte do tratamento" (Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

"A pessoa tende a piorar uma vez que muita das vezes é abandonada pelos familiares, então começa a estar num ambiente que já não favorece a sua própria recuperação, integração." (Leigo 5, M, 35A, ZU)

No que diz respeito a dimensão IV - Percepções sobre a Cronicidade da Doença Mental - a categoria mais referida pelos participantes é "A Qualidade do Contexto do Doente".

3.5 Dimensão V -Percepções das Consequências da Doença Mental

Quase todas as doenças têm algum tipo de impacto na vida dos indivíduos e dos que o rodeiam, seja ele imediato ou prolongando. Neste caso, a dimensão V do estudo reflete a percepção dos participantes no que diz respeito às consequências da doença mental. Esta dimensão é composta por 4 categorias e respectivas subcategorias, variando de questões físicas às sociais, que descrevemos a seguir na tabela 3.5, em frequências absolutas (n) e relativas (%) das unidades de análise correlativas.

Tabela 3.5 Dimensão V: Percepção das Consequências da Doença Mental de Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde

Categorias	Subcategorias	Frequência (n / %)		
		Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Consequências Físicas		5 / 62,5%	0	3 / 37,5%
	2.1 Sofrimento do Doente	0	0	2 / 100%

Representações de Doença Mental em Maputo

2. Consequências Emocionais	2.2 Sofrimento da Família	5 / 31,2%	3 / 18,7%	8 / 50%
	2.3 Experiência Enriquecedora para a Dinâmica Familiar	0	2 / 100%	0
3. Consequências Económicas para a Família		1 / 25%	0	3 / 75%
4. Consequências Sociais	4.1 Interrupção do Projecto de Vida do Doente	6 / 50%	4 / 33,3%	2 / 16,6%
	4.2 Discriminação do Doente	3 / 16,6%	6 / 33,3%	9 / 50%
	4.3 Discriminação da Família	1 / 100%	0	0
	4.4 Consequências para a Sociedade	2 / 50%	0	2 / 50%

Consequências Físicas

A nível físico, verificou-se a percepção de que a falta de cuidado com o corpo e higiene é uma consequência da doença. O aspecto relativo à incapacidade de cuidar da higiene, já tinha sido verificado na subcategoria "Autonomia Comprometida" das "Características Psicológicas" da doença mental. Contudo, acrescenta-se à falta de cuidado com a higiene, o cuidado com o corpo, o aparecimento de outras doenças e de lesões físicas:

"A consequência é de prejudicar mesmo o próprio doente, porque o próprio doente pode ter cicatrizes no corpo que nem para ele que é corpo dele está bem cuidado...as vezes pode dormir sem roupa, pode molhar, queimar com calor, então prejudica muito"

(Curandeira 3, F, 35A, ZS)

"Para a pessoa normalmente tem sido sofrimento mesmo [...] a parte externa é que sofre, porque a pessoa por dentro pensa que está tudo bem...então a pessoa acaba sofrendo porque fica magoada, fica lesada, a pessoa acaba contraindo ferimentos, acidentes e algumas doenças [...]." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

As "Características Físicas" foram mencionadas apenas por curandeiros e leigos de zona urbana.

Consequências Emocionais

O impacto emocional da doença mental é relatado pelos participantes de duas formas: "Sofrimento do Doente" e "Sofrimento da Família". No que diz respeito ao doente, leigos consideram que este sofre pelas limitações causadas pela doença, e pela exclusão social que sente.

No que diz respeito ao "Sofrimento da Família", os discursos dos três grupos de participantes revelam que a família sente mais impacto emocionalmente, devido a constante preocupação que tem com o doente:

" Em relação as pessoas ao seu redor, a doença mental interfere nas relações familiares e muitas vezes de forma negativa [...] e a dinâmica da família muda, porque deve prestar mais cuidados ao doente, por exemplo: a mãe deixa de trabalhar para cuidar do doente e muitas vezes também acaba com os casamentos."

(Profissional de Saúde 5, F, 28A)

"Se existe uma pessoa doente numa família, na minha maneira de ver, não é só aquele que está doente, já todos estão doentes, porque estamos preocupados com a nossa filha, nosso pai, nossa mãe, nossa tia, então ai todos nós já estamos doentes."

(Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

Experiência Enriquecedora para a Família

Discursos de profissionais de saúde indicam que a doença mental, apesar de ser percebida na maior parte das vezes com um impacto negativo, esta também pode aproximar a família, resultando numa experiência positiva para a dinâmica familiar.

Consequências Económicas para a Família

No que diz respeito ao impacto económico, curandeiros e leigos de zona urbana consideram que o doente mental provoca danos materiais em casa e não só, resultante da agressividade considerada característica, e também que a procura de tratamentos para a doença tem os seus prejuízos económicos:

"Se estragavam e se era para pagar, vinham ter connosco para pagar, e nós é que pagamos...então nós eramos mal vistas." (Curandeira 5, F, 44A, ZS)

" [...] porque a pessoa acaba por fazer loucuras não só fora de casa, mas também em casa [...] aquilo começa em casa, tem aquelas atitudes em casa, é agressivo, leva isto, parte aquilo [...] ora porque ligam e dizem "vimos teu filho está partir coisas não sei aonde"..." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

Consequências Sociais

O impacto da doença identificado nos discursos, para além dos aspectos económicos, físicos e emocionais, abrange também os aspectos sociais. As "Consequências Sociais" identificadas nos discursos organizaram-se em 4 subcategorias: a) "Interrupção do Projecto de Vida do Doente", b) "Discriminação do Doente", c) "Discriminação da Família", e d) "Consequências para a Sociedade".

Relativamente a "Interrupção do Projecto de Vida", os discursos apontam que os doentes mentais são de certa forma obrigados a interromper com o percursos de vida - estudar, trabalhar, entre outras - devido a inadaptação resultante da doença:

"Penso que a doença mental tira a possibilidade e oportunidade do doente, tanto no campo profissional como no campo ocupacional." (Profissional de Saúde 4, F, 34A)

"Ele teve que deixar o trabalho, chega um tempo tem que parar de trabalhar, mudou muita coisa." (Leigo 1, M, 17A, ZS)

No que diz respeito a "Discriminação do Doente", relatos revelam que o doente mental é discriminado pela agressividade percebida como característica da doença e por outras características consideradas da doença:

"Muitas das vezes as pessoas quando tem essa doença, metem medo nas outras pessoas, porque muita das vezes a pessoa bate familiares, bate vizinhos, as pessoas que passam." (Curandeiro 10, M, 50A, ZS)

"Não é discriminação, é cuidado só...eu acho que ele tem razão porque essas pessoas [doentes] de repente podem pegar uma pedra, lançam para ti, lançam para um carro, sei lá, qualquer coisa...então chega ser complicado, quando é assim, nem chega a ser discriminação, acho que é receio mesmo, precaução." (Leigo 7, M, 24A, ZU)

Neste aspecto da "Discriminação do Doente" verificou-se relativamente aos relatos dos leigos, que estes são de zona urbana.

No que diz respeito à "Discriminação da Família", os relatos de curandeiros, revelam que esta também é discriminada por ter na família, um doente mental.

E por último, os relatos dos participantes revelam também, que a doença mental tem "Consequências para a Sociedade", pois, afecta a comunidade onde o doente está inserido e a sociedade em geral, em termos de constrangimentos económicos e de interacção social. Estes relatos foram verificados em curandeiros sem prática de tratamento da doença mental, e em leigos de zona urbana.

Representações de Doença Mental em Maputo

Relativamente a dimensão "Percepções das Consequências da Doença", verificou-se que as subcategorias mais e igualmente relatadas pelos participantes são "Sofrimento da Família" e a "Discriminação do Doente".

3.6 Dimensão VI- Percepção de Propostas de Intervenção Eficazes para a Doença Mental

A dimensão VI do estudo espelha a percepção que leigos, curandeiros e profissionais de saúde têm sobre propostas de intervenções eficazes no âmbito da doença mental. À semelhança da temática b) Factores que influenciam a Eficácia do Tratamento e Evolução da Doença da Dimensão IV, os relatos agrupados em 4 categorias e respectivas subcategorias, descritas a seguir na tabela 3.6, em frequências absolutas (n) e relativas (%) das unidades de análise correlativas.

Após a descrição do conceito, características, causas, consequência, evolução e tratamento da doença mental, importa referir quais as estratégias percebidas pelos entrevistados como as mais eficazes para a intervenção na doença mental. As descrições dos participantes variam desde o trabalho feito com o doente, com a família do doente às questões relativas ao hospital.

Tabela 3.6 Dimensão VI: Percepção de Propostas de Intervenção Eficazes para a Doença Mental dos Leigos, Curandeiros e Profissionais de Saúde

Categorias	Subcategorias	Frequência (n / %)		
		Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Intervenção com Doente	1.1 Promoção de Competências do Doente	0	1 / 25%	3 / 75%
	1.2 Reinserção Laboral ou Escolar do Doente	3 / 21,4%	2 / 14,2%	9 / 64,2%
2. Intervenção na Família		0	4 / 44,4%	5 / 55,5%
3. Intervenção na Sociedade	3.1 Sensibilização da População para a Doença Mental	5 / 55,5%	2 / 22,2%	2 / 22,2%
	3.2 Circulação de Estupefacientes	2 / 50%	0	2 / 50%
4. Intervenção no Sistema de Saúde	4.1 Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde Mental	0	4 / 57,1%	3 / 42,8%
	4.2 Desafios para a Medicina Tradicional e Convencional	15 / 88,2%	0	2 / 11,7%

Intervenção com o Doente

Especificamente no que diz respeito ao doente, segundo os relatos dos participantes do estudo, foram identificadas as seguintes subcategorias: a) "Promoção de Competências do doente" e b) "Reinserção Laboral ou Escolar do doente".

Relativamente a "Promoção de Competências do Doente", relatos de leigos de zona suburbana e profissionais de saúde, evidenciam a percepção da necessidade de promover competências pessoais e sociais do doente, concretamente a autonomia e espiritualidade, como forma de ajudar na estabilização ou melhoria da doença.

Ainda na "Intervenção com o Doente", as descrições evidenciam a necessidade de "Reinserção Laboral ou Escolar do Doente", pois os três grupos de participantes - na sua maioria curandeiros - consideram que o doente mental precisa de ter uma ocupação com objectivo de diversão para evitar sentimentos e comportamentos negativos resultantes da ociosidade - por exemplo consumo de substâncias estupefacientes -, ou para ter subsistência, ou ainda para promover a sua inclusão social:

"É preciso também ter uma escola para os mentais, porque há mentais que já não tem cura, já não conseguem estudar, mas a pessoa tem que se divertir na escola com os outros mentais." (Curandeira 5, F, 44A, ZS)

"Em relação ao trabalho, acho que nesses mesmos centros, acho que deveriam desenvolver alguns trabalhos voluntários entre eles, dos quais agricultura, serralharia, descobrir qual é a inclinação que cada um deles tem, que é para depois serem reintegrados na sociedade, trabalharem e produzirem como pessoas normais."

(Leigo 6, M, 25A, ZU)

Intervenção na Família

Em relação à família, profissionais de saúde e leigos de zona urbana, consideram, segundo os dados, que o acompanhamento psicológico para a família com quem vive com o doente é crucial. Este acompanhamento teria como objectivo explicar à família a doença mental e formas de lidar com ela, aliviar o sofrimento da família e promover boas relações no seio desta:

"Na parte social, tem que se fazer um bom trabalho para a reinserção social, explicar à família o que está acontecer com o seu familiar." (Profissional de Saúde, F, 34A)

"É preciso que também tenha um psicólogo, psiquiatra que seja para acompanhar a família, que faça uma espécie de terapia em grupo com toda família para tirarem, também rasgarem o que sente em relação ao seu familiar." (Leiga 9, F, 28A, ZU)

Intervenção na Sociedade

A sociedade em geral é igualmente percebida pelos participantes como um grupo a intervir, especificamente no âmbito da "Sensibilização da População para a Doença Mental" e da "Circulação de Substâncias Estupefacientes". A sensibilização - palestras, material publicitário - das populações imediatas e alargadas do doente mental sobre a doença - conceito, causas, tratamento, acompanhamento do doente, entre outros - é percebida como uma forma redução do estigma e discriminação do doente:

"...fazer uma pequena publicidade, porque as pessoas reconhecem que têm um doente em casa, mas não pode sair de casa porque as pessoas vão comentar para levar ao hospital." (Curandeiro 6, M, 77A, ZS)

"A aceitação do doente por parte da sociedade também é importante, para que o doente não se sinta excluído. A sensibilização é fundamental, que nem as palestras que se fazem sobre o HIV/sida, para se saber como lidar com a situação."

(Profissional de Saúde 5, F, 28A, ZS)

A "Circulação de Substâncias Estupefacientes" refere-se segundo os relatos dos curandeiros e leigos de zona suburbana, por um lado, à necessidade de se extinguir a circulação de bebidas alcoólicas e canábis, ou outras substâncias estupefacientes, e por outro, à necessidade de se melhorar a qualidade da bebida consumida no país:

"O governo poder ver bem essas bebidas que temos no mundo e aqui, porque noutros países essas bebidas são exigidas que tenham melhor qualidade e quantidade de percentagem do álcool." (Curandeiro 8, M, 45A, ZS)

"Doença mental está muito em cima...para fechar tem que deixar droga, e as bebidas haver horário de fechar, dizer que olha até as tantas horas já não podemos abrir as barracas, para os miúdos estarem em casa, porque não sabem se controlar."

(Leiga 3, F, 64A, ZS)

Intervenção no Sistema de Saúde

Por fim, o último aspecto das "Propostas de Intervenção" é a "Intervenção no Sistema de Saúde" que se expressa na "Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde Mental" e na "Aliança entre a Medicina Tradicional e Convencional". Relatos de profissionais de saúde e leigos de zona suburbana, revelam que uma melhor formação dos profissionais de saúde, melhoria da qualidade de atendimento dos doentes, maior espaço e disponibilidade de fármacos, bem como uma interdisciplinaridade das ciências,

Representações de Doença Mental em Maputo

seriam aspectos a melhorar nos serviços de saúde mental, que resultariam num impacto positivo na vida dos doentes mentais:

"Penso que primeiro tem que haver espaços nos hospitais e haver mais psicofármacos."

(Profissional de Saúde 4, F, 34A)

Ainda em relação aos serviços de saúde mental, verificou-se nos dados alguns desafios propostos à medicina tradicional e convencional. Por um lado, surge nos relatos a necessidade de maior investigação no âmbito da doença mental - com destaque para a sua cura -, para curandeiros e leigos de zona suburbana- no último caso, tarefa atribuída especificamente a biomedicina; e por outro lado, em relatos de curandeiros e leigos de zona urbana, da necessidade de se aliar a medicina convencional e tradicional para melhor eficácia no tratamento da doença mental:

" Eu gostaria de que o hospital aceitasse trabalhar com os médicos tradicionais...eu senti uma vergonha quando fui a China, eles trabalham com os médicos tradicionais...o médico apanhou qualquer coisa que ele não está ver, vai mandar para aqueles médicos tradicionais para tratar, se ele fica bom, graças a Deus." (Curandeiro 6, M, 77A, ZS)

Relativamente à sexta dimensão " Percepção de Propostas de Intervenção Eficazes para a Doença Mental ", verificou-se que a subcategoria mais mencionada é a "Desafios para a Medicina Tradicional e Convencional" e "Reinserção Laboral ou Escolar do Doente". E subcategorias menos e proporcionalmente mencionadas a "Promoção de Competências do Doente" e a "Circulação de Estupefacientes".

Exercício de Associação de Palavras

Conforme dito previamente, antes de todas as perguntas da entrevista, foi pedido aos participantes que enumerassem até cinco palavras que considerassem estar relacionadas à doença mental e que se lembravam num primeiro momento. A organização das palavras está feita mediante o sistema de categorias apresentado acima, descrito a seguir na tabela 3.7, onde verifica-se a frequência absoluta (n) e relativa (%) das unidades de análise, que foram também incluídas nas categorias anteriores.

Tabela 3.7 - Exercício de Associação de Palavras

Categorias	Subcategorias	Frequência (n / %)		
		Curandeiros	Profissionais de saúde	Leigos
1. Palavras Associadas às Características	1.1 Impulsividade	0	0	3 / 100%

Representações de Doença Mental em Maputo

2. Palavras Associadas às Causas	2.1 Alimentação Inadequada	1 / 100%	0	0
	2.2 Hereditariedade	2 / 100%	0	0
	2.3 Malária	3 / 75%	0	1 / 25%
	2.4 O Consumo de Substâncias	4 / 66,6%	1 / 16,6%	1 / 16,6%
	2.5 Tensões Quotidianas	4 / 57,1%	0	3 / 42,8%
	2.6 Feitiço e Possessão de Espírito	7 / 70%	3 / 30%	0
3. Palavras Associadas à Cronicidade		0	1 / 100%	0
4. Palavras Associadas aos factores que Influenciam a eficácia do tratamento e evolução da doença	4.1 A Ocupação do Doente	0	0	1 / 100%
	4.2 A Qualidade do Contexto do Doente	1 / 100%	0	0
5. Palavras Associadas às Consequências da Doença	5.1 Interrupção do Projecto de Vida do doente	0	3 / 100%	0
	5.2 Discriminação do Doente	0	2 / 100%	0

Os dados demonstram que no geral, as palavras associadas à doença mental estão mais relacionadas com as causas, e as menos mencionadas, com a identidade da doença e cronicidade.

No que diz respeito às palavras associadas às causas, verifica-se que as palavras mais mencionadas, sobretudo por curandeiros, estão relacionadas a subcategoria "Feitiço e Possessão de Espíritos" (ex. *"feitiço" "são coisas que lhe fizeram"*). E verifica-se para o caso dos profissionais de saúde que a totalidade dos relatos da subcategoria "Feitiço e Possessão de Espíritos" foi feita no exercício de palavras associadas (ex., *"possuído"*). Ainda dentro das causas, verificou-se que o relato de leigos de zona suburbana, considerando a "Malária" como causadora da doença, foi feito relativamente às palavras associadas. E no caso dos curandeiros, a metade que referiu a malária como causa da doença, o fez no exercício de palavras associadas (ex., *"é doença de mosquito"*).

Apenas profissionais de Saúde, mencionaram palavras associadas à cronicidade da doença (ex., *"cronicidade"*). Verifica-se nas "Palavras Associadas aos factores que influenciam a eficácia do tratamento e evolução da doença" que metade dos relatos de

leigos, relativos à importância da ocupação do doente, foi referida no exercício de palavras associadas.

No que diz respeito às "À Consequências da Doença", nota-se que, os relatos dos profissionais de saúde relativamente à "interrupção do Projecto de Vida do Doente" foram feitos na sua maioria no exercício das palavras associadas (ex., "*inadaptação ao trabalho*").

De uma forma geral, verifica-se que as palavras associadas mais mencionadas estão mais relacionadas às causas da doença mental - na sua maioria mencionadas por curandeiros -, seguidas de palavras associadas às consequências da doença - mencionadas na sua totalidade por profissionais de saúde - e às características da doença - mencionadas na sua totalidade por leigos de zona urbana. E as palavras menos mencionadas estão relacionadas com palavras associadas à cronicidade da doença referidas por profissionais de saúde.

Com os dados verificados acima, concluímos essencialmente, a forma como leigos, curandeiros e profissionais de saúde compreendem e explicam a doença mental. Essas descrições remetem para o conceito, características, causas, tratamento, evolução, consequências e propostas de intervenção, para a questão da doença mental. Não bastando as descrições, importa também reflectir à luz dos dados colhidos e expostos, como forma de compreender as diferenças, semelhanças, a relação destas percepções com a percepção da prática, que representações sociais dos três grupos têm, bem como reflectir sobre estratégias de conciliação das percepções dos três grupos; aspecto descrito no capítulo seguinte.

4. DISCUSSÃO

Consideramos que os resultados apresentados no presente estudo, constituem um importante contributo no âmbito das "Representações Sociais da Doença Mental", uma vez que vão ao encontro, nalguns aspectos, dos dados de outras investigações nessa área, e fazem também emergir novos trilhos de investigação num campo ainda pouco estudado. Para a discussão dos resultados, importa, lembrar os objectivos aos quais o presente estudo aspira responder. Neste âmbito, pretendíamos responder aos seguintes objectivos: 1) Identificar as representações sociais dos três grupos-alvo (leigos, profissionais de saúde e curandeiros); 2) analisar a relação das representações sociais e a

percepção das práticas relativas à doença mental; e 3) perceber as diferenças e semelhanças das representações sociais dos três grupos-alvo.

4.1 As Representações Sociais da Doença Mental dos Participantes e a Relação com a Percepção de Práticas Relativas à doença

Nesta secção propomo-nos a responder ao primeiro e ao segundo objectivos do estudo, neste caso, identificar as representações sociais dos três grupos e relacioná-las com a percepção de práticas relativas à doença mental, também dos três grupos. Esta análise será apresentada de forma separada por cada grupo.

4.1.1 Representações Sociais de Leigos

O conceito de doença mental define-se para os leigos do presente estudo, como um estado psicológico não-normal, onde está em causa a irregularidade do funcionamento do cérebro da pessoa com doença mental, conforme verificado nos estudos de Alves (2011) e Jodelet (2005).

No que diz respeito às características da doença mental, destacaram-se no estudo, algumas características salientes semelhantes a outros estudos, a percepção da realidade distorcida (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005) e a autonomia comprometida (Coelho & Almeida, 2005; Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Reda, 1996 citada por Leff & Warner, 2008). Relativamente às causas da doença mental, verificou-se que os discursos dos leigos da presente pesquisa vão ao encontro dos dados de alguns estudos, apontando o consumo de substâncias (Coelho & Almeida, 2005; Coudin, 1976; Jodelet, 2005) e as condições socioeconómicas (Alves, 2011; Coudin, 1976; Jodelet, 2005) como causa da doença mental. A hereditariedade (Alves, 2011; Coudin, 1976; Jodelet, 2005; Patel et al., 2007) e as doenças orgânicas (Alves, 2011; Coudin, 1976; Jodelet, 2005) - no caso do presente estudo a malária - foram também mencionadas como causas. As tensões quotidianas - mencionadas maioritariamente por leigos de zona suburbana - foram referidas como as causas mais salientes da doença. As tensões quotidianas são verificadas nos dados de Alves (2011) e Barros (2006, citada por Arruda, 2009), onde consideram que actualmente a explicação leiga da doença mental, está também associada a aspectos sociais actuais da vida - *stress*, ritmo acelerado de trabalho, condições de vida precária, entre outros.

O feitiço e a possessão de espíritos foram mencionados de forma secundária por este grupo - maioritariamente por leigos de zona urbana -, como sendo causa da doença, ao contrário do verificado no estudo de Patel et al. (2007), onde leigos eram leigos de zona suburbana que relatavam mais a possessão de espíritos.

A curabilidade e controlabilidade da doença demonstrou-se um aspecto bastante controverso para leigos de zona urbana. Para estes, ao mesmo tempo que afirmam que a doença pode ser curada, afirmam que esta apenas pode ser controlada. Os dados de outros estudos revelam que leigos consideram somente que a doença mental é crónica (Crispe et al., s/d, citados por Leff & Warner, 2008; Jodelet, 2005). A ideia de a doença só poder ser controlada e não curada, é reafirmada, na evolução da doença, onde leigos afirmaram que esta é uma doença que é cíclica e manifestam-se em episódios ao longo do tempo.

Relativamente ao tratamento, leigos mencionaram a medicina moderna e a medicina tradicional como forma de tratamento. Patel et al. (2007) verificou não haver diferença na procura de tratamento tradicional, tanto em zonas rurais como em urbanas, verificando-se apenas diferença na procura do tratamento biomédico, que era maior em zonas urbanas. Este aspecto verificado no presente estudo, da procura de tratamentos diversos poderá estar relacionado, com a percepção das causas da doença mental vistas numa perspectiva pluralista - biomedicina e aspectos tradicionais e culturais (Alves 2011).

Das consequências da doença mental, a mais saliente para os leigos, foi a discriminação da doença em si e do perigo a ela associado, tal como verificado nalguns estudos (Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Phelan et al., 1998, citado por Leff & Warner 2008). Phelan et al. (1998, citado por Leff & Warner 2008) verificaram que a ocultação do doente era maior para pais que não viviam com o doente, e outros familiares com um nível de instrução mais elevado e parentes de doentes mulheres. Este aspecto pode ter sido observado no presente estudo. Uma vez que a amostra de leigos de zona suburbana identificada se dizia sem familiares de doentes mentais, no entanto no decurso da entrevista percebeu-se a familiaridade de alguns leigos com pessoas com doença mental, ainda que não coabitassem no mesmo agregado familiar. E verificou-se também nos dados apresentados, que leigos de zona suburbana, que são familiares e coabitam com doentes mentais, não se referiram à discriminação associada ao medo do perigo, como uma consequência do doente. Este aspecto poderá estar ligado ao contacto que têm com os doentes mentais conforme verificado no estudo de Link e Cullen (1986,

citados por Leff & Warner, 2008), o que afasta a noção errada de perigo. De facto, muitas pessoas se referem a situações de violência não vivenciadas, como demonstram alguns estudos onde se verifica que os doentes são maioritariamente vítimas de violência (Fazenda, 2006; Jorge-Monteiro, 2006). Eventualmente a organização estrutural e social das zonas suburbanas poderá também permitir mais contacto entre os habitantes das zonas.

Outra consequência referida também verificada no presente e noutros estudos sobre as representações sociais da doença mental (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Leff & Warner, 2008) foi a interrupção do projecto de vida. A interrupção do projecto de vida poderá estar, segundo verificado nalguns estudos com leigos, associada à ideia de que os sintomas da doença incapacitam intelectualmente o doente (Hinshaw & Stier, 2008; Jodelt, 2005; Leff & Warner, 2008). Leigos de zona urbana referiram também algumas consequências não observadas noutros estudos: o desgaste financeiro para a família na procura de tratamento e danos materiais causados pelo doente - consequências económicas -; e o constrangimento económico e social que a pessoa com doença mental traz para a comunidade e sociedade em geral - consequências para a sociedade. A percepção de danos materiais causados pelo doente poderá estar relacionada com a noção percebida da violência característica do doente. E a percepção de constrangimento para a sociedade poderá estar relacionada com a percepção de que a pessoa com doença mental com o seu comportamento "diferente" causa estranheza e desconforto nas pessoas a sua volta e que sua incapacidade de produzir economicamente é dano para a sociedade.

Relativamente às causas socioeconómicas e tensões quotidianas, verificou-se que leigos de zona suburbana consideram que a pobreza do país e dificuldades financeiras diárias levam à doença mental. Por outro lado, a percepção de eficácia da reinserção laboral ou escolar do doente, poderá estar relacionada com a percepção dos leigos de zona urbana do impacto que a doença traz a nível económico, e que ocorre na maioria das vezes - se não sempre - que é a interrupção do projecto de vida do doente.

A intervenção na família foi uma proposta identificada por leigos de zona urbana, que poderá relacionada com a percepção que estes leigos têm relativamente às consequências económicas que a doença traz para a família.

E por último, relativamente às palavras associadas pode-se verificar que leigos de zona urbana referiram mais palavras relacionadas com as características da doença. Podendo este aspecto estar relacionado com o que já foi dito anteriormente, que estes

Representações de Doença Mental em Maputo

por terem menos contacto com os doentes poderão ser mais críticos face a certas características da pessoa com doença mental. Nota-se que se verificam algumas diferenças relevantes entre os leigos em contexto urbano e contexto suburbano.

Tendo referido as representações dos leigos, descreveremos a seguir as representações dos profissionais de saúde.

4.1.2 Representações Sociais de Profissionais de Saúde

Para profissionais de saúde o conceito da doença mental é também entendido como um estado psicológico não normal, onde está em causa a irregularidade do funcionamento do cérebro. Barros et al. (2009b), no seu estudo com profissionais de saúde mental, também verificaram que estes associam o conceito da doença ao cérebro.

Os comportamentos bizarros e autonomia comprometida foram também identificados, neste estudo, assim como noutros, como características da doença mental para profissionais de saúde (Barros et al., 2009b; Jucá et al., 2007). Não se verificou noutros estudos descrições de profissionais de saúde sobre o discurso desorganizado da pessoa com doença mental, conforme se verificou no presente estudo. Os relatos sobre as características, comportamento bizarro, autonomia comprometida e discurso desorganizado, poderão estar relacionados com facto que Leff e Warner (2008) apontam: os profissionais de saúde apesar de saberem dos sintomas inerentes à doença mental, não deixam de ser críticos.

Relativamente às causas, a mais mencionada por profissionais de saúde foi o consumo de substâncias, verificado também no estudo de Barros et al. (2009b). Causas como condições socioeconómicas (Barros et al., 2009b; Jucá et al., 2007), hereditariedade (Barros et al., 2009b), incidentes orgânicos ou físicos (Jucá et al., 2007) foram também referidas no presente estudo, bem como noutros. No entanto, no presente estudo estes dados foram referidos de forma bastante secundária. Este facto poderá estar relacionado com a população que estes profissionais assistem e a instituição onde prestam estes cuidados. Isto é, conforme visto nos dados do questionário de caracterização socio-demográfica, estes profissionais recebem doentes maioritariamente de zonas urbanas, que eventualmente poderão ter menores dificuldades financeiras, e o facto de ser uma instituição recente e de uma Universidade, eventualmente poderá receber pessoas com doenças menos graves. De referir que estes dados apontam ainda

para o facto de que em casos de doença grave as pessoas são encaminhadas para o HPI ou a Enfermaria de Psiquiatria do HCM.

Apesar de o feitiço e a possessão de espíritos terem sido também mencionadas por profissionais de saúde, foram somente mencionadas no exercício de palavras associadas. Tal resultado vai ao encontro dos dados de Barros et al. (2009b) e Jucá et al. (2007), onde o carácter místico/religioso foi referido de forma secundária ou atribuídas a percepção à comunidade, isto é, referindo que a comunidade é que acredita nestes aspectos.

Relativamente à cura e controlo da doença, os profissionais de saúde consideram que a doença não pode ser curada, apenas controlada. O que é também confirmado na evolução da doença, pois consideram que a doença é cíclica, apresentado diversos episódios ao longo do tempo. Este aspecto, da percepção da cronicidade da doença, corresponde ao verificado, no estudo de Jucá et al. (2007).

O tratamento considerado pelos profissionais de saúde como mais eficaz é a medicina moderna, no entanto noutros estudos com profissionais de saúde não se verificou esta componente da representação da doença. Este aspecto poderá estar relacionado com o facto dos profissionais de saúde assumirem o tratamento biomédico como o mais eficaz, e neste caso estando em causa outros tipos de tratamento - tradicional e a possibilidade de aliar os dois - surgiu a necessidade de salientar eficácia do tratamento biomédico. A compreensão deste aspecto é melhor fundamentada nas diferenças das representações, relativamente ao feitiço e possessão de espíritos como causa e relativamente aos tipos de tratamento.

O aspecto verificado pelos profissionais de saúde como mais eficaz para a cura ou controlo da doença foi a qualidade do contexto do doente mental.

No que diz respeito às consequências da doença mental percebidas pelos profissionais de saúde, verificou-se que a mais mencionada foi a discriminação do doente. Hinshaw e Stier (2008) confirmam também que dados empíricos revelam uma tendência de profissionais para denegrirem as pessoas com doença mental e terem baixas expectativas de melhoria.

A interrupção do projecto de vida e a descrição da doença como uma experiência enriquecedora para a dinâmica da família, foram também mencionadas como consequências da doença, não tendo sido verificadas noutros estudos. A percepção da interrupção do projecto de vida poderá estar relacionada com a percepção de cronicidade da doença (Jucá et al., 2007) e com as baixas expectativas de melhoria

(Hinshaw & Stier, 2008). E a percepção de que a doença poderá constituir uma experiência positiva poderá estar relacionada com experiências em casos específicos da prática ou conhecimentos científicos.

No que diz respeito às propostas dos profissionais de saúde no âmbito da doença mental, verificou-se que a melhoria dos serviços de saúde é percebida como eficaz no âmbito da doença mental, e poderá estar relacionada com a percepção de que o tratamento eficaz da doença mental é com base na biomedicina, sendo por isso importante investir na formação dos profissionais, infraestrutura e terapêuticas utilizadas. A percepção de que intervenção na família é um aspecto eficaz no âmbito da doença mental, poderá estar relacionada com a percepção de que a família está em sofrimento causado pela doença, em relação ao doente. Tanto a intervenção na família como a sensibilização da população para a doença mental, poderão estar relacionadas com a percepção de que os familiares e população em geral não têm conhecimentos e formas específicas e correctas para lidar com a doença. Tal poderá, portanto, na perspectiva dos profissionais, resultar na discriminação do doente. As palavras associadas mais mencionadas pelos profissionais de saúde estão relacionadas com as consequências da doença. Este facto poderá estar associado à intervenção destes que eventualmente está mais preocupada com o impacto que a doença tem no doente e eventualmente em como gerir este impacto.

Após descrever as representações dos profissionais de saúde, importam descrever por último, mas não menos importantes, as representações sociais dos curandeiros.

4.1.3 Representações Sociais de Curandeiros

No caso dos curandeiros, conceito da doença mental está associado a um estado psicológico não normal. Esta percepção poderá estar ligada ao facto de os curandeiros em Moçambique - e pode se aplicar ao contexto Africano em geral - conceberem a doença - qualquer que seja - como um estado ou momento de desequilíbrio, concretamente das relações entre os seres humanos, os espíritos dos antepassados e a natureza (Granja, 2009; Honwana, 2002).

No caso das características, as mais salientes para os curandeiros, foram os comportamentos bizarros, a autonomia comprometida e o falar sozinho. Conforme dito anteriormente na Sociedade Oeste de Mali, alguns comportamentos distintos das

peças podem ser sintomas da doença mental e é a capacidade ou incapacidade do indivíduo de realizar as suas actividades quotidianas, que influencia no seu enquadramento como pessoa com doença mental (Barros, 2000a).

Para curandeiros, o feitiço e a possessão de espíritos, as tensões quotidianas e o consumo de substâncias foram mais mencionadas como as causas da doença. Em Moçambique, as doenças consideradas complexas⁸ resultam por um lado, da punição dos espíritos para com os seus descendentes ou a comunidade em geral (Honwana, 2002), o que também se verificou no estudo de Barros (2000a). Por outro lado, Honwana (2002) verificou que curandeiros acreditam que os mágicos e feiticeiros manipulam intencionalmente forças espirituais e medicamentos ervanários para fazer mal a outrém, geralmente motivados por sentimentos negativos como a inveja, a ganância, a vingança e as intenções maldosas. Este segundo aspecto vai ao encontro da percepção dos curandeiros para as causas da doença em relação a outra causa mística da doença mental - a busca de riqueza no curandeiro.

Segundo os dados possessão de espíritos é também vista como uma doença - doença do chamamento - pois o curandeiro, geralmente pertence a uma linhagem de curandeiros e que os espíritos ancestrais o "chamam" através da possessão, para trabalharem como curandeiro, conforme também verificaram Granjo (2009) e Honwana (2002). Barros (2000a) verificou nesta questão um factor adicional - a possibilidade da pessoa se tornar vidente depende do medo e da capacidade de o controlar no momento da possessão, isto é, se a pessoa é dominada pelo medo dos espíritos na possessão, ficará desequilibrada, e se conseguir controlar o medo, se tornará vidente.

Barros (2000a) verificou ainda que para os curandeiros de Mali, o desequilíbrio da pessoa pode vir da adesão a outras religiões - islâmica ou cristã - a migração, a pobreza, e eventos graves da vida. Verificou-se no presente estudo relatos de pobreza - causas socioeconómicas - e eventos graves de vida - acontecimentos traumatizantes - como causa da doença mental.

Relatos de curandeiros evidenciaram que estes consideram que a doença mental pode ser curada. O que pode ser confirmado nos seus relatos de evolução da doença, onde não se verificou relatos que consideram a doença como cíclica. Este facto

⁸ Culturalmente, nas sociedades Africanas, considera-se que doenças complexas são as doenças que persistem muito tempo e afectam a vida do indivíduo, são consideradas graves e constituem uma ameaça não só à vida da pessoa como à da família e parentes (Honwana, 2002).

pode estar relacionado com o conceito de doença, que sendo um desequilíbrio de ordem social e espiritual, poderá ser reestruturado, com base no cumprimento com certos rituais. No entanto, Barros (2000a) verificou que os curandeiros consideram que a doença mental, sendo uma doença grave, possui uma possibilidade de cura consideravelmente reduzida.

No que diz respeito ao tratamento, os curandeiros consideram que tanto a medicina tradicional, a medicina moderna, bem como a combinação das duas medicinas são tratamentos eficazes para a doença mental. O facto de os curandeiros considerarem que tanto o hospital como o seu próprio trabalho pode curar a doença, pode estar relacionado, com um aspecto que Granjo (2009) verificou: os curandeiros consideram algumas doenças como doenças "de hospital" por os tratamentos biomédicos serem considerados mais eficazes ou por desconhecerem a sua etiologia, ao mesmo tempo que é desenvolvido um contínuo esforço de teorização acerca das causas materiais das doenças com que são confrontados na sua actividade profissional. No estudo este aspecto pode ser confirmado pelo facto de terem sido maioritariamente curandeiros com prática de tratamento da doença mental a referir a medicina moderna e combinação das duas medicinas como forma de tratamento da doença. Por outro lado, poderá também estar relacionado com a necessidade de se ter um diagnóstico específico da doença, analisado mais adiante.

As condições que possibilitam uma cura ou controlo eficaz da doença são para os curandeiros, a qualidade do contexto do indivíduo e o diagnóstico da doença. A referência à importância da qualidade do contexto do indivíduo poderá ser explicada pelo conceito de doença entendido pelos curandeiros, isto é, que a doença é um desequilíbrio verificado, para além do campo individual e espiritual, nas relações entre os seres humanos (Granjo, 2009; Honwana, 2002), sendo por isso um aspecto importante na recuperação. A importância do diagnóstico da doença pode estar associada aos procedimentos inerentes à prática tradicional, que implicam previamente a qualquer tratamento, uma consulta para identificar a causa da doença, e consequentemente, o tratamento mais adequado com base na descoberta (Barros, 2000a; Granjo, 2009; Honwana, 2002).

A percepção de que o cumprimento do tratamento é também um factor importante na cura e controlo da doença, poderá estar relacionado com a ideia de que o curandeiro não só representa - ou representou nalgumas comunidades - autoridade a nível social, mas como também a sua capacidade de compreensão de fenómenos

desconhecidos, e ainda a capacidade de curar os males que afligem o indivíduo e comunidade, restabelecendo a ordem social (Barros, 2000a, Granjo, 2009; Honwana, 2002). Portanto seria importante cumprir-se o que as pessoas de autoridade - tradicional ou biomédica - recomendam para o tratamento. Por outro lado, o cumprimento das recomendações poderá estar associado ao facto de o tratamento dos curandeiros não privilegiar só questões do corpo - ou físicas - com recursos às plantas -, mas também questões espirituais e sociais; e o tratamento à primeira - curar o corpo com as plantas - não terá a mesma eficácia se não estiver associada ao seu contexto simbólico e ritual (Granjo, 2009; Honwana, 2002).

No que diz respeito às consequências da doença, verificou-se que os curandeiros consideram a interrupção do projecto de vida e o sofrimento do doente a nível físico - consequências físicas. A percepção da interrupção do projecto de vida poderá estar relacionada com a percepção de que a pessoa a partir do momento em que tem a doença mental tem a sua autonomia comprometida - características psicológicas da doença.

Relativamente às propostas de intervenção, verificou-se que curandeiros consideram como mais eficazes: a investigação e combinação da medicina convencional e tradicional e a sensibilização da população para a doença mental. Este aspecto será explorado mais adiante na comparação entre os grupos.

A reinserção laboral ou escolar do doente e a circulação de substâncias estupefacientes foi também mencionada como proposta de intervenção considerada eficaz, ainda que de forma secundária. E por último a percepção da necessidade do controlo da circulação e qualidade das substâncias estupefacientes, poderá estar relacionada a percepção de que o consumo dessas substâncias e a qualidade das substâncias consumidas poderá levar a doença mental.

No caso dos curandeiros as palavras associadas mais descritas estavam relacionadas com as causas da doença. Podendo este aspecto estar relacionado dada por estes ao diagnóstico das doenças. Não se notou diferenças relevantes entre as representações de curandeiros com prática de tratamento da doença mental e curandeiros sem prática de tratamento. Este fenómeno poderá ser explicado pelo facto de os curandeiros de uma forma geral, frequentarem cursos para serem curandeiros, que eventualmente não diferem nos seus conteúdos de procedimentos práticos.

Tendo descrito as representações dos três grupos de participantes de estudos - leigos, profissionais de saúde e curandeiros - e relacionado com a percepção de práticas

Representações de Doença Mental em Maputo

relativas à doença, importa também, realçar os aspectos semelhantes e divergentes verificados, o que será feito na secção seguinte.

4.2 As Semelhanças e Diferenças nas Representações Sociais de Leigos, Profissionais de Saúde e Curandeiros

Das representações apresentadas, foram encontrados alguns aspectos semelhantes e alguns divergentes. Propomo-nos a analisar a seguir, as questões semelhantes e divergentes mais notáveis dos três grupos de participantes.

Os dados apresentados, demonstram que os discursos dos três grupos de participantes identificam a doença mental como uma irregularidade ao nível psicológico ou funcionamento do cérebro, considerada diferente do estado psicológico das pessoas ditas "normais".

Este conceito de estado psicológico não "normal", relatado pelos três grupos participantes, está associado em geral a um conjunto de sintomas também descritos, como típicos da doença mental, que distinguem o doente mental da pessoa dita "normal". De forma específica, verificou-se que os grupos enfatizaram sintomas diferenciados. As características falar sozinho, agressividade e características físicas, foram mencionadas por curandeiros e leigos, exceptuando os profissionais de saúde. Embora não tenham sido encontrados dados que expliquem esta diferença, pode-se pensar que os conhecimentos científicos específicos e a prática profissional dos profissionais de saúde com pessoas com doença mental, não os faça perceber estes sintomas da mesma maneira saliente que leigos e curandeiros.

Verifica-se que as características mais mencionada pelos três grupos, e as mais mencionadas por leigos e curandeiros estão mais associadas a doenças mentais mais graves, por terem sintomas que suscitam maior estranheza das pessoas (Leff & Warner, 2008).

Relativamente às causas, de um modo geral, notou-se que as mais mencionadas foram o feitiço e a possessão de espíritos (Alves, 2011; Barros M. et al., 2009b; Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jucá et al., 2009; Leff & Warner, 2008; Patel et al., 2007), o consumo de substâncias estupefacientes (Barros et al., 2009b; Coelho & Almeida, 2005; Coudin, 1976; Jodelet, 2005) e tensões quotidianas (Alves, 2011; Barros, 2000a), conforme verificado nalguns estudos. No entanto, nos discursos

de leigos e profissionais de saúde verificaram-se dificuldades de expressar esta a causa feitiço e possessão de espíritos, associadas a explicações distintas, analisadas a seguir.

No caso dos profissionais de saúde, os discursos sobre o feitiço e possessão de espíritos aparecem de forma bastante secundária somente no exercício das palavras associadas. E no caso dos leigos, verificou-se que a maior parte dos discursos relativos à possessão de espíritos foram de leigos de zona urbana, notando-se uma dificuldade nos leigos de zona suburbana de se exprimir afirmativamente em relação à esta causa, aspecto também verificado no estudo de Alves (2011). Esta dificuldade dos leigos de zona suburbana é melhor ilustrada na explicação da percepção dos tratamentos considerados mais eficazes para doença mental. Especificamente para leigos - maioritariamente de zona suburbana -, as tensões quotidianas são sustentadas nos dados de Alves (2011) e Barros (2006, citada por Arruda, 2009), que consideram que actualmente a explicação da doença mental, está também associada a aspectos sociais actuais da vida - *stress*, ritmo acelerado de trabalho, condições de vida precária, entre outros. Para o caso dos leigos de zona suburbana, as famílias são assistidas pela AVVI por estarem em situação de vulnerabilidade.

Relativamente à curabilidade da doença, verificaram-se respostas distintas entre curandeiros e profissionais de saúde. Por um lado curandeiros consideram que a doença mental pode ser curada totalmente. Já para profissionais de saúde, a percepção de que a doença só pode ser controlada, está associada a percepção de cronicidade também verificada no estudo de Jucá et al. (2007). E no caso de leigos de zona urbana, o discurso é simultâneo, conforme verificado anteriormente. Poderá ainda, este aspecto estar ligado ao nível de conhecimento sobre a doença associado à quantidade de contacto e experiências que estes leigos têm com pessoas com doentes mentais, em comparação com os leigos de zona suburbana. E para o caso dos profissionais poderá ligado à ideia de cronicidade historicamente veiculada. Este aspecto não foi analisado noutros estudos estudo.

Para o tratamento da doença mental, de uma forma geral, os relatos indicaram a medicina moderna como a mais eficaz, para os três grupos de participantes. O tratamento tradicional fez surgir algumas particularidades nos relatos. Verificou-se que apenas leigos de zona urbana e curandeiros consideram esta prática como eficaz no tratamento da doença. Esta discrepância é explicitada a seguir.

A ausência de aspectos tradicionais da cura da doença por parte dos profissionais de saúde, pode estar ligado ao aspecto observado por Honwana (2002) da

dicotomia entre o *moderno* e *tradicional*, ou seja, as suposições positivistas e pragmáticas sustentam que as sociedades que praticam a possessão pelos espíritos se satisfazem com procedimentos irracionais, por se encontrarem fora do conhecimento e da tecnologia. No entanto, esta perspectiva contraria alguns aspectos observados nos dados do questionário de caracterização socio-demográfica, onde alguns profissionais de saúde consideram relevantes aspectos culturais/tradicionais no processo de tratamento do doente, como a interpretação de fenómenos e medicação com base na tradição (curandeiros), aspectos não mencionados nos relatos relativos ao tratamento, durante a entrevista. E um caso específico de profissional de saúde de recurso ao tratamento tradicional, previamente ao biomédico para a cura da doença mental do seu filho.

Relativamente aos leigos de zona suburbana, notou-se também em casos específicos, nos dados dos questionários de caracterização sócio-demográfica, que previamente ao tratamento hospitalar tinham recorrido ao tratamento tradicional para a cura da doença mental dos seus filhos, mas durante a entrevista não mencionaram este aspecto. E procuraram ainda salientar nos tipos de apoio que procuravam em momentos de doença - ainda no questionário de caracterização socio-demográfica - o recurso à Igreja. Alves (2011) considera que esta dificuldade reforça a noção de poder que o sistema oficial de cuidados tem junto da população e também o que a racionalidade científica tem na disciplina e no controlo social do discurso público.

Especificamente, esta aparente descrença nos tratamentos tradicionais - por parte de leigos de zona suburbana e profissionais de saúde - pode também estar ligada a questões históricas e culturais inerentes ao Contexto Moçambicano. Segundo Honwana (2002), a dominação colonial em Moçambique baseou-se na separação entre população indígena e a população "civilizada", branca e assimilada, criando assim uma dicotomia entre a tradição e a modernidade, para melhor realizar o seu projecto de colonização. Os portugueses impunham a conversão ao Cristianismo, principalmente para os nativos⁹ que pretendiam mudar o seu estatuto, o que de certo modo aconteceu e teve um impacto profundo nas vidas dos moçambicanos (Honwana, 2002). Contudo, esta aderência foi feita de forma particular - alguns membros de denominações Cristãs estabelecidas como

⁹ O reconhecimento oficial dos praticantes de medicina tradicional como agentes de assistência, foi-lhes recusado inclusive pelo Partido Político Moçambicano (Frelimo), que tomou posse do poder, numa primeira fase do período pós-libertação (Honwana, 2002).

são as igrejas Católica e Protestantes, que parecem ter preservado uma filosofia religiosa dupla, continuando a recorrer aos praticantes de medicina tradicional e aos adivinhos "tradicionais" como fonte alternativa (e de certa forma clandestina) de alívio (Honwana, 2002).

Associada - ou consequente - à esta questão histórica, existem algumas tensões entre a biomedicina e a medicina tradicional, no contexto Moçambicano. Os médicos dos hospitais e dos centros de saúde rurais culpam os curandeiros tradicionais por ficarem com doentes que não podem curar, por só os mandarem ao hospital quando a doença já se encontra em estado avançado, por vezes irreversível; acusam também alguns praticantes de medicina tradicional de darem plantas nocivas aos doentes ou doses demasiado fortes de remédios à base de ervas. Por seu turno, os praticantes de medicina tradicional censuram os hospitais por manterem os doentes cujas doenças os médicos não podem curar em virtude de serem provocadas pelos antepassados ou por meio de magia ou feitiçaria. Afirmam igualmente que, apesar da eficácia farmacológica das plantas que utilizam, a biomedicina ainda os olha com desprezo e suspeita da sua capacidade de assistência médica (Honwana, 2002).

Tendo em conta estes aspectos, pode-se sugerir que leigos - principalmente os de zona suburbana - como profissionais de saúde, reflectem nas suas representações as repercussões da opressão das práticas tradicionais na época colonial. Por um lado, para os leigos de zona suburbana, por serem mais velhos e estarem mais "próximos" - cronológica e emocionalmente - das experiências do colonialismo; e profissionais de saúde, por outro lado, pela foco no conhecimento pragmático.

No que diz respeito aos factores considerados necessários para cura ou controlo da doença, verificaram-se mais relatos de curandeiros em comparação com os outros grupos. No geral, os três grupos consideram a qualidade do contexto da doença como uma condição essencial para a cura e controlo da doença. Especificamente curandeiros consideram o cumprimento das recomendações médicas - tradicionais ou biomédicas. E conforme dito anteriormente, este aspecto pode estar relacionado com a ideia de autoridade social e de conhecimentos que o curandeiro representa - ou representava - perante doenças e outros fenómenos aflitivos (Barros, 2000a; Granjo, 2009; Honwana, 2002); e associado também ao fenómeno simbólico dos rituais que compõem o tratamento (Granjo, 2009; Honwana, 2002).

No que diz respeito às consequências da doença mental, no geral, verificou-se que a discriminação associada ao perigo do doente é considerada saliente pelos três

grupos - no caso de leigos de zona urbana -, conforme verificados em estudos com leigos (Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Leff & Warner, 2008; Lefley, 1987; Phelan et al., 1998, citados por Leff e Warner 2008) e profissionais de saúde (Barros M. et al., 2009; Jucá et al., 2007). Verificando-se portanto, uma diferença entre leigos de zona urbana e suburbana, e em comparação com os outros grupos - profissionais de saúde e curandeiros. E a diferença na percepção da discriminação entre leigos de zona suburbana e urbana poderá aos factores mencionados anteriormente - contacto com o doente e a estrutura da zona. Pode ainda estar ligada às informações difundidas na *media* que é na sua maioria com orientação negativa das características das pessoas com doença mental e que perpetuam o estigma (Jorge-Monteiro, 2006). De facto, verificou-se no questionário de caracterização sócio-demográfica, que a informação de conhecimento geral obtida sobre a doença mental pela maior parte dos leigos, foi através da *media*. Verificou-se também que os grupos referiram-se mais ao sofrimento da família, relativamente ao do doente. Este factor poderá estar relacionado com a percepção da realidade distorcida - característica psicológica -, indo ao encontro do que Alves (2011) verificou - o sofrimento "normal" implica a consciência e compreensão da realidade e de si, por isso o sofrimento não é associado à doença mental, pelo contrário é distinto e não considerado como doença.

Na última dimensão das representações, verificou-se que os três grupos, no geral, consideram os desafios para a medicina tradicional e convencional, a sensibilização da população para a doença mental e a necessidade de reinserção laboral ou escolar do doente.

Especificamente nos desafios para a medicina tradicional e convencional, enquanto curandeiros focalizam os seus discursos na investigação e aliança das duas medicinas, como proposta eficaz de intervenção, leigos e profissionais de saúde focalizaram-se na medicina convencional - investigação da biomedicina na área da doença mental e melhoria dos serviços de saúde. Esta diferença poderá ser explicada no discurso dos leigos de zona suburbana e profissionais de saúde, por um lado, pelos aspectos históricos referidos acima e pela dicotomia entre a modernidade e tradição (Honwana, 2002). E por outro - especificamente os discursos de leigos de zona urbana -, pela necessidade de separar o doente da sociedade em geral (Foucault, 2008; Jodelet, 2005). No discurso dos curandeiros, a diferença poderá ser explicada pela necessidade de reconhecimento por parte dos curandeiros da prestação de serviços de uma forma global, referida anteriormente (Granjo, 2009; Honwana, 2002).

E na proposta de reinserção laboral ou escolar do doente parece haver uma discrepância: enquanto leigos de zona de zona suburbana e curandeiros consideram que esta reinserção seria eficaz para garantir a subsistência do doente - e eventualmente da sua família -, leigos de zona suburbana consideram que esta reinserção seria numa perspectiva lúdica - ocupação e desenvolvimento de competências do doente. Este facto contraria as consequências económicas da doença, onde são somente leigos de zona urbana (e um caso específico de curandeiro) que consideram que a doença poderá ter impacto financeiro para a família. Este aspecto poderá estar relacionado com alguma dificuldade dos leigos da zona suburbana de verbalizarem as dificuldades financeiras que atravessam, no geral, e eventualmente agravada pelos custos associados à doença. De lembrar que estas famílias da zona suburbana são carenciadas e por isso assistidas pela AVVI.

Relativamente às palavras associadas pôde-se notar também algumas diferenças. Enquanto curandeiros referiram-se mais às causas, profissionais de saúde referiram-se mais às consequências e leigos às características. No caso dos curandeiros, este aspecto poderá estar relacionado com a importância que o diagnóstico tem na sua prática. Para o caso dos profissionais de saúde poderá estar relacionado com orientação da sua intervenção na resolução do impacto da doença. E por último para o caso dos leigos, poderá estar associado ao facto de que as características da doença serem vistas por estes com mais estranheza.

Após a análise das diferenças e semelhanças das representações sociais dos três grupos concluímos que, para o caso dos leigos, as representações da doença mental caracterizam-se por elementos científicos e também por elementos práticos que se combinam na produção de sentidos do fenómeno, não se verificando a influência do nível de escolaridade entre leigos (Alves, 2011; Coudin, 1976). No entanto, foram verificadas algumas diferenças em relação às zonas de residência.

Para o caso dos profissionais de saúde, Barros et al. (2009) sugerem, que estes ao traçarem os seus conceitos acerca das pessoas com doenças mentais, não deixam à parte as representações adquiridas na comunidade, uma vez que tais ideias estão próximas do senso comum. Pode-se considerar que neste estudo alguns aspectos - como por exemplo, a percepção de cronicidade da doença - estão mais associados ao senso comum que aos conhecimentos científicos.

E por último, no caso dos curandeiros, verificou-se que por um lado as suas representações sobre a doença estão ligadas aos valores ancestrais tradicionais da sua

prática e valorização de aspectos do indivíduo-sociedade, conforme verificado nos dados de Barros (2000). Por outro lado, estão ligados à necessidade de investigação que a prática profissional impõe, para melhor prestação de serviços (Granjo, 2009).

4.3 Reflexão sobre Limitações do Estudo Apresentado

O presente estudo apresenta como limitações alguns procedimentos relativos à recolha de dados. Neste sentido, o principal aspecto observado refere-se à constituição da amostra dos profissionais de saúde, que foi alterada da proposta inicial, devido à burocracia imposta no processo de aprovação da pesquisa pelo Comité de Bioética do Ministério da Saúde. A duração deste processo levou a que recolha dos dados do grupo dos profissionais de saúde fosse diferenciado dos restantes grupos, em termos de duração e procedimento de recolha da informação. Verificou-se dos dados apresentados dos relatos dos participantes, que estes, na maior parte das categorias/subcategorias apresentavam menos verbalizações comparativamente aos outros grupos, o que poderá estar associado ao método de recolha de dados.

Outro aspecto a ter em conta, no caso dos leigos de zona suburbana e dos curandeiros, tem a ver com o facto de a recolha de dados ter sido feita na Língua Portuguesa, quando na sua maioria - se não totalidade - esta não era a Língua materna e/ou a mais falada por estes grupos. Ainda dentro do aspecto da Língua Portuguesa, observou-se que as verbalizações relativas às dimensões, pela forma de se expressar de alguns participantes dificultaram a compreensão da sua significação e contexto, podendo ter influenciado na média da fidelidade inter-codificadores do sistema de categorias.

O país apresenta diferentes contextos culturais específicos das regiões, e o facto de a pesquisa se ter centrado numa Província do País, poderá descurar informação variada e específica de cada região.

A inclusão dos doentes mentais nos participantes do estudo, para compreensão das suas representações sobre a doença, poderia dar um contributo mais relevante para uma melhor intervenção na questão.

As representações colhidas no estudo, não diferenciam os distintos tipos de doença mental, o que poderia ser aspecto importante a analisar. Conforme analisado na discussão, as características descritas estavam mais associadas a doenças mentais mais

graves. Estes três aspectos - inclusão dos doentes mentais, e a diferenciação das regiões do país e das doenças mentais, poderão ser aprofundados em estudos futuros.

E por último, a análise dos discursos dos participantes sobre as representações sociais, permitiu realizar possíveis relações entre as categorias e subcategorias constituintes do estudo. No entanto, as relações estabelecidas não podem ser totalmente confirmadas pela técnica da análise de conteúdo, tornando-se por isso importante recorrer a técnicas que permitem o estabelecimento de interrelações entre vários dados recolhidos em estudos qualitativos - como é o caso da Teoria Enraizada (Glasser & Strauss, 1987) - que também poderá ser aprofundada em investigações futuras.

Após a reflexão das limitações que o estudo apresenta, importa também, realçar as implicações da mesma.

4.2 Reflexão sobre as Implicações e sobre as Contribuições do Estudo Apresentado

Consideramos que o presente estudo traz consigo contribuições significativas, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista prático das representações sociais de doença mental em Moçambique. A nível teórico, permitiu primeiramente explorar as representações da doença mental, na Província de Maputo, questão que ainda não tinha sido estudada a nível do País. A pesquisa permitiu igualmente, comparar três grupos de participantes relevantes na compreensão e práticas associadas à doença mental, ao contrário do verificado em estudos semelhantes, que se orientavam apenas para um grupo de participantes (Barros, 2000a; Barros et al., 2009b; Coelho & Almeida, 2005; Coudin, 1976; Hinshaw & Stier, 2008; Jodelet, 2005; Jucá et al., 2007; Leff & Warner 2008), e sem a inclusão de participantes específicos nas questões de saúde e doença, específicos do contexto sociocultural - Espíritas, Padres, entre outros - como é o caso do Brasil (Barros et al., 2009b; Coelho & Almeida, 2005; Jucá et al., 2009) e Congo (Coudin, 1976). Permitiu ainda, considerar, por um lado, uma eventual relação entre a envolvente sociocultural dos participantes e as representações apresentadas da doença mental. E tendo em conta outros estudos realizados, a investigação permitiu ainda confirmar alguns aspectos da representação encontrados em outros estudos, no que diz respeito às características da doença mental mais chamativas, a discriminação do doente, da noção de cronicidade da doença, entre outros aspectos. Surgiram também da pesquisa realizada, alguns resultados novos, tais como: no contexto Africano verificar-

se maior prestígio da biomedicina para tratamento de doenças mentais; leigos em contexto urbano consideram mais aspectos tradicionais que em contexto suburbano; e estrutura habitacional do contexto suburbano poderá propiciar um contexto mais inclusivo para as pessoas com doença mental.

No âmbito prático, a pesquisa contribuiu primeiramente para perceber qual o conhecimento - de senso comum e científico, teórico e prático - que leigos, profissionais de saúde têm sobre a doença mental, e que pode influenciar as atitudes e comportamentos - práticas - em volta da questão, desde a forma como lidam com uma pessoa com doença mental, a prevenção da doença mental à utilização dos serviços de saúde mental; conforme Spink (2003) considera relativamente as representações de saúde e doença. Especificamente, como verificado anteriormente, o estigma associado à doença mental pode levar a família - podendo ser profissionais de saúde - ou próprio doente a atrasar a procura do tratamento, agravando por isso a sintomatologia da doença e reforçando este ciclo de estigma (Hinshaw & Stier, 2008). A noção de cronicidade associada à doença poderá originar nos profissionais de saúde baixas expectativas de melhoria (Hinshaw & Stier, 2008) podendo levar a um desinvestimento na recuperação do doente. A análise destes aspectos poderá ser indagada em estudos futuros.

Do presente estudo também se pôde identificar, de acordo com os dados analisados, formas de conciliar as diferenças nas representações sociais dos três grupos. Os discursos dos participantes do estudo, que nalguns momentos divergem e nalgum momento assemelham-se - nalguns aspectos com concepções menos acertadas - realçam a necessidade de divulgar mais informação relativa à doença mental (Read & Hare, citados por Jorge-Monteiro, 2005). No entanto, a informação apesar de aumentar o nível de informação junto da população, não tem impacto na redução do medo. O contacto directo com as pessoas com doença mental foi considerado um factor maioritariamente relacionado com atitudes mais positivas por parte da população (Read & Hare, citados por Jorge-Monteiro, 2006). Considerando as atitudes constituintes das representações, pensamos portanto, que parece crucial combinar os dois aspectos, que Corrigan et al. (2001) consideram estratégias para mudar as atitudes discriminatórias: acção educativa - que procura reformular os mitos relacionados com a doença mental através da apresentação de interpretações alternativas; acção crítica - que procuram denunciar atitudes estigmatizantes -; e o contacto directo - que estabelecem uma forte proximidade e coloca desafios às representações enraizadas nas pessoas em geral.

Ainda relativamente ao contacto directo com os doentes mentais, importa acrescentar que este deve acontecer com o controlo de algumas variáveis contacto consideradas por Pettigrew (2007), nomeadamente: o estatuto equitativo entre os grupos; objectivos comuns; ausência de competição e que o contacto seja enquadrado ou patrocinado por uma entidade reconhecida socialmente - por exemplo uma organização comunitária.

Ainda numa perspectiva de alterar algumas concepções menos acertadas sobre a doença mental, parece crucial promover os direitos dos doentes mentais, ainda em situação de vulnerabilidade no País. Alguns autores consideram que o exercício de cidadania e a existência de oportunidades reais de participação, bem como a defesa de direitos através das suas diversas formas quer de profissionais de saúde, a representação das pessoas com experiência de doença mental e de familiares, a vivência das pessoas com doença mental no contexto natural, constituem processos colectivos de *empowerment* com vista a diminuição do estigma e discriminação da doença mental (Jorge-Monteiro, 2006; Leff & Warner, 2008).

Ainda no que toca às diferenças e semelhanças dos discursos dos participantes, parece importante fazer uma ponte entre as representações do senso comum e as representações científicas. Tanto a ciência funciona para desenvolver conhecimentos generalizados e generalizantes sobre a realidade, quanto o senso comum funciona para lidar com o dia-a-dia, resultando da comunicação entre as diferentes representações (Arruda, 2009). Consideramos por isso evidente, que as formas e os meios de comunicação são peça-chave na natureza dos estilos de saber. A comunicação social não explora regularmente o tema da saúde mental, e quando o faz, há uma maior concentração para numa perspectiva negativa da doença - sintomas, episódios de violência, défices - que perpetuam os estereótipos (Jorge-Monteiro, 2006; Leff & Warner, 2008). E sendo que os meios de comunicação têm a possibilidade de chegar a grande parte da população, é importante que se use estes recursos para incentivar atitudes positivas, acerca da doença mental (Jorge-Monteiro, 2006; Leff & Warner, 2008).

Finalmente, um último aspecto respeitante à necessidade de se fazer uma ponte em representações do senso comum e as científicas, relaciona-se com o - aparente - conflito que toca à possessão de espíritos como causa da doença mental, e no tratamento tradicional como forma de cura/controlo da doença (Honwana, 2002). Conforme dito acima, os saberes do senso comum e científicos têm as suas funções e não deveria haver

hierarquias entre eles (Arruda, 2009). No entanto verificou-se no presente estudo que profissionais de saúde e leigos de zona suburbana prestigiam a perspectiva biomédica. Facto que realça a relevância de se criar estratégias de aproximação entre o saber tradicional e o saber biomédico, sem hierarquização entre eles.

A caracterização socio-demográficas dos participantes do estudo permitiu concluir sobre algumas diferenças e semelhanças nos três grupos-alvo, no que se refere a idade, habilitações académica e contexto social; e outros factores considerados relevantes para a formação das atitudes face à doença mental - o contacto com o doente. Outros factores como é o caso da situação laboral, a diferença entre países e o diagnóstico da doença, poderão ser explorados em investigações futuras.

Pode-se concluir com o estudo das Representações Sociais da doença mental em Maputo, que as representações sociais se encontram formadas num nó comum socialmente partilhado - as semelhanças encontradas. Este nó socialmente partilhado construiu-se em torno de questões históricas e culturais da doença em si e do contexto do País. Com isso, não se quer dizer que não se verifiquem diferenças. Os dados demonstram também haver diferenças entre os grupos - e no caso dos leigos diferenças em entre o contexto urbano e contexto suburbano - que são também resultantes da História e Cultural do País.

De uma forma geral, pode-se considerar que os dados do presente estudo permitiram estabelecer prováveis relações entre a forma como a doença mental é percebida em Maputo, e a práticas associadas a esta doença - o que se poderá aprofundar em futuras investigações. As implicações práticas da pesquisa poderão contribuir, por um lado, para a reflexão crescente sobre as condições de vulnerabilidade em que se encontram as pessoas com doença mental e, por outro lado, para uma reflexão sobre intervenções na área da saúde e doença mental, com os grupos envolvidos, de forma isolada ou em conjunto.

5. REFERÊNCIAS

- Abric, J. (2001). O Estudo Experimental das Representações Sociais. In Jodelet, D. (Eds.). *As Representações Sociais* (L. Ulup Trad.). (155-77). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Almeida, A. & Jodelet, D. (2009). *Representações Sociais: Interdisciplinaridade e Diversidade de Paradigmas (1ª Ed.)*. Brasília: Thesaurus.
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: Racionalidades Leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- Arruda, A. (2005). Pesquisa e Representações Sociais: A Produção em 2003. In Menin, M. & Shimizu, A. (Eds.). (2005). *Experiência e Representação Social: Questões teóricas e Metodológicas (1ª Ed.)*. (59-92). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
- Arruda, A. (2009). O Trânsito de Saberes: Olhar sobre a Produção Brasileira. In Lopes, M., Mendes, F. & Moreira, A. (Eds.). (2009). *Saúde, Educação e Representações Sociais - Exercício de Diálogo e Convergência*. (19-34). Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto, A. Pinheiro Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Bauer, M. & Gaskell, G. (Eds.) (2008). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som - Um Manual Prático (7ª Ed.)* (P. Guareschi Trad.). Petrópolis: Editora Vozes Ltda (Obra original publicada em 2000).
- Barros, D. (2000a). Percursos da etnografia: loucura e imaginário Dogon. *Imaginário*, 6, 57-81.
- Barros, M., et al. (2009b). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciências & Saúde Colectiva*, 14, 227-232.
- Bennet, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde (1ª Ed.)* (C. Nordeste Trad.). Lisboa: CLIMEPSI Editores (Obra original publicada em 2000).
- Cardoso, M. & Gomes, R. (2000). Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde colectiva. *Caderno Saúde Pública*, 16, 499-506.
- Coelho, M. & Almeida, N. Filho (2005). Concepções Populares de normalidade e saúde mental no litoral norte da Bahia-Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 21, 1726-1736.

- Corrigan, P-W; River, L. P.; Lundin, R.; Penn, D.; Uphoff-Wasowski, K.; Campion, J.; Mathisen, J.; Gagnon, C.; Bergman, M.; Goldstein, H. & Kubiak, M. (2001). Three Strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Coudin, G. (1976). The breakdown of a hegemonic representation: The Issue of Madness in Africa. Manuscrito não publicado. Université Paris Descartes. Paris.
- Fazenda, (2006). Saúde Mental: Do Hospital à Comunidade, dos Cuidados à Cidadania. In Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Saúde Mental Reabilitação e Cidadania. (6-15). Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica (1ª Ed.)*. (A. Parreira Trad.). Lisboa: Monitor. (Obra Original Publicada em 2000).
- Foucault, M. (2008). *Doença Mental e Psicologia (1ª Ed.)*. Lisboa: Edições Texto & Grafia.
- Gillman, S. (1988). *Disease and Representation - Images of Illness from Madness to AIDS*. London: Cornell University Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Gomes, R., Mendonça, E. & Pontes, L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Caderno Saúde Pública*, 18,1207-1214.
- Granjo, P. (2009). Saúde, Doença e Cura em Moçambique. In Lechner, E. (2009). *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. (249-274). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Jovchelovitch, S. (1999). Vivendo a vida com outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Eds.) (1999). *Textos em Representações Sociais*. (63-85). Petrópolis: Editora Vozes.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - sentidos e formas de uso (1ª edição)*. Cascais: Príncipia Editora Lda.
- Gussi, M. (2008). *Representação Social de Ministros Religiosos Cristãos Sobre a Doença Mental*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Hinshaw, S., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-393.

Representações de Doença Mental em Maputo

- Honwana, A. (2002). *Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique*. Maputo: PROMEDIA.
- Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: Um domínio em expansão. In Jodelet, D. (Eds.). *As Representações Sociais* (L. Ulup Trad.). (17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Jodelet, D. (2005), *Loucuras e Representações Sociais*. (L. Magalhães Trad). Petrópolis: Editora Vozes. (Obra Original Publicada em 1989).
- Jorge-Monteiro, F. (2005). Estratégias de *advocacy* contra a discriminação das pessoas com doença mental. In Ornelas, Jorge-Monteiro, F., Moniz, M. & Duarte, T. (Eds.). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares (1º Ed.)*. (185-193). Lisboa: AEIPS Edições.
- Jorge-Monteiro, F. (2006). Prevenção do estigma social da Doença Mental. In Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania*. (16-24). Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Jucá, V. et al. (2009), Programas de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede, *Ciência & Saúde Colectiva*, 14, 173 – 182.
- Lau, R. & Hartman, K. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-185.
- Le Goff, J. (1991). As Plantas que curam. In Le Goff, J. (Eds.). *As Doenças têm História*. (329-242). Mem Martins: Terramar.
- Leff, J. & Warner, R. (2008). *Inclusão Social de Pessoas com Doenças Mentais* (A. Lopes Trad). Coimbra: Edições Almedina. (Obra Original Publicada em 2006).
- Leventhal H. & Nerenz D. (1980). The common sense representation of illness danger. In: Rachman, S., (Eds). *Contributions to Medical Psychology (Vol. 2)*. (17-30). New York: Pergamon Press.
- Malheiro, M. (2003). *O Desenvolvimento das representações de Saúde e Doença em crianças nos Estádios Concreto e Formal*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Ministério da Saúde de Moçambique [MISAU]. (2006). *Estratégia e Plano de Acção para Saúde Mental (2006-2015)*. Maputo: Soares, I., Simbine, P., Wheeler, E. & Andrassone, P.

Representações de Doença Mental em Maputo

- Nerenez, D. & Leventhal, H. (1983). Self-regulation theory in chronic illness. In Burish, T. & Bradley, L. (Eds.). *Coping with Chronic Disease*. New York: Academic Press.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social (Volume I)*. Lisboa Universidade Aberta.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (1ª edição)*. Lisboa.
- Patel, V., Simbine, P., Soares, I., Weiss, H. & Wheeler, E. (2007). Prevalence of severe mental and neurological disorders in Mozambique: a population-based survey. *In The Lancet*, 370, 1055 – 1060.
- Santos, A, Barbosa, R., Faro, S. & Alves, A. Jr. (2005). Representações Sociais do Processo de Saúde-Doença entre Nefrologistas e Pacientes Renais Crónicos, *Psicologia. Saúde & Doença*, 6, 57-67.
- Sevalho, G. (1993). Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. *Caderno Saúde Pública*, 9, 349-363.
- Spink, M. (2003). *Psicologia Social e Saúde – Práticas, Saberes e Sentido*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Tajfel, H. (1983). *Grupos Humanos E Categorias Sociais - Estudos em Psicologia Social (Volume II)* (L. Amâncio Trad.). Lisboa: Livros Horizonte. (Obra Original Publicada em 1981).
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In Silva, A. S., & Pinto, J. M.. *Metodologia das ciências sociais (13ª Ed.)*. (101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J. & Monteiro M. (2010). *Psicologia Social (8ª edição)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Anexo A – Guião de Entrevista Individual Semi-Estruturada dos
Participantes

Anexo B – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica dos
Participantes do Estudo

Anexo C – Documento de Consentimento Informado para Participação no
Estudo

Anexo D – Materiais Utilizados No Teste de Fidelidade Inter-Codificadores
Realizado

Anexo A

Guião de Entrevista Individual Semi-Estruturada dos Participantes

A presente entrevista tem como intuito perceber como é que compreende a doença mental. Optamos por entrevista-lo uma vez que consideramos crucial o seu contributo para pesquisa tendo em conta que na condição de: curandeiro/profissional de saúde pode trabalhar com os doentes mentais; leigo a que faz parte de uma sociedade com doentes mentais, e que poderá ter ou já teve contacto com estes. Neste sentido, gostávamos de pedir autorização para gravar a entrevista, garantindo a confidencialidade da mesma que só será usada para fins de investigação.

Identidade

1. Diga as primeiras cinco palavras que lhe ocorrem quando se fala em doença mental?
2. O que é para si um doente mental?
3. Quais é que acha que são as características da doença mental?

Causas

4. Porque acha que as doenças mentais aparecem?

Controlo/Cura

5. Acha que doença mental pode ser curada? Como?

Evolução

6. Acredita que a doença mental muda ao longo do tempo? Como?

Consequências

7. Que consequências tem a doença mental para o doente e para as pessoas a sua volta?

Propostas de Intervenção

8. O que acha que se pode fazer para melhorar a vida dos doentes mentais?

Obrigada.

Anexo B

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes do

Estudo



Inquérito de Caracterização Sócio-Demográfica

Por favor responda às questões apresentadas com sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas são anónimas e confidenciais, e serão utilizadas apenas para este estudo. A sua participação é muito importante.

Código:

Nome: _____ **Idade:** ___ anos

Sexo: F M

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de facto

Situação Laboral: Empregado Desempregado Reformado

Profissão: _____ **Formação:** _____

Bairro de Residência: _____ **Zona de Residência:** Rural Urbana

Possui algum conhecido/amigo ou familiar com doença mental: Sim Não

Qual: _____

Tem algum grau de parentesco? Sim Não **Qual:** _____

Onde já ouviu falar de doenças mentais: nos medias (televisão, rádio, jornais) nos hospitais/centros de saúde amigos/familiares/comunidade

Quando está doente recorre maioritariamente à: Hospital/centro de saúde
Curandeiros Todos Nenhum

Grata pela sua colaboração.

Inquérito de Caracterização Sócio-Demográfica

Por favor responda às questões apresentadas com sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas são anónimas e confidenciais, e serão utilizadas apenas para este estudo. A sua participação é muito importante.

Código:

Nome: _____ **Idade:** _____ anos

Sexo: F M

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de facto

Profissão: _____

Formação: _____ **Categoria:** _____

Local de formação: no País no Estrangeiro (especifique o País) _____

Instituição do Trabalho: _____

Há quantos anos trabalha com doentes mentais: _____ anos

Os doentes provêm maioritariamente de zona: Rural Urbana

Tem formação para alguma doença mental específica: Sim Não

Qual doença: _____

No processo de tratamento do doente tem-se em conta aspectos culturais/tradicionais:
Não Sim (especifique os aspectos) _____

Possui algum conhecido/amigo ou familiar com doença mental: Sim Não

Qual: _____

Tem algum grau de parentesco? Sim Não **Qual:** _____

Grata pela sua colaboração.

Inquérito de Caracterização Sócio-Demográfica

Por favor responda às questões apresentadas com sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas. Todas as respostas são anónimas e confidenciais, e serão utilizadas apenas para este estudo. A sua participação é muito importante.

Código:

Nome: _____ **Idade:** ____ anos

Sexo: F M

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de facto

Profissão: _____ **Formação:** _____

Inscrito na AMETRAMO: Sim Não **Há quantos anos?** _____

Outra profissão além de curandeiro: _____

Zona onde faz atendimento: Rural Urbana

Tem treino específico para doença mental: Sim Não

Treino dado: AMETRAMO Curso de curandeiro Sistema Nacional de Saúde
Outro _____

Em média quantos doentes mentais atende por mês: _____

Que doenças: _____

Faz encaminhamentos para Sistema Nacional de Saúde (Hospitais ou Centros de Saúde):
Sim Não

Possui algum conhecido/amigo ou familiar com doença mental: Sim Não

Qual: _____

Tem algum grau de parentesco? Sim Não **Qual:** _____

Grata pela sua colaboração.

Anexo C

Documento de Consentimento Informado para Participação no Estudo



Consentimento Informado

Solicita-se a sua colaboração para participar num estudo de uma tese de mestrado, relacionada com as representações sociais de doença mental sendo a sua participação crucial.

Os dados recolhidos são anónimos, confidenciais, e apenas serão utilizados para este estudo. Para que os dados possam ser utilizados, as entrevistas individuais serão gravadas em formato de áudio.

A sua participação no estudo é livre e voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, caso sinta vontade de o fazer.

A sua autorização para participar no estudo implica a assinatura deste documento.

Data ___/___/___

Assinatura da Investigadora

Assinatura da Participante

Anexo D

Materiais Utilizados No Teste de Fidelidade Inter-Codificadores Realizado

Dicionário de Categorias - Dimensão I: ELEMENTOS CONSTITUIENTES DA IDENTIDADE DA DOENÇA MENTAL, PERCEBIDOS PELOS LEIGOS, CURANDEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Identidade	<p><u>1.2 Conceito da doença:</u> - Referências as ideias consideradas definições da doença mental</p>	<p><u>1.1 Estado psicológico não normal:</u> - Relatos da doença mental percebida como uma irregularidade ao nível psicológico ou do funcionamento do cérebro.</p>
		<p><u>1.2 Exaustão por experiências dolorosas:</u> - Referências da doença mental percebida como junção de experiências dolorosas no cérebro causando exaustão.</p>
		<p><u>Fingimento:</u> - Referências a doença mental percebida como simulação de pessoas que pretendem fugir a alguma responsabilidade social ou fiscal.</p>
	<p><u>2. Características Físicas:</u> - Os sinais ou sintomas que se podem verificar a nível do corpo do doente mental como característicos da doença</p>	<p><u>2.1 Distintividade na expressão facial:</u> - Relatos sobre a expressão facial, os olhos ou olhar diferentes, percebidos como característicos da doença mental.</p>
		<p><u>2.2 Movimento corporal atípico:</u> - Referências a movimentos corporais excessivos ou ausência</p>

		de movimento prolongada, percebidos como característicos da doença mental.
<p><u>Identidade (cont.)</u></p>	<p><u>3. Características Psicológicas:</u> - Descrição de sinais ou sintomas verificáveis no doente mental a nível de cognições (processamento, entre outros) e das emoções (expressão das emoções)</p>	<p><u>3.1 Percepção da realidade distorcida:</u> - Relatos referentes a uma percepção da realidade distorcida resultante da doença.</p>
		<p><u>3.2 Discurso desorganizado:</u> - Relatos referentes a discursos confusos, cíclicos ou pontuais, resultantes da doença.</p>
		<p><u>3.3 Autonomia Comprometida:</u> - Descrições de situações em que a doença compromete a capacidade autónoma do doente e termos de cuidado com a higiene pessoal e desenvolvimento de actividades diárias.</p>
		<p><u>3.4 Agressividade:</u> - Relatos de situações de agressividade percebida como característica da doença.</p>
		<p><u>3.5 Impulsividade:</u> - Referências de situações de acções do doente sem reflexão percebidas como características da doença.</p>

Representações de Doença Mental em Maputo

<u>Identidade (cont.)</u>		
	<u>4. Características Comportamentais/Sociais:</u> - Relatos de comportamentos distintos na interação social percebidos como característicos da doença.	<u>4.1 Falar Sozinho:</u> - Referências de situações que falar sozinho são consideradas como sinal da doença mental.
		<u>4.2 Comportamentos Bizarros:</u> - Relatos de comportamentos excessivamente estranhos do doente, considerados como fora do padrão normal de comportamento, como comer lixo, andar nu e viver na rua.

Dicionário de Categorias - Dimensão II - PERCEÇÃO DOS LEIGOS, CURANDEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS CAUSAS DA DOENÇA MENTAL

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Causas da doença mental	<p><u>1. Sem causa aparente:</u> - Relatos da doença mental percebida como um fenómeno natural que aparece sem uma causa aparente.</p>	
	<p><u>2. Causas biológicas:</u> - Aspectos externos que provocam mudanças físicas internas, e aspectos internos que levam ao aparecimento da doença mental (predisposição, genética, bactérias, vírus ou lesões)</p>	<p><u>2.1 Hereditariedade:</u> - Referências de doença mental percebida com doença de transmissão genética entre gerações.</p>
		<p><u>2.2 Malária:</u> - Referências da doença mental percebida como doença resultante da malária e malária cerebral.</p>
		<p><u>2.3 Alimentação inadequada:</u> - Relatos de situações em que a fraca ou inadequada alimentação é percebida como causa da doença</p>
<p><u>2.4 Gravidez:</u> - Referências a percepção da transmissão da</p>		

Representações de Doença Mental em Maputo

		doença durante a gravidez ou no momento do parto.
Causas da doença mental (cont.)		<p><u>2.5 Consumo de substâncias:</u> - Relatos de situações em que o consumo de substâncias estupefacientes como álcool e marijuana; e a sua qualidade das bebidas actualmente produzidas no país, são percebidos como causa da doença.</p>
		<p><u>2.6 Lesões na cabeça:</u> - Relatos de lesões provocadas por terceiros na cabeça percebidas como causadoras da doença mental.</p>
	<p><u>3. Causas Psicológicas:</u> - Crenças, emoções e comportamentos que estão relacionadas ao aparecimento da doença mental</p>	<p><u>3.1 Acontecimentos traumatizantes:</u> - Referências a situações emocionalmente dolorosas, como mortes de familiares, guerras e acidentes, percebidas como causadoras da doença.</p>
		<p><u>3.2 Tensões quotidianas:</u> - Relatos em que situações de dificuldades quotidianas que acarretam tensão são percebidas como causa da doença.</p>

Representações de Doença Mental em Maputo

Causas da doença mental (cont.)	<p><u>4. Causas Socioeconómicas:</u> - Relatos da percepção de que o conflito familiar ou social, os actuais valores sociais e morais dos jovens - consumo de substâncias estupefacientes e liberdade de expressão; e a pobreza do país, causam a doença.</p>	
	<p><u>5. Causas Místicas:</u> - Referências a aspectos relacionados com seres e questões sobrenaturais como causadoras da doença mental (possessão de espírito, feitiço, pagamento de dívidas familiares e procura de riqueza)</p>	<p><u>5.1 Feitiço e Possessão por espíritos:</u> - Relatos de situações de feitiços ou possessão de espíritos feitos por terceiros, motivados por ódio, inveja ou justiça social, percebidos como causadores da doença; e da possessão de espíritos para ser curandeiros.</p>
		<p><u>5.2 Busca de riqueza no curandeiro:</u> - Referências da percepção do aparecimento da doença como resultante da ganância com recursos a métodos mágicos, e não cumprimento destes métodos na sua totalidade afectando aos seus descendentes. -</p>

Representações de Doença Mental em Maputo

Dicionário de Categorias - Dimensão III - PERCEPÇÃO DOS LEIGOS, CURANDEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A CURABILIDADE E CONTROLO DA DOENÇA MENTAL

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Curabilidade e Controlabilidade	<u>1. Curabilidade da doença:</u> - Relatos relativos a percepção da doença ser controlável ou curável.	-
Forma de Tratamento	<u>2. Medicina Tradicional:</u> - Relatos em que o tratamento com recursos aos curandeiros, medicamentos naturais, e consultas com espíritos são percebidos como tratamentos eficazes.	-
	<u>3. Medicina Moderna:</u> - Referências em que os psicofármacos, a institucionalização, as psicoterapias e promoção do suporte social são percebidos como tratamentos mais eficazes.	-
	<u>4. As duas medicinas:</u> - Referências em situações em que a combinação da utilização das duas medicinas é percebida como eficazes no tratamento da doença.	.

Representações de Doença Mental em Maputo

Dicionário de Categorias - Dimensão IV- PERCEPÇÃO DA CRONICIDADE DA DOENÇA MENTAL DOS LEIGOS, CURANDEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Evolução	<p><u>1. Doença cíclica:</u> - Relatos relativos a percepção da doença ter recaídas ao longo do tempo.</p>	-
Factores que influenciam a eficácia do tratamento e evolução da doença	<p><u>2. Cumprimento de recomendações do Tratamento:</u> - Relatos da percepção da importância do doente cumprir com o tratamento prescrito.</p>	-
	<p><u>3. Ocupação do doente:</u> - Referências a ocupação do doente, a trabalhar ou como divertimento, percebida como determinantes para a cura ou controlo da doença.</p>	-
	<p><u>4. Sorte do doente:</u> - Relatos em que a sorte do doente é percebida como determinante para a cura ou controlo da doença.</p>	-
	<p><u>5. Organismo do doente:</u> - Relatos em que o organismo do doente é percebido como característica determinante</p>	-

Representações de Doença Mental em Maputo

	para a cura ou controlo da doença.	
Factores que influenciam a eficácia do tratamento e evolução da doença (cont.)	<p><u>6. O diagnóstico da doença:</u> - Relatos da percepção da importância do diagnóstico correcto para a escolha do tratamento mais eficaz.</p>	
	<p><u>7. Competência da pessoa que cura:</u> - Relatos em que o conhecimento e empatia do médico tradicional ou convencional são percebidos como determinantes para um tratamento eficaz.</p>	
	<p><u>8. Qualidade do contexto próximo do doente:</u> - Referências à percepção da importância do afecto dado ao doente, aliado à prestação de cuidados dado ao doente; e a importância das boas relações no contexto próximo do doente, percebida como determinante para a eficácia do tratamento ou controlo da doença.</p>	

Dicionário de Categorias - Dimensão V- A PERCEPÇÃO DE LEIGOS, CURANDEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE AS
CONSEQUÊNCIAS DA DOENÇA MENTAL

Temáticas	Categorias	Subcategorias
Consequências	<p>1. <u>Consequências Físicas:</u> - Descrições de aspectos ao nível da falta de cuidado com corpo, como não ter higiene pessoal e alimentar, dormir em locais impróprios que causam lesões e outras doenças, percebidos como resultado do aparecimento da doença mental.</p>	
	<p>2. <u>Consequências Emocionais:</u> - Relatos de emoções percebidas como estando relacionadas com a situação da doença, para o doente e sua família.</p>	<p><u>2.1 Sofrimento do doente:</u> - Relatos de situações de sofrimento do doente pelas limitações causadas pela doença.</p>
		<p><u>2.2 Sofrimento da Família:</u> - Referência a situações de sofrimento da família e preocupação constante com o doente resultante da doença.</p>
<p><u>2.3 Experiência enriquecedora para a dinâmica familiar:</u> - Relatos de situações em que o aparecimento da doença mental pode ser uma experiência</p>		

Representações de Doença Mental em Maputo

		positiva para família, aproximando a família.
Consequências (cont.)	<p><u>3. Consequências Económicas:</u> - Descrições de situações em que o doente provoca danos materiais e a procura do tratamento constituem uma dificuldade financeira consequente da doença.</p>	
	<p><u>4. Consequências Sociais:</u> - Relatos de situações de discriminação da família, do doente, medo das pessoas pelo doente e de prejuízo social de ser doente.</p>	<p><u>4.1 Interrupção do projecto de vida do doente:</u> - Relatos de situações em que o doente tem de interromper o seu percursos de vida como resultado da doença.</p>
		<p><u>4.2 Discriminação do doente:</u> - Referências de situações em que o doente é discriminado pela doença e o medo da agressividade percebida como característico da doença.</p>

Dicionário de Categorias - Dimensão VI - PERCEPÇÃO DE PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO EFICAZES PARA A DOENÇA MENTAL, DOS PELOS LEIGOS, CURANDEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Temáticas	Categorias	Subcategorias
<p>Propostas de Intervenção</p>	<p>1. <u>Intervenção com o Doente:</u> - Relatos sobre a necessidade de promoção da autonomia do doente, ocupação, afecto e espiritualidade, percebidos como aspectos pertinentes a trabalhar nos doentes.</p>	<p>1.1 <u>Promoção de Competências do doente:</u> - Relatos sobre a percepção da necessidade de promover competências pessoais e sociais no doente.</p> <p>1.2 <u>Reinserção Social ou Escolar do doente:</u> - Referências sobre a percepção da necessidade de promover a inserção ou reinserção laboral do doente de forma a garantir subsistência, divertimento e inclusão social.</p>
	<p>2. <u>Intervenção na Família:</u> - Referências ao acompanhamento psicológico nas famílias do doente e promoção de boas relações no seio desta.</p>	
	<p>3. <u>Intervenção na Sociedade:</u> - Referências a sensibilização da sociedade, extinção de drogas e melhoria da qualidade das bebidas alcoólicas percebidos como aspectos pertinentes na intervenção.</p>	<p>3.1 <u>Sensibilização da população para a doença mental:</u> - Referências sobre a importância da sensibilização das populações imediatas e alargadas do doente, da sociedade em geral</p>

Propostas de Intervenção (cont.)		sobre a doença para redução do preconceito.
		3.2 <u>Circulação de substâncias Estupefacientes:</u> - Referências a necessidade de extinguir a circulação de drogas e da melhoria da qualidade das bebidas alcoólicas.
	4. <u>Intervenção no sistema de saúde:</u> - Relatos de aspectos considerados pertinentes relativos ao tratamento que os doentes mentais recebem e podiam receber.	4.1 <u>Melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental:</u> - Relatos relativos a necessidade de melhorar a formação dos profissionais de saúde, a qualidade do atendimento dos doentes, o espaço e os fármacos, e promover a interdisciplinaridade das ciências.
		4.2 <u>Desafios para a Medicina Tradicional e Convencional:</u> - Referências a necessidade de aliar a medicina tradicional e convencional, e maior investigação da doença mental nas duas medicinas de forma mitigar a doença.

Lista de Unidades de Análise

1. " É a pessoa ou cérebro que está descontrolado."
2. "...a pessoa não pode falar sozinho, tem que falar com alguém, é assim que vemos de que essa pessoa sofre de doença mental."
3. "Quando uma pessoa é doente mental, significa que alguma coisa alterou-se, já não é...não tem aquele vida «normal»"
4. "...mas ultimamente por causa dessa nossa sociedade, até quem é são, acaba por optar por essa via de estar mal vestido, sujo, para parecer alguma coisa por benefício..."
5. "...divertimento, espectáculo, para puxar um pouco de memória ao doente mental...assim diverti, passamos todo dia lá...mesmo para "*utharivhala*" [esquecer], esquecer a doença...é uma forma que talvez pode curar, talvez falando pode...ver na televisão, talvez a pessoa fica pensando, vendo aquilo que a vida nos pode dar, já o pensamento é outro..."
6. "...a primeira coisa é que ocorre a muitas pessoas e não só em mim, é que alguma coisa de errado está acontecer..."
7. "...é uma pessoa imprevisível, as vezes agitada ou perigosa, no sítio dela..."
8. "Doença mental, seria talvez, um estado psicológico não normal, ou um estado em que a pessoa não está consciente...quer dizer a pessoa está inconsciente, mas ao mesmo tempo está consciente...ao fazer o que faz, pensa que está fazer algo normal...é um estado em que é como se te desligasses do mundo real e vivesses num mundo imaginário..."
9. "...há pessoas quando estão no hospital, levantam da cama, vão para cama de outra doença e ficam ai a ameaçar..."

Representações de Doença Mental em Maputo

10. "...o doente tem os seus cinco minutos de lucidez, apesar de a maior parte do tempo, passar um pouco fora daquilo que é a realidade"
11. "... O modo de falar, as expressões que usam..."
12. "O doente mental é uma pessoa que não se consegue cuidar pessoalmente, em termos de higiene..."
13. "...a pessoa não pode falar sozinho, tem que falar com alguém, é assim que vemos de que essa pessoa sofre de doença mental.
14. "...por exemplo há um que quando fica maluco, fica parado num muro, não se mexe, fica assim como um polícia pode ficar assim [parado]..."
15. " A pessoa há várias coisas que pode fazer, anda a apanhar papéis, anda a fazer coisas
16. "Na parte social, tem que se fazer um bom trabalho para a reinserção social, explicar a família o que está acontecer com o seu familiar."
17. "Para melhorar a qualidade de vida dos doentes mentais passa por vários aspectos um dos quais é uma boa formação dos profissionais de saúde para a comunicação do diagnóstico e o apoio que isso implica."
18. "...aceitar e também sensibilizar por parte dos vários intervenientes da sociedade, para nós podermos...eu acho que seria o ponto fundamental, porque nem sempre o dinheiro resolve tudo, porque podemos ter financiamentos sem a parte da sensibilização e aceitação, eu acredito ser difícil resolver o problema."
19. "Porque a minha própria boca me transforma de feiticeira, no nosso meio africano, não sei sabe disso...as minhas próprias palavras que saem da minha boca pode me transformar...eu se pôr na minha cabeça de aquilo ali fio fulano que me fez...estou a perder muito, estou a perder muito...porque estava a dizer que a minha boca, as minhas próprias palavras pode me transformar de feiticeira...por exemplo estamos aqui a discutir e eu digo “você há-de ver você...”

Representações de Doença Mental em Maputo

20. "...chega alguém tem problemas, ele diz que você volta, vai te atender isto, isto, isto por saber que nós somos africanos, temos as nossas conseqüências..."

21. "...desde o momento que cérebro para de funcionar então a pessoa já não existe, porque a pessoa já não sente dor então a pessoa acaba sofrendo porque fica magoada, fica lesada, a pessoa acaba contraindo ferimentos, acidentes e algumas doenças, porque anda na rua de qualquer maneira..."

22. "...eu acho que dependendo das pessoas que cercam o doente mental, a cura pode ser melhor com o passar do tempo...quer dizer a melhoria do seu estado."

23. "...querer enriquecer, não conduzir bem aquilo que foi procurar de onde procurou, na pessoa que tratou a ele, ou magia negra ou magia branca, enlouquece essa pessoa..."

24. "Quando falava da situação de *stress*, são certas pessoas que procuram emprego e não conseguem, não tem escola, não tem nenhuma profissão, tem família, vivia a base de um negócio, não está a andar nada, não está gerir bem o negócio para sustentar a família, fica a pensar muito, acha que vale a pena beber..."

25. "...doenças mentais parte-se de junção de coisas, problemas..."

26. "... [a doença] pode ser curada através da medicina tradicional..."

27. "...ou nascem assim por deficiência..."

28. "Para uma pessoa é uma doença...eu sei como vem a doença, é uma doença que aparece..."

Representações de Doença Mental em Maputo

29. "...droga também quando a pessoa exageradamente, assim como essas nossas bebidas de hoje quando a bebida não cai bem..."
30. "Quando se fala de doença mental na minha cabeça, é que pode ser malária, a malária sobe, então a pessoa parece que está com doença mental enquanto não é mental..."
31. "...há outra maneira de que a pessoa não come bem, também enlouquece..."
32. "...acontece também quando a pessoa sai para a guerra...na guerra a pessoa vê muita coisa...por exemplo quando a pessoa entra na casa mortuária, a pessoa não está bem por aquilo que viu...quando sai da guerra a cabeça não está boa, precisa ser tratada para esquecer aquilo que viu, voltar a normalidade..."
33. "Na altura que nós estamos a acordar eles estão a chegar para dormir...mas isso é futuro?! É uma guerra secreta...minaram droga e bebida, tudo para os nossos filhos...já não vão fazer nada...outros já nem pensam casar, casou com bebida, casou com droga, acabou nossos filhos costumam usar "*suruma*" (marijuana)..."
34. "...é possível que a mãe tenha uma doença lá dentro...é possível que a criança tenha contraído uma doença dentro, ainda no ventre da mãe e saído com essa deficiência..."
35. "...já não há regra...é só enfrentar tudo, é doença. As famílias sagradas não estão habituadas a viverem dessa maneira...a hora certa com os filhos...ela saber que quando chegam enquanto já jantaram é mau para os meus pais...mas já não tem essa mentalidade, está livre...direito da criança, direito dos jovens, isso é doença na mesma...por isso todo mundo está doente..."
36. "...portanto as pessoas negam essas coisas de que foi o espírito, isso acontece...outro pode ir a casa de uma pessoa ser dada comida, "*capulana*" [tecido que se veste como saia], brincos e dizerem que foi enfeitada assim..."
37. "No meu ponto de vista acho que a pessoa precisa muito de ajuda, eu costumo dizer que talvez os psicólogos é que podem ajudar os doentes

Representações de Doença Mental em Maputo

mentais, porque tentando compreender as preocupações dessas pessoas e tentando dar soluções."

38. "...desde o momento que cumpre aquilo que os médicos dizem, fica curado mesmo de vez..."

39. "Pode ser no hospital, pode ser fora...é relativo desse tipo de doença...se é relativamente ao hospital o hospital vai curar, se não é relativamente ao hospital, o hospital não vai curar, cada coisa no lugar..."

40. "...se a pessoa fizer uma combinação de psicoterapias, psicofármacos e tiver um suporte familiar social e afectivo."

41. "...É possível através de um tratamento médico, em casos de deficiência...talvez não curar, mas melhorar de modo a que as pessoas enquadrem-se num meio único, no social...De outro modo em casos espirituais, curar através de exorcismo, ou curandeiros..."

42. "Se ele não tem paciência...uma pessoa que tem doença mental, tem...faz muitas coisas...se esse tal o médico não ter paciência não pode conseguir atender, mas quando tem paciência, atende...de livre vontade atende...tanto na parte do curandeiro pode atender, no médico tradicional..."

43. "...então não é uma doença que podemos pensar que passa na totalidade porque a pessoa já tem um defeito...é como se estivéssemos a falar de um asmático que já tem defeito naquele bronquíolo, não é muito fácil dizer que esta doença vai desaparecer, mas pode estabilizar, e pode ter uma vida normal."

44. "Tratada de forma a reduzir a intensidade dos sintomas, deste modo alivia-se o sofrimento psíquico do individuo."

45. "Com o tratamento acredito que haja um certo controlo e não agravamento da doença"

46. "Acho que a minha experiência prova que não, há quem recupera, mas curar eu acho que não é possível."

Representações de Doença Mental em Maputo

47. "Mesmo se a doença não for nessa perspectiva tradicional acho que não é possível curar, só melhorar."
48. "...eu acho que curadas a cem por cento não, mas eu acho que pode trazer melhorias..."
49. "...eu não creio que realmente a pessoa fique curada, pode ter, como eu disse, os seus cinco minutos de lucidez, mas curada não..."
50. "Sim, a doença mental pode ser controlada."
51. "Penso que sim, que a doença mental pode ser controlada."
52. "A doença mental não pode ser curada, apenas pode ser controlada."
53. "No hospital eles também podem curar, há doenças que podem curar, eles trabalham na base deles, não é..."
54. "Sim, acho que se pode curar no hospital."
55. "...então no hospital vão lhe tratar da doença..."
56. "...também no hospital cura se não é de «*maghine*» [*doença de chamamento para ser curandeiro*]"
57. "...as vezes pode bater pessoas...estragar coisas, enquanto aquilo ali, parte daquela doença..."
58. "...ser amigo, estar perto dele, falar melhor, acarinhar, babar..."
59. "...por exemplo quando a pessoa diz, não estou bem, eu não sou capaz de dizer "ah vamos lá ao hospital", não está sentir o que sente aquela pessoa...tem que consentir, se pôr no lugar daquela pessoa..."que tal se fosse eu?"..."...aí é que a pessoa toma consciência..."

Representações de Doença Mental em Maputo

60. "É acarinhar a pessoa, consolar a pessoa, dar de comer, acompanhar os passos porque aquilo é uma doença, aquele é um doente."
61. "...por isso eu digo procuramos o meio de ajudar, falando com ele, para ele ficar melhor...o meio de ajudar é acarinhar a ele, cuidar, dar o braço..."
62. "...as vezes anda, anda pode chegar num sítio parar...só pensou até ali e ficou limitada, parou...mais tarde vai continuar de novo a andar, aquilo é uma doença também..."
63. "...então acaba sendo um *stress* para a família, primeiro para a família e depois para a sociedade..."
64. "Preocupação com a pessoa, preocupação em levar para o Hospital..."
65. "A família quando anda a pensar muito é maneira de ficar doente também, de contaminar, porque veem essa nossa situação, nosso filho, começa já a pensar, mas é preciso evitar essas coisas..."
66. "Sim, muda alguma coisa...primeiro porque ele vê os familiares a abandonarem-lhe, os amigos a abandonarem-lhe, estigma que vai sentindo na sociedade..."
67. "Para o doente, a consequência da doença mental, é que ele fica extinguido da sociedade, praticamente, é um individuo que não faz parte da sociedade, não faz parte da sociedade, não tem sanidade para tal."
68. "...eu acho que a tendência das pessoas quando veem essas pessoas na rua é de afastar-se, não porque as pessoas...nem chega a ser é discriminação...é uma atitude...é algo...não é premeditado, a gente faz aquilo por impulso..."
69. "Nós em parte somos hipócritas e ignorantes...hipócritas e ignorantes porquê?!... porque nós podemos saber que uma determinada pessoa próxima, tem essa doença, mas nós excluirmos essa pessoa...vamos sair com amigos e não convidamos por saber que aquela é doente...é isso

Representações de Doença Mental em Maputo

é...nós não estamos a aceitar, não estamos...isso é uma rejeição..."

70. "...o estigma é um pouco parecido com o HIV, se eu sei que tu tens, posso ser teu familiar, posso dizer que está tudo bem, mas estou sempre a condenar-te por dentro em algum momento, são muito poucos aqueles que não condenam..."

71. "E assim, podem superproteger o doente ou isolar, discriminar ou mesmo abandonar..."

72. "No geral, ela é vista como portadora de consequências negativas porém, se a pessoa portadora e sua família tiverem uma adaptação funcional se houver factores protectores ela pode ser uma experiência que contribui para uma construção vivencial, isto é, uma experiência constructiva e promotora de crescimento."

73. "Mas pode acontecer também de as vezes a doença unir a família, mas é muito raro."

74. "A consequência é de prejudicar mesmo o próprio doente, porque o próprio doente pode ter cicatrizes no corpo que nem para ele que é corpo dele está bem cuidado...as vezes pode dormir sem roupa, pode molhar, queimar com calor, então prejudica muito"

75. "...em vez de ter aquela doença mental, provoca outras doenças no corpo dele por causa da própria doença..."

76. "...ver que aqui tem mosquito, pelo menos fazer tentativa de conservar a saúde dele, ele mesmo já está nesse estado..."

77. "...não se preocupa com ele, ter coisas em casa...ou começa a recolher ou a comer o lixo..."

78. "...o próprio nível de vida, a pessoa já não se preocupa em trabalhar, em fazer algo que é benéfico, vive ao livre é normal para ele..."

79. "...o governo poder ver bem essas bebidas que temos no mundo e aqui, porque noutros países essas bebidas são exigidas que tenham melhor qualidade e quantidade de percentagem do álcool..."

Representações de Doença Mental em Maputo

80. "...desenvolver no doente a autonomia devido ao equilíbrio."

81. "Acho que deve haver uma interligação das diferentes práticas do tratamento - psicólogo, médico, psiquiatra..."

82. "Quanto ao próprio tratamento depende do tipo e do grau em que está a doença, por as vezes é necessário que fique no hospital, mas também o próprio hospital tem que ficar preparados para se dizer que isto não é um hospital é uma segunda casa, isso permite com que a pessoa...ajuda a melhorar, a pessoa ao sentir-se confortável...o hospital as vezes torna a coisa mais depressiva...e daí facilmente volta para casa..."

83. "Acho que tinha que se melhorar a qualidade do atendimento no Hospital."

84. "A droga também, eu acho que poderia fechar por completo..."

85. "A doença mental está muito em cima...para fechar tem que deixar droga, e as bebidas haver horário de fechar, dizer que olha até as tantas horas já não podemos abrir as barracas, para os miúdos estarem em casa, porque não sabem se controlar..."

86. "A doença mental vai sendo uma doença que não tem fim, porque ainda há venda dessa "*suruma*", bebida, comprimidos...se fabrica comprimidos em pó, para pôr na bebida...como há-de terminar a doença mental?!...a doença mental não tem fim..."

87. "Eu fui para Portugal e um médico moderno disse-me que a cura deve-se procurar de várias maneiras...há uns que dizem que aguardante não cura, para outros cura, outros dizem que vinho cura, outros não...tudo aquilo é a maneira de curar, é uma pesquisa, porque a pessoa não sabe qual é o melhor tratamento..."

88. "O que nós desejamos é que os médicos modernos continuem a fazer pesquisa..."

89. "...se eu soubesse curar essa doença, eu mesmo teria ligação com médicos tradicionais, com os médicos modernos, para se juntar, aquele

Representações de Doença Mental em Maputo

dizer eu consigo isto, outro dizer eu consigo aquilo, em conjunto...para conseguir eliminar essa doença."

90. "Tem que haver essa ligação, se o problema não é "comigo" há-de ir ao hospital, se não é com ele há-de vir para cá..."

91. "...por exemplo ele foi ao curandeiro e não seguiu as recomendações, então fica maluco também..."

92. "Dia e noite as pessoas estão a beber, essas bebidas que fazem para a pessoa enlouquecer...eu nunca ouvi de que alguém ficou maluca por beber aguardente."

93. "Também tenho acompanhado aqueles que ficam malucos por problemas espirituais, mas a pessoa não aceita se entregar para ser curandeiro, seguir os espíritos..."

94. "Porque há aqueles que tem aquela doença enquanto tem "*maghine*" é para ser curandeiro também, tem essa doença se a pessoa nega de ir tirar curso..."

95. "...tem a ver com um pouco de genética...em famílias que tem históricos de doenças mentais, parece que tende a repetir alguém com esses comportamentos..."

96. "...fazendo uma análise, a irmã do meu chefe, já se chegou a conclusão que está com um problema psíquico, até umas semanas antes de ela cair...estar nesse estado, ela esteve la no serviço, apareceu, cumprimentamos, rimos, gozamos com ela...passado umas duas semanas ele veio dizer que a irmã não estava bem, não fala coisa com coisa..."

97. "Curandeiros são pessoas que gostam de destruir as famílias...marido e mulher podem se separa através dele..."

98. "...a pessoa acaba se machucando, a parte externa é que sofre, porque a pessoa por dentro pensa que está tudo bem..."

Representações de Doença Mental em Maputo

99. " Porque quando muitos convidam esses curandeiros, as vezes eles também provocam coisas para cada vez mais...a sorte do homem é troca por um bom dinheiro...hão-de vir sempre, porque é isto é aquilo...nada disso..."

100. "...a pessoa por ser doente mental, eu acredito que a pessoa não tem noção se está perder tempo ou não, a pessoa até um determinado ponto, fica indiferente, porque eu acredito que o próprio doente nem sabe o que se passa com ele..."