

**REPRESENTAÇÕES SOBRE A PESSOA PORTADORA DE DOENÇA  
MENTAL NA ILHA DE SANTIAGO – CABO VERDE**

Dissertação

**Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins**

Porto, 2020



**REPRESENTAÇÕES SOBRE A PESSOA PORTADORA DE DOENÇA  
MENTAL NA ILHA DE SANTIAGO – CABO VERDE**  
REPRESENTATIONS ABOUT THE PERSON WITH THE MENTAL ILLNESS IN THE  
ISLAND OF SANTIAGO - CAPE VERDE

Orientadora: Regina Pires, Professora Adjunta,  
Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Co-orientadora: Isilda Ribeiro, Professora Adjunta,  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins**



*“A explicação a todo custo do que não compreendemos,  
pode levar ao risco maior de um mundo desencantado.”*

*François Laplantine*



## Agradecimentos

A Deus,

À Professora Regina, pelo seu carinho, pelo acompanhamento que me deu desde início e por toda a sua ajuda que permitiu que esta dissertação fosse finalizada,

À Professora Isilda, pela leitura e comentários valiosos, que contribuíram para melhoria desta dissertação,

Ao Orlando, pelos nossos momentos de amor e estudo, com a paciência que só ele tem de me acompanhar neste caminho,

Aos meus pais, em especial à minha mãe, por sempre me terem acompanhado nas decisões da minha vida e percurso académico e incentivado a continuar, mesmo quando a distância fazia doer. Por terem feito de mim o que sou.

Nini por tudo que és, pelo enorme orgulho que me fazes ter de seres minha irmã e por tudo o resto que nós sabemos,

À Céu, por todos os favores que me fez estes últimos tempos...

À Inês Coelho pela leitura cuidadosa deste trabalho e pelos seus valiosos comentários.

Aos profissionais de Saúde...

Aos familiares dos doentes mentais que partilharam comigo as suas histórias...

A todos os doentes mentais e a todos os excluídos.

A todos que têm interesse pela psiquiatria e que desejam mudar a forma de encarar a doença mental.

A todos os que não são citados, mas que marcaram o percurso da minha vida.



## Resumo

---

Mais do que nunca, as doenças e os transtornos mentais estão presentes na vida dos indivíduos. Procuram-se explicações e significados para a existência da doença mental, de forma a perceber como o ambiente, as crenças e os costumes interferem na saúde mental do indivíduo. Procuram-se novos caminhos que possam conduzir à compreensão e superação desses fenômenos. Verificamos que a doença mental foi percebida ao longo dos séculos, e ainda é, com recurso a diferentes interpretações e significados. Associados a cada uma destas interpretações encontram-se momentos históricos diferentes e significados culturais vastos e complexos. A existência de muitos tabus e episódios históricos negativos associados à doença mental tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral e contribui para o preconceito e o estigma da pessoa com doença mental.

O presente estudo tem como objetivo contribuir para uma melhor compreensão das representações que a população local da Cidade da Praia, em Cabo Verde, possui sobre o doente mental, no sentido de melhorar a atuação dos profissionais de saúde, reduzir o estigma e o impacto que a doença mental tem na vida do doente e na sociedade em geral. Este é um estudo de abordagem etnográfica, qualitativo, para o qual a recolha de dados foi efetuada entre junho e julho de 2019, através de entrevistas semiestruturadas.

O grupo de participantes foi constituído por 12 indivíduos: três líderes religiosos; um médico espírita membro do movimento espiritualista Racionalismo Cristão; um chefe da Comunidade dos Rebelados; um doente internado no Hospital Psiquiátrico Extensão Trindade; um representante da Comunidade El-Shadai; três familiares de doentes internados e dois moradores da Cidade da Praia. A análise dos dados foi efetuada sem categorias à priori, segundo o método proposto por Bardin (2010).

Este estudo aproximou-se da perspetiva teórica do conceito de representação social, tendo como principais autores Serge Moscovici (1978) e Denise Jodelet (2011). Foi possível apurar através da análise das representações, que existe uma conotação negativa associada ao doente mental e que o recurso a tratamentos alternativos é notório. Acrescenta-se a constatação de transtornos associados a consumos abusivos de substâncias psicoativas como a chamada “padjinha” (canábis), com principal ênfase nas bebidas alcoólicas, nomeadamente com o “grogue”.

**Palavras-chave:** Doente Mental; Saúde Mental; Crenças; Representações

---



## Abstract

---

More than ever, mental illnesses and disorders are increasingly present in people's lives. Several explanations and meanings are given for the existence of mental illness in order to understand how the environment.

New paths have also been explored for understanding and overcoming these types of phenomena. We found that mental illness has been perceived over the centuries, and still is, through different interpretations and meanings. Associated with each of these interpretations we can find different historical moments and vast and complex cultural meanings.

The existence of many taboos and negative historical episodes associated with mental illness tends to accentuate the feelings of insecurity in society and contributes to the increase the prejudice and the stigma of the person with mental illness.

This study aims to contribute to a better understanding of the representations that the local population of Cidade da Praia, in Cape Verde, has about the mentally ill, in order to improve the performance of health professionals, reduce the stigma and the impact that mental illness has on the patient's life and society in general.

This is a qualitative, descriptive and exploratory study for which data collection took place out between June and July of 2019, through semi-structured interviews. The group of participants consisted of 12 individuals: three religious leaders; a spiritist physician who is a member of the Christian Rationalism spiritualist movement; a chief of the Rebelados Community; a patient admitted to the Hospital Psiquiátrico Extensão Trindade; a representative of the El-Shadai Community; three relatives of inpatients and two residents of Cidade da Praia). Data analysis was performed without a priori categories, according to the method proposed by Bardin (2010).

This study tried to approach the theoretical perspective of the concept of social representation (Moscovici, 1978; Jodelet, 2011). It was possible to ascertain, through the analysis of the representations, that there is a negative connotation associated with the mentally ill patient and also that the use of alternative treatments is frequent. We also find that many disorders are associated with abusive consumption of psychoactive substances, such as the so-called "padjinha" (cannabis), with the main emphasis on alcoholic drinks, namely with "grog".

**Keywords:** Mentally illness patient; Mental health; Beliefs; Representations

---



## Chave de Siglas

a.C	Antes de Cristo
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
Cit.	citado
CRMT	Centro Regional de Medicina Tradicional
HAN	Hospital Agostinho Neto
IASD	Igreja Adventista do Sétimo Dia
IURD	Igreja Universal do Reino de Deus
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIDE	Polícia Internacional de Defesa de Estado
PNDS	Plano Nacional Desenvolvimento Sanitário
Séc.	Século



# Sumário

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>1 Enquadramento Teórico</b>	<b>5</b>
1.1 Evolução Histórica do Conceito de Doença Mental . . . . .	5
1.2 Conceito de “representação” . . . . .	12
1.3 Interfaces entre a Psiquiatria e a Cultura . . . . .	15
1.4 Cabo Verde . . . . .	16
1.4.1 Medicina e Saúde . . . . .	17
1.4.2 Crenças e Religiosidade . . . . .	19
1.4.3 Política governamental para a saúde mental em Cabo Verde . . . . .	24
<b>2 Enquadramento Metodológico</b>	<b>27</b>
2.1 Tipo de Estudo . . . . .	27
2.2 Objetivos e Questões de Investigação . . . . .	28
2.3 Participantes . . . . .	30
2.4 Técnica de Recolha de Informação . . . . .	31
2.5 Procedimentos . . . . .	32
2.6 Considerações Éticas . . . . .	33
<b>3 Apresentação, Análise e Discussão de Resultados</b>	<b>37</b>
3.1 Representações sobre a pessoa portadora de doença mental . . . . .	38
3.2 Representações sobre a doença mental . . . . .	44
3.3 Representações do tratamento da pessoa com doença mental . . . . .	50
<b>Conclusão</b>	<b>61</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>63</b>
<b>Anexo I: Guião da Entrevista</b>	<b>71</b>
<b>Anexo II: Questionário</b>	<b>75</b>
<b>Anexo III: Informação ao Participante</b>	<b>77</b>
<b>Anexo IV: Pedido de Autorização do Comité Nacional de Ética</b>	<b>79</b>
<b>Anexo V: Deliberação do Comité Nacional de Ética</b>	<b>81</b>

<b>Anexo VI: Declaração de Consentimento Informado</b>	<b>85</b>
<b>Anexo VII: Pedido de Autorização ao Diretor do Serviço de Psiquiatria</b>	<b>89</b>

## Índice de Figuras

Figura 1	Esquema das dimensões do “Eu”, adaptado de Sow (1978) . . . . .	13
Figura 2	Desenho do Estudo . . . . .	29
Figura 3	Categorias e as subcategorias . . . . .	37
Figura 4	Categorias do domínio Representações sobre a pessoa portadora de doença mental . . . . .	38
Figura 5	Categorias do domínio Representações sobre a doença mental . . . . .	45
Figura 6	Categorias do domínio Representações do tratamento da pessoa com doença mental . . . . .	51



## Introdução

Estima-se que em todo o mundo mais de 450 milhões de pessoas possuam algum transtorno mental. Calcula-se, ainda, que um quarto da população mundial sofrerá de algum transtorno mental durante a sua vida. Estas perturbações provocam um elevado índice de incapacidade e mortalidade e representam 8,8% da carga de morbilidade total nos países de baixo rendimento e 16,6% nos países de rendimento médio. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) previa que, em 2030, a depressão seria a segunda maior causa de morbilidade nos países de rendimento médio e terceira nos países de rendimento baixo (OMS, 1999).

A doença mental, para além das consequências fisiológicas próprias da enfermidade, acarreta uma enorme carga de consequências sociais, sendo o isolamento a que o doente frequentemente é sujeito, a que mais se destaca. Ao debruçar-nos sobre a História da Humanidade, verificamos que os doentes mentais foram, repetidamente, alvo de discriminação, exclusão social, abuso e estigma, obrigando-os a viver à margem da sociedade. O doente mental foi e continua a ser visto muitas vezes com medo e aversão assim como objeto de curiosidade, fatores que contribuíram para o aumento do interesse na investigação nesta área.

O estudo destas questões tem permitido uma melhor compreensão sobre a forma como foram construídas as atuais representações sobre o doente e a doença mental, e como estas interferiram e continuam a interferir na construção da sua identidade. Contudo, prevalece ainda uma enorme complexidade em volta de tudo que lhe diz respeito, salientando-se a importância da abordagem multidisciplinar para uma melhor compreensão desta problemática.

De acordo com Morant (2006), podemos dizer que o campo da psiquiatria é caracterizado pela heterogeneidade e incerteza, coexistindo múltiplos discursos, teorias e hipóteses para a doença mental (Pires, 2003). Modelos explicativos para a doença mental proliferam: biológicos, psicológicos, sociológicos e biopsicossociais (Scheid; Brown, 2010).

O modelo biológico surge de evidências científicas que apontam para as variáveis genéticas da doença mental e dos avanços farmacêuticos ao nível da medicação, que impulsionaram o conhecimento da química cerebral (Schwertz & Corcoran, 2010). Este conceptualiza a doença mental como uma doença do cérebro (Cowan, Harter & Kandel, 2000; Joffe, 2001). Os avanços da neuroanatomia têm igualmente permitido correlacionar a estrutura cerebral e o comportamento humano (Schwertz & Corcoran, 2010).

O modelo psicológico defende que fatores psicológicos fazem com que a pessoa seja mais ou menos vulnerável a transtornos mentais (Moscovici, 1978). No modelo sociológico são os fatores sociais que possuem um papel de destaque. Estes fatores, essencialmente associados

a mudanças sociais repentinas, alterações biográficas e familiares abruptas, más condições de trabalho ou outros fenómenos como a exclusão social, são os agentes que podem despoletar o aparecimento de uma doença mental (Horwitz, 2010; Thoits, 2010). Já o modelo biopsico-social, aglutina as vertentes biológica, psicológica e social e trabalha com os diferentes fatores de cada uma delas (Nassir, 2010).

A ideia simplista de que saúde mental é o contrário de doença mental e que a normalidade é o oposto de anormalidade, obrigando a existência de uma à exclusão da outra, está a ser paulatinamente rejeitada pelos profissionais de saúde e pela comunidade científica. O conceito tornou-se tão amplo quanto o próprio conceito de saúde, englobando condições gerais de vida que passam pela alimentação, pelas condições de trabalho e de habitação, pelas modalidades de lazer, pelo tipo de acesso a informações/conhecimento, pelo grau de participação política e religiosa, entre outros.

O enfermeiro de psiquiatria, enquanto profissional ligado diretamente ao cuidado daqueles que sofrem de doença mental, deve fundamentar a sua atividade na melhor evidência científica e procurar a atualização contínua do seu conhecimento e das suas práticas, por forma a prestar os cuidados mais efetivos. O presente estudo teve como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente mental, através do aumento do conhecimento sobre o doente mental, nomeadamente, na cidade da Praia, em Cabo Verde, contexto geográfico onde foi realizada a investigação.

Neste sentido, a investigação teve como principais objetivos:

- Conhecer as representações da população da Cidade da Praia sobre a pessoa portadora de doença mental;
- Conhecer as representações da população da Cidade da Praia sobre a doença mental;
- Conhecer as representações da população da Cidade da Praia sobre o tratamento da pessoa portadora de doença mental;
- Perceber a influência da cultura nas representações sobre a pessoa portadora de doença mental.

Neste estudo, a abordagem é feita a partir de uma “história vista de baixo” (Burke, 1992), contada através da visão de pessoas comuns e da própria visão do doente. De acordo com a pesquisa realizada, existem dois estudos em Cabo Verde que, recorrendo à abordagem etnográfica, envolveram indivíduos com doença mental.

Mateus (1998) analisa a existência de fatores culturais relevantes, tais como a concepção da doença, o grau de tolerância, os fatores desviantes, os modelos causais e de tratamento para a doença, e os mecanismos locais de inserção ou de exclusão social de pacientes com esquizofrenia e seus familiares.

No segundo estudo, seguindo também um olhar etnográfico, Mello Freyre (2011) analisa, de forma comparativa, os delírios em pacientes esquizofrênicos em três estabelecimentos psiquiátricos no Brasil, Cabo Verde e Portugal. Ao identificar as representações da população sobre o doente mental, espera-se contribuir para ampliar o conhecimento sobre a doença mental e aperfeiçoar a atuação dos profissionais de saúde na abordagem ao doente mental e, nomeadamente, concorrer para a redução do estigma e do impacto da doença mental na vida do doente e respetiva família, bem como na sociedade em geral.

A motivação para o tema deste estudo surgiu da inquietação e do grande interesse pela etnopsiquiatria que, aliado às raízes africanas da investigadora e ao interesse em aplicar a “fórmula holística” da visão da enfermagem na abordagem à pessoa com doença mental, desencadearam um conjunto de interrogações acerca do carácter psicopatológico e cultural da “loucura”, durante um período de estágio realizado nos meses de maio a julho de 2019, num Hospital Psiquiátrico em Santiago, Cabo Verde.

Durante os cerca de dois meses e meio de duração deste estágio clínico no Hospital Agostinho Neto - Extensão Trindade em Santiago, Cabo Verde, houve inúmeras situações que levaram ao questionamento acerca das problemáticas relacionadas à doença mental neste contexto de tratamento que era o Hospital. Neste processo de questionamento constante foram levantadas as seguintes questões, que nortearam o estudo:

- Quais as representações da população da Cidade da Praia sobre a pessoa portadora de doença mental?
- Quais as representações da população da Cidade da Praia sobre a doença mental?
- Quais as representações da população da Cidade da Praia sobre o tratamento da pessoa portadora de doença mental?
- Qual a influência da cultura nas representações sobre a pessoa portadora de doença mental?

Este estudo foi estruturado em três partes distintas: a primeira, abordando o enquadramento conceptual, inclui a revisão teórica dos conceitos mais pertinentes mobilizados para o estudo. A segunda corresponde à metodologia utilizada, tipo de estudo, pertinência do mesmo, finalidade, questões orientadoras da investigação, contexto, participantes, recolha de dados, tratamento dos mesmos e as considerações éticas. Na terceira parte são apresentadas a discussão e análise dos resultados. Por fim, é apresentada a conclusão do estudo, com destaque para os pontos mais relevantes da investigação, bem como as suas limitações e propostas para futuros desenvolvimentos.



# 1 Enquadramento Teórico

*“Toda a pesquisa é dependente da teoria: a pesquisa puramente empírica é virtualmente impossível. Ora o papel da teoria é tornar visível o invisível, definir padrões e conferir significados aos tipos de observações (...).”*

*Moreira, 2004, pág. 448*

## 1.1 Evolução Histórica do Conceito de Doença Mental

### A Psiquiatria na Europa

Alguém disse que a história da loucura pode ser interpretada como a história da sua representação. Alexander e Selesnick (1980) afirmaram que a evolução da Psiquiatria e da assistência prestada ao doente mental indica que, a cada modalidade terapêutica proposta, a cada atitude definida diante da loucura, esteve sempre subjacente uma representação de doença mental, como expressão das interpretações hegemónicas que circulavam no imaginário social. Ao longo da História, as definições de “loucura”, a sua aceção como doença mental – área de estudo da emergente Psiquiatria - e, por fim, a posição desta especialidade médica na sociedade, foram-se modificando.

Neste subcapítulo, não se pretende esgotar a história da loucura no Ocidente, o que até se mostraria tarefa impossível tendo em conta a diversidade e riqueza que esta possui, mas sim destacar alguns dos acontecimentos mais importantes da sua história, assim como as alterações sofridas ao longo do tempo e que construíram as representações que hoje permeiam as relações e as práticas, no que diz respeito ao doente mental.

Em História da Loucura, Michel Foucault (1972), descreve as práticas sociais e institucionais sobre a loucura, a fim de evidenciar de que forma essas práticas conceberam novos tipos de saber, conceitos, técnicas, subjetivações e sujeitos de conhecimento. Para Herzlich (1991), a História é um recurso e um caminho para articularmos as representações com as épocas, partindo do pressuposto de que estas não surgem do nada, mas que se constroem socialmente ao longo do tempo. Nesta perspetiva antropológica, Mauss (2008) considera que as perturbações mentais para além de se organizarem em categorias, adquirem classificação e formas predominantes diferentes em diferentes sociedades e diferentes em determinado momento da história da mesma sociedade.

Para além disso, as doenças mentais foram também, ao longo do tempo, percebidas e interpretadas de maneiras diferentes, quer seja através de um olhar científico, metafísico ou

sobrenatural e/ou religioso (Foucault, 1972). De acordo com Sevalho (1993), as primeiras representações sobre saúde e doença foram mágicas. A doença era vista como resultado de entidades sobrenaturais externas contra as quais o ser humano nada poderia fazer.

Na Antiguidade Clássica, antiga civilização greco-romana, a loucura era apresentada sob três perspetivas: a loucura como manifestação sobrenatural motivada pelos deuses; a loucura como produto dos conflitos passionais do homem, permitidos ou impostos por deuses e, por fim, como efeito de disfunções somáticas, causadas eventualmente por circunstâncias afetivas (Pessotti, 2001). A cura era procurada através de conhecedores de práticas ancestrais, muito comuns nas culturas das antigas civilizações.

Na Era Clássica (Alexander & Selesnick, 1980) nos poemas de Homero, acreditava-se que quem sofria de insanidade mental tinha ofendido os deuses, que por sua vez o castigavam, fazendo-o comportar-se estranhamente. Nessa conceção, Pessotti (2001) afirma que eram os deuses e os seus instrumentos que roubavam a razão dos homens e os enlouqueciam, afirmando que essa visão mística, sem uma conceção estruturada e articulada da natureza humana, durou até os tempos pré-socráticos (final do séc. VII ao final do séc. V a.C.).

Hipócrates, com a sua perspetiva humoral, estabeleceu uma passagem do sobrenatural para o natural, no que diz respeito às representações de saúde e doença (Sevalho, 1993), sendo o primeiro a tentar explicar racionalmente as doenças com base em causas naturais, sendo por isso chamado o “pai da Medicina”. Para Hipócrates, a saúde existia na harmonia e no equilíbrio dentro do sistema humoral, constituído por quatro humores fundamentais: o sangue, a pituitária, a bÍlis amarela e a bÍlis verde-escura (bÍlis negra). A loucura também se explicava dessa forma, sendo a desrazão, o delÍrio e o descontrole emocional resultado das disfunções humorais (Sevalho, 1993).

Apesar de primitiva, esta explicação organicista utilizava o método racional, e terminava com as explicações mitológicas e teológicas. Mas esta tendência declinou-se gradualmente e desapareceu durante a Idade Média.

Durante a Idade Média, o mundo ocidental foi profundamente influenciado pela Igreja Católica Romana, a qual voltou a dar às representações de saúde e doença um carácter fundamentalmente religioso. A invasão de tribos bárbaras e a presença de pestes, levou o povo a procurar consolo em explicações sobrenaturais e o cristianismo satisfazia muitas das necessidades das massas desmoralizadas. Os santos eram venerados e invocados para prevenir doenças (Foucault, 1972).

Szasz (1978), afirma que essas crenças sobrenaturais levaram a um movimento organizado, na Europa nos séc. XIII e XIV, de “caça às bruxas”, denominado de Santa Inquisição, tendo à frente a Igreja Católica e os seus dogmas, com o objetivo de proteger a sociedade contra o “mal”, sendo este a feiticeira/bruxa e o protetor da sociedade, o inquisidor. Devido ao comportamento desviante da considerada “normalidade”, os doentes mentais passaram a ser vistos como capazes de comunicarem com seres diabólicos, tornando-se assim vítimas de perseguição.

A religião, com a sua “caça às bruxas”, teve grande influência nas representações dos portadores de deficiência e de doença mental, uma vez que esses conceitos demonológicos geravam não apenas representações, como também comportamentos persecutórios que resultavam em encarceramento, tortura, flagelação ou até a morte dos doentes mentais. Tais atos eram encarados como “tratamento”, exorcismos que libertavam o corpo e a alma do indivíduo, do mal que o tinha aprisionado (Szasz, 1978).

Durante a Santa Inquisição, de 1370 a 1702, foi instituído o *Directorium Inquisitorum*, documento da Igreja Católica que prescrevia a tortura e a fogueira, estimulando, com indulgências, a denúncia para o extermínio de qualquer pessoa que fosse caracterizada como bruxa ou endemoninhada (Pessotti, 2001). Durante esse período, os portadores de deficiência e os loucos eram encarados da seguinte forma: “O homem é o próprio mal quando lhe falta a graça celestial a iluminar-lhe o intelecto, assim dementes, são em essência seres diabólicos” (*Directorium Inquisitorum* cit. Pessotti (1996), pp.87).

O *Malleus Maleficarum*, outro documento escrito pela Igreja Católica, datado de 1484, destinava-se a instrumentalizar e capacitar inquisidores e eclesiásticos em geral, com uma sólida doutrina demonológica, para identificar casos de possessão diabólica e exorcizá-los: “O diabo, ademais, é capaz de possuir os homens na sua essência corpórea, como fica claro nos casos dos loucos” (*Malleus Maleficarum*, 1484, cit. Pessotti (1996), pp.93).

Mas, a partir da Idade Média, a Europa foi atingida por um flagelo que vitimou milhares de pessoas – a lepra. O seu aparecimento deu origem a um movimento de exclusão social, que se espalhou por todo o continente. A lepra era encarada como uma punição divina, manifestação da ira de Deus sobre os homens, levando à exclusão destes doentes. Construíram-se “hospitais” afastados das cidades, onde os doentes eram abandonados e excluídos (Foucault, 1972).

A lepra alastrou-se vertiginosamente por toda a Europa e extinguiu-se com o fim das Cruzadas. Nesta altura os leprosários encontravam-se espalhados por todo o continente. No fim da Idade Média os leprosários estavam vazios e no início do séc. XVI foram utilizados para o internamento de doentes mentais (Foucault, 1972). Rezende (1994) explica que, após a Idade Média e até ao século XVI, havia uma certa “aceitação social” do louco, analisando que eram poucos os loucos que circulavam nas ruas devido ao facto de a esperança média de vida ser baixa, e porque, até então, nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão e a inaptidão para o trabalho não eram critérios importantes na determinação do normal e do anormal.

No entanto, a partir do século XV, a loucura começa a inserir-se num universo moral. “A loucura começa a avizinhar-se com o pecado, e é talvez aí que se estabelecerá, por séculos, esse parentesco entre o desatino e a culpabilidade que o alienado experimenta ainda hoje, como sendo um destino, e que o médico descobre como verdade da natureza” (Foucault, 1972, pp.99).

No século XVI, ocorre na Europa o rompimento do sistema feudal, com a implementação do capitalismo mercantil (Rezende, 1994). Assiste-se a uma modificação no sistema de vida, na socialização e na estruturação económica, acarretando um desequilíbrio no convívio social.

Em consequência, empreendeu-se em toda a Europa, a repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade (voluntárias ou não).

As medidas legislativas de repressão e exclusão complementaram-se com a criação de instituições, de casas de correção e de trabalho e dos chamados Hospitais Gerais que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa, senão punir a ociosidade e reeducar para a moralidade, mediante a instrução religiosa e moral (Rezende, 1994). Em 1676, foi estabelecido, em França, por ordem real, um Hospital Geral em cada cidade, iniciando o período da História conhecido como o Grande Internamento (Foucault, 1972). A definição de loucura no séc. XVII, como condição que justificava o internamento no hospital, ajustava-se às exigências para as quais o hospital tinha sido criado: a exclusão dos não aceites na sociedade. Para se ser considerado louco, afirma Szasz (1978), bastava ser miserável, pobre, abandonado pelos pais e não-desejado pela sociedade.

No século XVII, com o declínio do poder da Igreja e da interpretação religiosa do mundo, a dicotomia inquisidor-feiticeira desapareceu e surgiu a dicotomia alienista-insano mental, sendo o alienista o protetor da sociedade contra o mal, com o seu conhecimento e reclusão dos loucos (Szasz, 1978). Apesar de não ter sido o século XVII que “enclausorou” os loucos, foi a partir daí que se começou a interná-los, misturando-os com toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Devido a esta associação com a criminalidade e perigosidade, o louco formou laços imaginários de parentesco que não foram rompidos, permanecendo nas representações sociais e no imaginário coletivo até à atualidade (Oliveira, 2002).

No final do século XVIII, no Hotel-Dieu, em Londres, os internados eram separados em alas masculina e feminina. Agrupavam-se os doentes mentais de forma inadequada, sem espaço e sem condições. Não havia consciencialização da necessidade de cuidados médicos diários para os doentes e a falta de assistência médica devia-se ao medo do contágio pelo “mal”. Acreditava-se que existia a chamada “febre das prisões” em lugares fechados ocupados por doentes (Foucault, 1972).

Os loucos mais agressivos eram expostos como animais ao público, por vezes em bizarros circos de variedades (Rezende, 1994). Para evidenciar a verdade e a virtude pela razão, eram também utilizados nas lavouras a substituir animais de carga. Consequentemente, os loucos não requeriam qualquer tipo de proteção. Nesse sentido, eles não precisavam de ser curados (a loucura não é considerada doença), nem corrigidos (também não é vista como desvio). Para ser dominada, a loucura devia ser domesticada, pois a sua natureza era diferente da natureza do homem (Foucault, 1972).

Com a revolução burguesa e o surgimento de crises políticas, o internamento passou a ser visto como medida económica inviável. Para além da crítica política, com a crise económica e a miséria, a sociedade acreditava que quanto menos numerosa fosse uma população, mais pobre ela se tornaria, já que a produção era menor (Foucault, 1972).

Com a Revolução Francesa, surgiram ideias conjuntas para a organização económica e social das populações. Nesta linha de pensamento, os internados precisavam ser absorvidos pela

economia, uma vez que o internamento era desfavorável à mesma. Assim, as pessoas que anteriormente tinham sido limitadas e excluídas, começaram a ganhar espaço no mercado laboral e, finalmente, a abandonar os manicómios. Mas ao contrário de alguns internados, os loucos continuaram reclusos por representarem perigo para a sociedade. Classificados como improdutivos, os loucos continuariam confinados (Rezende, 1994).

Devido à valorização do conhecimento científico, o fenómeno da loucura passou a pertencer ao campo de estudo da medicina, que a acolheu como “doença mental”. Este novo status da loucura, bem como a existência de hospitais e tratamentos, fundou as práticas e o saber psiquiátrico (Oliveira, 2002).

De acordo com o autor referido anteriormente, esta nova conjuntura levou à prescrição do isolamento como tratamento necessário para a cura, não nos moldes das instituições anteriores, mas com o surgimento de hospícios. Defendia-se que o internamento da pessoa com doença mental devia promover uma mudança de pensamentos e emoções, de forma a defender o doente de si mesmo e aos outros, quanto estivesse em liberdade (Esquirol, 1838 cit. Pessotti (1996)).

Philippe Pinel (1996), psiquiatra francês, pioneiro no tratamento de doentes mentais, esteve entre os que mais defenderam o tratamento exclusivamente médico para a loucura, isolando o doente mental em instituições próprias para o efeito. Para ele, as causas da loucura eram a imoralidade. Acreditava que, pela moralização do comportamento, os comportamentos seriam corrigidos e que o isolamento era necessário para a aplicação de regulamentos internos, de forma a proteger os doentes e observar a sequência de sintomas para assim poder descrevê-los melhor (Amarante, 1995).

Pinel libertou os doentes mentais das instituições penitenciárias onde se encontravam, mas não lhes deu a liberdade. Pelo contrário, os doentes mentais passaram a ser catalogados e tornam-se objeto de estudo, de discursos e de práticas inseridas na instituição para doentes mentais (Amarante, 1995). Os manicómios passaram a ser considerados instrumentos de cura e não de exclusão e reclusão.

Na charneira do século XVIII para o século XIX, a medicina recorreu ao saber empírico (Birman, 1991) na forma como interpretaria a loucura. Sem conseguir explicar a loucura na sua nosologia classificatória, ou demonstrá-la por intermédio da anatomia patológica, os médicos dedicaram-se a considerar os critérios morais, os comportamentos e os gestos dos insanos, como quadros nosológicos da loucura. No raiar do século XX, o número de manicómios aumentou, assim como a repressão praticada dentro deles. O isolamento e os maus-tratos, aliados à má alimentação e péssimas condições de internamento, agravaram-se progressivamente chegando, no fim da II Guerra Mundial, à condição sub-humana.

O fim da II Guerra Mundial trouxe mudanças significativas tanto a nível económico como social. Para além da retoma do crescimento económico e de reconstrução social, surgiram vários movimentos civis e de tolerância para com as minorias. Estes movimentos espalhados em vários lugares do mundo, influenciaram decisivamente a ruptura do paradigma psiquiátrico construído até então. A busca coletiva por uma sociedade mais igualitária e solidária, a par da

descoberta dos psicotrópicos e da adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições de Psiquiatria, levou ao aparecimento de vários elementos que viabilizaram os movimentos de reforma psiquiátrica (Desviat, 1999).

Assistiu-se nos anos 70, tanto na Europa como nos Estados Unidos, ao aparecimento da proposta de reforma psiquiátrica que teria grande aceitação pela opinião pública. Esta reforma levaria, segundo Desviat (1999), a um movimento social em defesa dos direitos humanos dos “loucos e excluídos da razão”.

A reforma psiquiátrica punha em causa tanto a instituição asilar como a prática médica. Defendia a humanização dos cuidados e enfatizava a reabilitação em detrimento da custódia e da segregação. Basaglia, psiquiatra italiano, foi um dos primeiros médicos modernos a sugerir uma linha humanística no tratamento dos doentes mentais, lutando pela transformação radical das práticas e das instituições psiquiátricas (Amarante, 1995), ajudando a mudar o curso da história do tratamento da doença mental.

### **A Psiquiatria em África**

No final do século XIX e início do século XX, vários missionários e militares médicos foram destacados para missões de exploração e conquista. Nos lugares de expedição, descreveram fenómenos considerados de desordem psíquica, assim como terapêuticas próprias das sociedades africanas e asiáticas. Nas suas observações, os preconceitos, as categorias morais, o paternalismo e o eurocentrismo reduziam a diferença ao “exótico”. A religião foi considerada, muitas vezes, como esquizofrenia organizada, a magia como doença da cultura e o curandeiro negro-africano como epilético, histérico ou doente dos nervos.

O início da psiquiatria em África deu-se através das administrações coloniais. Foram criados neste período vários manicómios. Só a Inglaterra mandou construir 74 manicómios nas suas colónias. A França estabeleceu, desde 1878, a transladação de doentes mentais, sobretudo da Argélia e do Senegal, para o asilo de Marselha (Fanon, 2008). Contudo, após o período colonial assistiu-se a um interesse pela medicina africana, sobretudo por parte de psiquiatras africanos formados na Europa. Aperceberam-se da necessidade de oferecer assistência psiquiátrica, mantendo uma atitude de respeito para com o sistema terapêutico local (Coppo, 1988).

Após a II Guerra Mundial, inúmeras vezes críticas elevaram-se contra o colonialismo e contra as instituições de segregação e exclusão, entre as quais o manicómio. A psiquiatria começou a ser questionada por diversos movimentos de transformação institucional na Europa e nos Estados Unidos da América (Collomb, 1975). Em África, começaram os processos de luta pela independência e pela descolonização política, económica e de mentalidades e a psiquiatria que se estabeleceu na segunda metade do século XX começou a procurar outros caminhos, de forma a equacionar a tradição europeia e tradições africanas (Collomb, 1975).

Henri Collomb (1975), afirma que havia três tipos de atitudes presentes entre os profissionais europeus vinculados à saúde pública e à psiquiatria; para muitos a psiquiatria constituía

um saber sólido adquirido sobre bases fisiológicas e psicológicas que devia ser levado por todas as sociedades, sendo o conhecimento e as terapias negro-africanas considerados desprovidos de fundamento científico e sem eficácia real; para outros, as sociedades africanas eram objetos de estudo de etnólogos que descreviam e analisavam condutas e comportamentos, a partir de uma observação marcada pela não-intervenção e pela neutralidade e por fim, aqueles para quem prevalecia uma atitude de procura de outras formas de compreensão da doença mental e de tratamento, nas sociedades africanas.

Quanto aos profissionais africanos envolvidos na atenção psiquiátrica (psiquiatras, auxiliares e médicos), Collomb (1975) considera ser mais difícil a análise da sua posição face à psiquiatria. No entanto, destaca dois tipos de atitudes: os que acreditavam que a verdade se encontrava no interior da psiquiatria biológica com os seus modelos conceituais, a sua terapêutica medicamentosa, os seus aparelhos, as camas hospitalares e as roupas brancas, e os que possuíam os modelos de interpretação da própria sociedade, vinculados a sistemas explicativos da psicologia e/ou da psicanálise. Para estes a doença mental seria concebida como emergente de conflitos entre os indivíduos ou entre estes e as regras, as leis e a tradição.

Nesse percurso, estabeleceu-se uma procura de mediação entre o conhecimento médico-psiquiátrico, psicológico e psicanalítico e as proposições das medicinas locais. Com esta abertura, e através de diversas pesquisas, a compreensão do homem segundo o pensamento negro-africano pôde revelar a sua força explicativa. No meio deste debate, constituiu-se no Senegal e noutras regiões de África, um corajoso processo de transformação das instituições psiquiátricas asilares, herdadas do período colonial (Collomb, 1975).

A partir de 1950, os trabalhos desenvolvidos em algumas instituições psiquiátricas e universitárias ganharam reconhecimento internacional pelos estudos e atividades de intervenção levados a cabo em espaços manicomiais, para além de criarem possibilidades de atenção comunitária, como a Escola de Etnopsiquiatria de Dakar (Senegal), fundada por Henri Collomb e dirigida por Abdoulaye Bara Diop, e a Universidade de Ibadan (Nigéria), dirigida por Thomas Adeoye Lambo (Coulbaly; Koumarè; Coundray, 1983).

Mas apesar dos esforços realizados, os trabalhos de transformação da assistência não obtiveram os resultados esperados. Em 1994, as “celas-forte”, sempre ocupadas por pessoas desnudas, eram eventos comuns, testemunhando a inércia institucional e o abandono no qual vivia grande parte dos pacientes, resultado da pesada herança da psiquiatria colonial (Coulbaly; Koumarè; Coundray, 1983).

Verifica-se, assim, um distanciamento epistemológico profundo entre a medicina psiquiátrica de origem europeia e as medicinas negro-africanas. África tem sido, ainda nos nossos dias, terreno constante de pesquisadores de diversas origens. Pesquisas importantes são resultado, muitas vezes, do esforço conjunto de vários especialistas: antropólogos, psiquiatras, sociólogos, psicólogos. Muitos têm sido os esforços no sentido de superar os obstáculos teóricos e políticos.

Neste contexto, Ibrahim Sow (1978) ressalta a importância de tomar em consideração a noção de pessoa no pensamento negro-africano. O autor afirma que a concepção africana de

loucura inscreve-se numa perspetiva antropológica dinâmica com base numa noção de conflito no interior das redes de relações que estruturam a existência da pessoa. Tendo por base a noção de pessoa-personalidade, Sow apresenta dois esquemas que reagrupam, segundo o autor, a nosologia negro-africana.

Por um lado, o corpo como sistema vegetativo em estreita ligação com a comunidade, que determina tipos de conflitos vinculados a ele: bruxaria e envenenamento, e que põem em causa, destabiliza o princípio chamado de *igicucu bantu* ("princípio vital" no qual o homem vive) (Barros, 2004). Por outro lado, o princípio de vida que Sow (1978) entende ser estreitamente vinculado à família, determinando conflitos (bruxaria) e problemas mórbidos (doenças psicossomáticas) (1978). Afirma que a bruxaria africana é um assunto de família (linhagem) e concerne à circulação, à distribuição e à troca do potencial humano vital.

Assim, no plano psicológico e psicopatológico, ocorrem angústias agudas, neuroses graves ou surge uma depauperação lenta, progressiva e aparentemente inevitável, angústia e depressão que podem, em última instância, levar à morte. O autor resume as suas análises com auxílio de um esquema que lhe permite visualizar três pólos permeáveis e constitutivos da pessoa, dos quais ela retira sua coerência e sua força: o ancestral, os significantes culturais e a existência na biolinagem.

Sow (1978) distingue, desta forma, três dimensões constitutivas do 'eu' que garantem o equilíbrio da pessoa. A primeira dimensão (vertical), ou a articulação do 'ego' com o ser do ancestral fundador que confere ao existente, considerada como dimensão fundamental que consolida a sua continuidade no plano tríptico do ser, da existência e da cultura. Outra (horizontal) dimensão, define-se como a articulação do ego na comunidade cultural atual, que configura as relações no seio da comunidade, o lugar de cada um na relação com todos e com as regras, instituições, relações e práticas sociais, além da relação com o mundo e a natureza. Uma terceira dimensão apresenta-se como a existência da linhagem, que confere à pessoa o sentimento de plenitude de existir dentro da segurança da família africana e, ao mesmo tempo, propicia que se viva uma rede de solidariedade e uma pertença nas quais as implicações relacionais de cada um são máximas.

Piero Coppo, um fotógrafo, psiquiatra e psicanalista formado na Suíça, iniciou as suas atividades em África na década de 1970, quando realizava serviços fotográficos. O seu encontro com Kasselem Sagara em 1977, especialista dogon no tratamento de *keke* (loucura), levou-o a interessar-se e a dedicar-se durante anos à etnopsiquiatria, realizando pesquisas no Mali e na Guatemala. O seu trabalho e o de outros pesquisadores do Centro Regional de Medicina Tradicional (CRMT) de Bandiagara tornaram-se referências diretas e fundamentais para o estudo da Psiquiatria em África (Saillant & Genest, 2005).

## **1.2 Conceito de "representação"**

Este estudo baseia-se no quadro teórico das representações sociais de Moscovici (1978), entendidas como "uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um

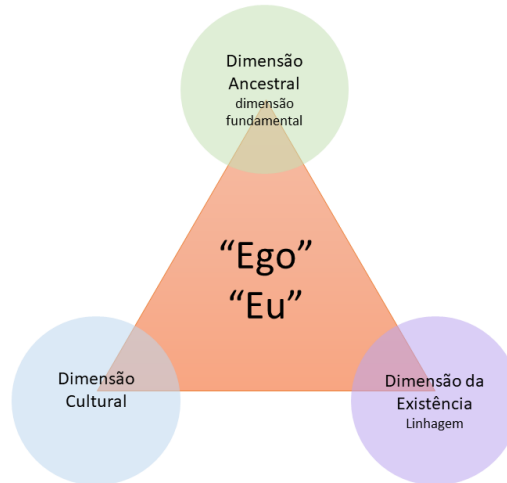


Figura 1: Esquema das dimensões do “Eu”, adaptado de Sow (1978)

conjunto social” (Jodelet, 2011, pp.22). Parte do pressuposto de que as representações sociais sofrem modificações, e que as mesmas dependem dos indivíduos e do contexto social no qual estes estão inseridos.

De acordo com Moscovici, uma representação é definida estaticamente como sendo semelhante a teorias que se ordenam ao redor de um tema, por exemplo “as doenças mentais são contagiosas, as pessoas são o que elas comem...” (Moscovici, 1978, pp.210). Serão uma série de preposições que possibilitam que pessoas ou coisas sejam classificadas, que os seus caracteres sejam descritos e que os seus sentimentos e ações possam ser explicados. Na verdade, do ponto de vista dinâmico, as representações apresentam-se como uma “rede” de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente, armazenadas separadamente na nossa memória coletiva e por isso mais móveis e fluídas que teorias (Moscovici, 1978).

Considera-se que em cada sociedade e cultura, existem formas próprias de representar e comunicar. No entanto, como diz Moscovici (1978), *mutatis mutantis* (uma vez efetuadas as necessárias mudanças), pressupõe-se que os indivíduos possuam a mesma capacidade de apresentar diversos modos de pensar e representar. Essa capacidade define o conjunto de relações intersubjetivas que o ser humano produz, referentes à realidade social. O mesmo se passa nas representações de saúde e doença. Estas sempre foram pautadas pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercam.

Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo elementos como o fogo, o ar, a terra, a água, os astros e a organização da natureza, estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento e à perspectiva da morte.

Le Goff, Le Roy & Duby (1991, pp.7) aponta que “a doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades”. De acordo com Sevalho (1993), as primeiras representações de saúde e doença foram mágicas. Entre os povos sem escrita, a doença era vista como o resultado da influência de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais a vítima comum, o ser humano não iniciado, pouco ou nada podia fazer (Sevalho, 1993).

Numa conceção seguinte, a doença pertencia à esfera religiosa e era obra dos deuses. Vista como fruto do humor divino e independente do comportamento humano – a doença-maldição. Outra representação também religiosa, mais elaborada porquanto relacional, era a “doença-punição”, consequência provocada pelo indivíduo ou pelo grupo (Laplantine, 2001).

Ainda hoje existem aspetos de carácter religioso, maldições ou castigos divinos, nas representações de saúde e doença. O medo e a culpabilidade sempre participaram da relação do ser humano com a doença, confirmando as permanências culturais.

Ainda hoje, em todo o mundo, os xamãs exercem a sua função, realizando curas através de rituais, expulsando entidades e espíritos que invadem os corpos das vítimas e sacerdotes exorcizando indivíduos. Gonçalves (1990) chama a atenção para o facto de que as manifestações clínicas e entidades mórbidas, de inspiração notoriamente sobrenatural, integram o jargão médico moderno, referindo-se aos sintomas e doenças.

Assim, nas representações da doença mental/loucura, o imaginário social atuou (permeado por crenças, mitos, provérbios, literatura) desde a Antiguidade até aos nossos dias. Segundo Spink (1993), as representações sociais não são meras (re)combinações de conteúdos arcaicos sob a pressão das forças do grupo. Estas são também alimentadas pelos produtos da ciência, que circulam publicamente através dos media e das inúmeras versões sociais destes produtos.

Refletindo sobre este conceito, Bonfim e Almeida (1991/1992) destacam que a representação social é uma modalidade particular de conhecimento. Só o conhecimento que advém do senso comum, da vida quotidiana dos indivíduos, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade é considerado como representação social. É um conhecimento prático que se opõe ao pensamento científico (Bonfim e Almeida, 1991/1992).

Esta concepção remete para as práticas sociais, sendo que as mesmas podem expressar-se em comportamentos de cuidados de saúde. Os comportamentos de cuidados de saúde de cada indivíduo podem funcionar como determinantes do seu estado geral de saúde. Todavia, este determinante é afetado por um conjunto de processos, tanto pessoais, quanto sociais (Moscovici, 1978).

Sabendo que o pensamento social, expresso pelas representações sociais e pelas crenças, pode nortear e condicionar atitudes e comportamentos, o presente estudo procurará criar um “novo saber”, ao compreender as representações e as crenças relativas ao doente mental, servindo de molde na atuação dos profissionais de saúde com as relações estabelecidas

com o doente, a família e a sociedade em geral, reduzindo assim o impacto e o estigma que geralmente estão associados à doença mental.

### 1.3 Interfaces entre a Psiquiatria e a Cultura

A evolução da razão humana, do entendimento da natureza e do ser, desde a época pré-histórica, passando por um desenvolvimento do pensamento e da compreensão do comportamento humano, determinaram o que hoje entendemos por doença mental, o seu tratamento e as suas formas de assistência.

O conceito de doença mental passa necessariamente pela inserção do doente no seu ambiente sócio-cultural. Canguilhem colocou as seguintes questões: “O que é um sintoma, sem contexto ou um pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica?” (Canguilhem, 2002). De acordo com esta compreensão, existe uma espécie de “totalidade indivisível” agregada a comportamentos individuais.

Em todas as culturas, houve indivíduos que apresentaram alterações nos seus comportamentos, tornando-se estranhos, “alienus” (Ellenberger, 1970). Após o surgimento da Psiquiatria como disciplina, houve quem defendesse, em diversos períodos, a sua falta de validade, colocando em causa a intromissão médica nos fenómenos da mente humana, movimento que deu pelo nome de antipsiquiatria. Atualmente, embora a validade e utilidade da Psiquiatria enquanto especialidade médica sejam oficialmente admitidas, não se descarta a influência dos aspetos socioculturais nas doenças da mente.

O estudo da relação entre os fenómenos culturais e a patologia psiquiátrica foi primeiramente abordado por Kraepelin, no início do século XX, com a publicação de dois artigos acerca das suas experiências com doentes mentais de Java, introduzindo a expressão “psiquiatria cultural” (Kraepelin, 1904).

Bronisław Malinowski (1922), um dos mais conceituados antropólogos do século XX, abordou as questões dos sistemas sociais e da etnografia e a sua influência na estruturação de processos mentais na sua obra magna *Argonauts of the Western Pacific*. Hoje em dia, esta temática é aprofundada pela antropologia psiquiátrica, campo da antropologia aplicado à psiquiatria, que analisa as influências do contexto sociocultural nas patologias psiquiátricas, explicando a plasticidade cultural e social de cada doença.

Contudo, a consciência da importância dessa disciplina é relativamente recente. A classificação das doenças psiquiátricas da 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) foi a que estreou a incorporação de antropólogos no diálogo da elaboração dos critérios de diagnóstico da esquizofrenia, embora ainda não se consiga comprovar a ligação etiológica entre os fatores sociais, os aspetos culturais e a esquizofrenia.

Existem diferenças significativas entre o conceito de saúde dos povos antigos e o confirmado pela ciência. Contudo, ainda hoje se verificam resquícios de ideias arcaicas sobre este assunto. Ao nível das mentalidades, as permanências são mais evidentes do que as pretensas

mudanças. Deve ter-se em mente que, de uma maneira geral, todas as tradições apresentam uma visão religiosa do mundo.

O universo visível é concebido e sentido como o sinal, a concretização ou o invólucro de um universo invisível e vivo, constituído de forças em perpétuo movimento. No interior dessa vasta unidade cósmica, tudo se liga, tudo é solidário, e o comportamento do homem em relação a si mesmo e em relação ao mundo que o rodeia (mundo mineral, vegetal, animal e a sociedade humana) será objeto de uma regulamentação ritual muito precisa, cuja forma pode variar segundo as etnias e as regiões. A violação das leis sagradas causaria uma perturbação no equilíbrio das forças que se manifestaria em distúrbios de diversos tipos (Bã, 2010).

## 1.4 Cabo Verde

Cabo Verde é um arquipélago montanhoso, de origem vulcânica, situado no Oceano Atlântico e constituído por dez ilhas (nove das quais habitadas) e oito ilhéus. Geograficamente, Cabo Verde está dividido em dois grupos de ilhas de acordo com os ventos dominantes. A Norte - Barlavento (as ilhas ao vento) - formado pelas ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista, e a Sul – Sotavento (as ilhas sob-o-vento) - a Ilha de Maio, Santiago, Fogo e Brava.

O clima (saheliano) é quente e húmido, com precipitações de uma irregularidade sazonal e espacial pronunciadas. Agosto e, sobretudo, setembro, são os meses mais húmidos em todo o arquipélago. Cabo Verde é um país de recursos naturais escassos. Pouca água, poucos solos férteis, praticamente sem recursos materiais, sem recursos energéticos fósseis, sem recursos minerais de nota e, no entanto, não é um dos países mais pobres de África, devido a uma corrente emigratória muito forte (Ventura e Mascarenhas, 2009).

Sendo um país de poucos recursos financeiros, tal facto também se reflete na qualidade de vida dos seus habitantes e nos serviços prestados na área da Saúde. O povo cabo-verdiano fala duas línguas e vive uma diversidade cultural quase única no planeta. O Português é a língua oficial e somente oficial, pois a língua falada é o crioulo, com as suas variantes conforme a ilha e a localidade de litoral ou interior, que têm também as suas variações, não impedindo, ainda assim, a comunicação (Veiga, 2004).

A sua essência mítica funde-se com a sua essência histórica, cheia de mitos, de lendas, de rituais, de cantigas, de contos que descrevem histórias violentas e pacíficas, testemunhos de relatos africanos e europeus, que apontam para as relações de poder e obediência, de dor, de nostalgia, de encontros e desencantos, de partidas e de chegadas, de carência de chuva e abundância de fome, de vida e de morte.

Existe uma dicotomia que se verifica em diversos aspetos da vida do ilhéu: o mesmo mar que liberta é o mesmo que encarcera e limita. Existe a utopia de que a liberdade habita sempre na outra margem do mar (Lopes Filho, 1995).

O tempo de escravatura deixou cicatrizes profundas na alma cabo-verdiana, passíveis de se encontrarem ainda na atualidade. E a necessidade de fuga converteu-se numa necessidade de

emigração - a eterna crença que “algum outro lugar é melhor que este”. Mais recentemente, outras formas de “fuga”, num contexto mais psiquiátrico, assolam a realidade das ilhas: o uso abusivo de álcool, drogas e o suicídio (Lopes, 2012).

A memória coletiva cabo-verdiana está fortemente ligada à sua História. A presença de escravos vindos do continente Africano e seus descendentes, as histórias de luta, de liberdade, de emigração e nostalgia compõem a ascendência de todo um povo. As suas histórias e contos evocam memórias de uma infância difícil, de dias convertidos em trabalho, da busca de alimento desde muito cedo. Nas suas narrativas, “a História e as histórias misturam-se, confundem-se, fundindo nos contos o histórico e o sagrado, sacralizando o quotidiano” (Cardoso, 2008, pp.6).

#### **1.4.1 Medicina e Saúde**

Apesar dos escassos recursos que caracterizam a economia cabo-verdiana, existe uma significativa evolução dos indicadores dos cuidados de saúde gerais em Cabo Verde. Neste arquipélago subtropical, não é de esperar uma medicina tradicional muito acentuada, devido a uma vegetação rudimentar (Szasz, 1978).

Porém, é o contrário que acontece. O sistema sanitário ocidental, existindo desde o começo do século XX, fez recuar a medicina tradicional, sem conseguir, no entanto, forçá-la a ficar numa posição marginal, como se verificou na Europa Ocidental. Já não existe muita medicina tradicional efetuada por curandeiros, mas esta mantém-se como uma medicina modesta, cujos conhecimentos são divulgados no seio das famílias. Ainda hoje, a maioria da população rural procura curar as doenças por meios tradicionais antes de se dirigir a um posto de saúde (Szasz, 1978).

A medicina popular é um corpo de conhecimentos e práticas médicas de caracterização empírica, não enquadrado no Sistema Nacional de Saúde, que se desenvolve numa dinâmica própria, segundo o contexto sociocultural e económico em que se insere (Arruda, 1991). Segundo Varela (2013), as práticas da arte de curar aparecem nas culturas de todos os continentes em todas as civilizações. Nas sociedades ditas tradicionais, como as da África Negra, estas práticas resultam de um saber empírico, adquirido ao longo dos séculos e de conceitos ligados ao universo desses povos, de uma filosofia particular.

O importante papel da flora das ilhas, enquanto recurso médico, explica-se pela sua situação isolada. Das cerca de 800 espécies de plantas, 240 são usadas para fins profiláticos, sob a forma de infusões ou xaropes. Esta medicina tradicional é praticada sobretudo entre as pessoas mais velhas e pelas que pertencem à arte de curar (curandeiros) e pelos chamados “endireitas” (Lopes Filho, 1995). A doença é geralmente compreendida como resultante de um comportamento social negativo, sancionado pelos poderes sobrenaturais (Faizang, 1986).

Em Cabo Verde, a medicina popular/tradicional é chamada de “remédio-da-terra”. Para a população, o remédio-da-terra é a utilização de recursos naturais e culturais, como plantas e minerais ou rituais de diagnóstico e cura, manipulados pelo curandeiro ou pela própria clientela na cura doméstica, segundo hábitos culturais próprios, transmitidos através da tradição

oral e utilizados não individualmente, mas fazendo parte de um conjunto de práticas do cotidiano, importante para a sobrevivência do grupo, bem como do seu equilíbrio físico, espiritual e social (Rodrigues e Trindade, 1991).

Nalgumas zonas do arquipélago, as pessoas normalmente só iam ao médico depois de esgotados os recursos por parte dos curiosos, curandeiros e “botadeiras-de-sorte” (Lopes Filho, 1995). Os agentes da cura, o curandeiro e a parteira tradicional não estão desvinculados dos agentes da doença (o bruxo e o feiticeiro). As plantas, as rezas, os amuletos, elementos da cura não podem ser desvinculados dos elementos da doença como o mau-olhado, transgressão de regras sociais e divinas.

Em suma, o “remédio-da-terra” coexiste com a “medicina oficial” num mesmo espaço social, com plena aceitação por parte da população, apesar de uma adaptação a novas técnicas e novos valores introduzidos pelo progresso médico da medicina dita “moderna” (Rodrigues e Trindade, 1991). No caso das doenças mentais, Mário Mateus (1998) apresenta três tipos de explicações possíveis para a sua existência.

As causas podem ser sobrenaturais, isto é, ligadas à noção de forças, provocadas em geral por terceiros, orgânicas e, ainda, causas reativas a situações stressantes. No caso das causas sobrenaturais, entram a ‘inveja’ e o ‘mau-olhado’, o ‘mal’ e o ‘feitiço’. A feitiçaria é, por vezes, referida como bruxaria.

No que diz respeito às causas orgânicas, Mateus considera que a diferenciação feita entre “doença da terra” e “doença de farmácia” é mais importante em Cabo Verde do que uma diferenciação entre “doenças do corpo” e “doenças do espírito”. Um exemplo de causas orgânicas é um problema dos nervos. Em Cabo Verde, distingue-se doença material e doença espiritual.

Mateus ainda acrescenta que os cuidados que as pessoas têm com a saúde relacionam-se com o acatamento e desafio às normas. Por exemplo, uma “imprudência” representa o não cumprimento de normas e cuidados de saúde, que poderão levar a uma doença. Nestas situações, os tabus servem para controlar e respeitar essas normas (por exemplo, tabus acerca da menstruação).

Em Cabo Verde, existe outra expressão semelhante a “ser imprudente” que é “pôr a doença com sua mão”, ou seja, a doença é causada por atos do próprio indivíduo que contrariam os cuidados necessários para “poupar a vida”. Quanto às causas reativas do problema ou da doença, o autor evoca o stress no relacionamento social, a falta de apoio, o isolamento e a falta de ocupação (Mateus, 1998).

Em termos de modelos de tratamento, distinguem-se a medicina oficial, o remédio-da-terra e o tratamento espiritual. Como exemplo de remédio-da-terra, o autor supracitado refere o caso de um curandeiro em Santo Antão que possui poderes de diagnóstico e cura e o facto deste apenas praticar o “bem” através de atos de cura e não de feitiçaria. Quanto ao modelo de tratamento espiritual em Cabo Verde, o espiritismo é fundamentalmente representado pelo Racionalismo Cristão, sendo que a incorporação de espíritos pelos médiuns (chamada de “manifestação”) produz frequentemente diagnósticos espirituais, nos quais são revelados feitiços, maus-olhados ou a influência de “espíritos inferiores”.

Para além do racionalismo cristão, as igrejas pentecostais, como é o caso da igreja Universal do Reino de Deus (IURD), têm vindo a afirmar a sua posição (Mateus, 1998). Nas situações de diagnóstico, recorre-se com muita frequência a tratamentos alternativos, como o “remédio-da-terra”, o racionalismo cristão e as igrejas pentecostais.

#### 1.4.2 Crenças e Religiosidade

De acordo com o relatório de 2016 da *Aid to the Church in Need* (ACN), Cabo Verde possui a mais alta percentagem de católicos, 77% entre os países africanos. No entanto, podem verificar-se os seus laços com a África continental, quando admite a existência de bruxas, feiticeiras, de práticas malignas que originam doenças, incidentes indesejáveis e morte precoce. Contudo, de acordo com Peixeira (2003), as superstições existentes foram trazidas do continente europeu.

São inúmeras as crenças que circulam em Cabo Verde. A “crença”, por vezes, é definida enquanto fé religiosa, outras vezes, como uma convicção que se pode situar noutros domínios que não o religioso e ainda, às vezes, simplesmente como credice ou superstição. A crença tanto pode ser de carácter religioso como profano. Em Cabo Verde, religiões e crenças não têm fronteiras bem definidas. É preciso distinguir a religião da superstição. Ligados à religião estão as orações fúnebres, os ritos funerários, a encomendação das almas, os velórios e os enterros (Lopes Filho, 1995).

Pode dizer-se que o povo cabo-verdiano é extremamente supersticioso. Esta superstição pertence tanto às camadas ditas eruditas, como às menos letradas, que acreditam em factos ou seres que podem dar sorte ou azar, com capacidade de fazerem o bem ou o mal. Nos rituais da morte (como o funeral e o enterro), existem cerimónias subsequentes, superstições e tabus relacionados com as mesmas.

Em Cabo Verde também são numerosos os tabus referentes ao período da menstruação, à gravidez, ao aleitamento, à alimentação, à morte e aos defuntos, e até mesmo em relação a certas palavras. Os medos aparecem sob formas ligadas ao mundo fantástico que povoam a alma do cabo-verdiano, como fantasmas, seres sobrenaturais e figuras míticas. As formas de superstição e crenças populares são primordialmente conotadas com a tradição africana, se bem que o feitiço e os bruxedos também se inserem perfeitamente na cultura popular portuguesa.

Para as pessoas mais ligadas a estas crenças, a morte está muitas vezes relacionada com causas sobrenaturais, integrando o imaginário coletivo e existe uma forte crença no espiritismo, na forma de doutrina (que será abordada mais à frente). Diz-se que as crenças e religiões terão certamente entrado em Cabo Verde com os primeiros povoadores, em 1462.

No entanto, vale a pena falar de algumas crenças que, até há cerca de uns 50 anos atrás, tinham bastante força e peso social neste país. Estas têm vindo a perder credibilidade sob o efeito da literacia, da alfabetização da cristianização, do progresso sociocultural e científico, da modernização e do poder interventivo dos meios de comunicação social que têm contribuído, por sua vez, para transformar as mentalidades e os comportamentos (Arquivo Histórico

Nacional, 1998).

O curandeirismo consiste na arte de curar diversas enfermidades e ajudar a resolver problemas. Segundo Rodrigues e Trindade (1991), os curandeiros são iniciados por outro curandeiro no processo da sua aprendizagem, mas são escolhidos por possuírem à nascença um dom – entre outros, o de curar. O curandeiro utiliza diversas substâncias de origem vegetal, mineral ou animal que prepara com base nos ensinamentos veiculados pela tradição oral.

No entanto, a sociedade aplica ao feiticeiro a punição correspondente à concepção da vida. Isto é, sendo a vida e a sua conservação o valor mais elevado a defender, todo aquele que se dedica à sua destruição, recebe igualmente o mais alto preço a pagar, ou seja, a eliminação total da vida. Contrariamente a todos os homens, o feiticeiro, após a sua morte, não é enterrado e sim incinerado ou deixado sem enterro. A sociedade africana reserva, pois, a mais terrível punição metafísica àquele que destruiu a vida e fez mau uso da palavra: a aniquilação total, a única morte verdadeira e definitiva (Rehbein, 1985).

É pela intuição, e de forma empírica, que se faz o diagnóstico das doenças e se utilizam as mezinhas para as curar. Em certos casos, o curandeiro socorre-se de fármacos aos quais junta outras substâncias. Têm existido casos em que um ou outro médico, prevendo a impossibilidade de cura, aconselha o paciente a dirigir-se ao curandeiro. O curandeiro deteta, faz o diagnóstico e decide sobre a terapia a ser utilizada, mas, antes disso, classifica a doença em “doença-da-terra” ou “doença-da-farmácia”. No caso de ser “doença-da-terra” definirá que terapia irá ser utilizada e que comportamento deverá o paciente seguir (Rodrigues e Trindade, 1991).

A “kórda” corresponde ao conceito de magia e faz-se para impedir que determinados atos se concretizem. Trata-se de um serviço que é geralmente pago (a um mágico) e em regra é feito “às escondidas”. Apesar de ser um serviço muito procurado ainda nos dias de hoje, sobretudo na ilha de Santiago, o seu descrédito é grande (muito embora, ainda haja quem acredite nos seus efeitos perversos). É uma prática que se associa a uma certa dose de crença nas capacidades de utilização de poderes ocultos (Guedes; Marques; al, 2001).

A “fetisería” foi uma prática com bastante peso na sociedade cabo-verdiana até há umas décadas atrás. Hoje, muitas pessoas deixaram de acreditar na sua existência. Existem dois tipos de “fetisería”: a que resulta de efeitos mágicos, a “kórda”, que já referimos, e o bruxedo ou encantamento, de efeitos sempre maléficos. As bruxas são pessoas de quem se diz que, por razões tidas como hereditárias, possuem um dom especial. Vêm-se normalmente associadas à eclosão de certas doenças. O feiticeiro é menos temido e menos poderoso, faz feitiço negativo em vez de curar ou ajudar (Guedes; Marques; al, 2001).

Era-se feiticeiro sem ser por vontade própria, acreditando-se que se nascia feiticeiro por uma espécie de destino. Para se protegerem dos feiticeiros, os indivíduos recorriam a inúmeras práticas. Por exemplo, para proteger uma criança, colocavam-se cruces desenhadas em “leite” de babosa (líquido que se extrai do cato Aloé Vera) na testa, no peito, nas costas, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés.

Se alguém adoecesse de repente ou morresse, a pessoa julgada feiticeira seria considerada

a causadora da desgraça. O autor indicava ou dava as mezinhas para o doente e “largava” o espírito do doente e a saúde desta era restabelecida. Também se acreditava que os espíritos dos feiticeiros tomavam a forma de animais como gatos, bois ou pássaros (Arquivo Histórico Nacional, 1998).

Enquanto bruxos e feiticeiros representam as forças do mal e estão diretamente ligados à doença e à morte, o curandeiro trabalha para o bem (Rodrigues e Trindade, 1991). Ainda hoje, alguns acreditam em feiticeiros que podem fazer o bem ou o mal, em curandeiros que curam, em bruxas e em almas do outro mundo. Pensa-se que sejam sobretudo as pessoas da ilha de Santiago as mais ligadas a estas crenças (Monteiro, 2004). Para estas, a morte está muitas vezes relacionada com causas sobrenaturais. Em Cabo Verde, há figuras aparentemente sobrenaturais, que integram o imaginário coletivo e há uma forte crença no espiritismo.

Na altura em que as crenças entraram no arquipélago de Cabo Verde, na segunda metade do século XV, mais precisamente em 1462, apenas se conhecia a religião católica. Para além desta, todas as demais confissões religiosas hoje existentes foram introduzidas a partir dos finais do século XIX, tendo a maioria delas entrado nestas ilhas depois de 1975, após o período de instauração da independência nacional (Arquivo Histórico Nacional, 1998).

Podem identificar-se 11 comunidades religiosas: a igreja Católica, a igreja do Nazareno, a igreja Adventista do 7º Dia, a igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, a igreja Pentecostal “Deus é amor”, a igreja Universal do Reino de Deus, a Igreja Nova Apostólica, a Assembleia de Deus, as Testemunhas de Jeová, o Bahá’i e o Islão. Das 11 confissões religiosas hoje existentes em Cabo Verde, todas são cristãs à exceção das duas últimas (Bäckström, 2011).

Santiago é a ilha com maior ligação a África Continental, mais ruralizada e fechada sobre si mesma, em contraste com a ilha de São Vicente, mais moderna e mais turística. Estas duas ilhas polarizam as diferenças entre os grupos do Barlavento e Sotavento, contendo dentro de si especificidades das ilhas que abarcam (Bäckström, 2011).

O espaço socializador, o capital sociocultural e a educação religiosa das famílias são igualmente modeladoras da relação estabelecida com estas práticas culturais (Saint-Maurice, 1997). Todo o povo mantém vínculos com as suas crenças, mitos, histórias e é a partir da compreensão destes vínculos que se pode compreender um povo, a sua vida, as suas tradições, a sua cultura, o que pensam do Mundo e do Homem, as suas vinculações com o divino e com a natureza (Bäckström, 2011).

A cura das doenças, na perspetiva das religiões afro-indígenas, envolve a ação dos dois mundos: material e imaterial, visível e invisível. Nada ocorre nessa tradição religiosa sem a interação desses dois mundos. Muitas vezes um desequilíbrio físico é provocado por um desequilíbrio espiritual e vice-versa. Nas sociedades africanas, a doença:

*“não é ressentida apenas como fenómeno que vem abater a dimensão física do indivíduo em particular, mas é também vivenciada em alguns casos, como uma*

*desordem espiritual do próprio homem nas suas relações com a sua família espiritual (dimensão da ancestralidade). E conseqüentemente, a doença perturba as relações sociais. Por conseguinte, as sociedades africanas geralmente concebem a doença como a ruptura do equilíbrio, da harmonia do ser humano, do indivíduo, da família, da comunidade, da sociedade e do Cosmos em geral” (Domingos, 2015, pp.28).*

Para as tradições de matriz africana a diferenciação entre doenças espirituais e físicas é muito subtil, ou seja, não há uma ideia fechada sobre o que é típico do espírito, (e por isso somente tratável espiritualmente); e o que é típico do físico (tratável pela medicina oficial). Este é o motivo mais comum da busca por cura nas comunidades tradicionais de matriz africana.

A doença e a cura aparecem como os principais fatores responsáveis pelo grande número de fiéis que as religiões afro-brasileiras congregam. A cura, além de ser o que se procura mais frequentemente, é também um dos motivos principais de conversão dos fiéis.

*“A religião, por estabelecer a mediação entre a ordem “natural”, a ordem social e a ordem sobrenatural, são capazes de fornecer à doença um sentido. Sentido que vai ao encontro, primeiro, à busca de explicação por parte dos fiéis para este acontecimento específico e, segundo, a uma concepção de mundo em que essas ordens se encontram sempre entrelaçadas” (Knauth, 1994, pp.86).*

Mais do que oferecer uma solução pragmática para a doença, as tradições de matriz africana oferecem um sentido para a sua existência. O sucesso das terapias religiosas está na sua capacidade de mudar o modo como os doentes compreendem e se posicionam em relação às suas aflições. Uma doença que aparece sem explicação ou mesmo a presença de comportamentos considerados anormais, como o nervosismo, a irritação, a agressividade, etc., são elementos considerados indicativos de problemas espirituais.

Um dos grandes desafios das equipas de saúde prende-se com o facto de que alguns enfermos vão contra as orientações prescritas pelos médicos e atrapalham o tratamento, confiando mais nos feiticeiros do que nos profissionais de saúde.

Bom exemplo desta simbiose são as festas dos santos populares que, celebradas desde o séc. XVI sob o signo do solstício de verão, e, por isso, características nos meses de maio e junho, têm em comum as duas tradições religiosas e são marcadas por manifestações populares que juntam, em perfeita harmonia, rituais oriundos quer da liturgia católica, quer dos ritos animistas.

A partir do séc. XIX, devido ao contacto estabelecido com os Estados Unidos da América, igrejas cristãs reformistas, como a do Nazareno, a dos Adventistas do Sétimo Dia e outras, instalaram-se e desenvolveram-se progressivamente nas diversas ilhas.

Mais recentemente, igrejas oriundas em especial do Brasil, como o Maná, o Templo Maior ou outras, estão implantadas pelas várias ilhas do arquipélago. Com a abertura das fronteiras

aos países da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), também a religião muçulmana passou a contar com uma presença significativa em Cabo Verde.

Não tem de ser *per se* religião, mas qualquer solução que apele ao sobrenatural ou a uma ordem mística. Tudo isto pode significar ir a um curandeiro, ir à Igreja Católica Romana ou a um Centro Espírita. Entre todas as representatividades religiosas, existem em Santiago, três grandes comunidades religiosas/espiritualistas: Igreja Católica Romana, Igreja Universal do Reino de Deus e o Racionalismo Cristão.

#### **1.4.2.1 Igreja Universal do Reino de Deus**

A Igreja Universal do Reino de Deus é uma igreja Pentecostal carismática, fundada no Brasil, em 1977, pelo Bispo Edir Macedo, um trabalhador da construção civil. O Pentecostalismo chegou ao Brasil, em 1911, (Seeler-Tegethoff, 1998) e desde os anos de 1960 que estas igrejas seguem uma direção carismática.

Neste contexto, “carismático” refere-se à orientação sobrenatural “charismata” ou a dádiva do Espírito Santo para expandir o Reino de Deus. Exemplos deste “charismata” é “falar em línguas” (Pentecostalismo); aparições da virgem Maria e “estátuas que sangram” (Catolicismo Romano) (Beijers, 2004).

Não obstante se ter desenvolvido rapidamente a uma escala internacional desde a sua fundação e ser tida como “igreja-milagre”, a Igreja Universal não é vista com bons olhos por outras congregações em Cabo Verde. O sucesso da igreja é atribuído às fortes estratégias de marketing que esta utiliza (Oro & Semán, 2001).

#### **1.4.2.2 Racionalismo Cristão**

O Racionalismo Cristão é apresentado pelos seus seguidores como uma filosofia ou doutrina e não como uma religião (Fidalgo, 2003). De acordo com Strooy (1996), esta é uma doutrina espírita que tem origem brasileira e é misturada com crenças indígenas africanas. No entanto, tanto o elo africano como a sua possível origem brasileira são questionáveis (Fidalgo, 2003).

A tentativa de traçar as origens da doutrina remete à Europa do século XIX. Verifica-se que o Racionalismo Cristão deve ser entendido dentro das reações ao Iluminismo Europeu do século XVIII e na tentativa de harmonizar e abarcar as leis do mundo metafísico e físico (ciência), com o Espiritismo (comunicação com o mundo dos espíritos, o fenómeno da “dança das mesas”) e a Teosofia (Fidalgo, 2003).

Durante a colonização portuguesa, os seguidores do Racionalismo Cristão eram perseguidos pela PIDE, a polícia secreta ao serviço da ditadura de António Oliveira Salazar em Portugal. Pelo que parece relevante abordarmos no subcapítulo que se segue a política governamental para a saúde mental em Cabo Verde.

### 1.4.3 Política governamental para a saúde mental em Cabo Verde

A saúde mental, como fator importante para o bem-estar do indivíduo e da comunidade, tem sido evidenciada em várias resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, do Comité Regional da Organização da Saúde para a África, do programa das Nações Unidas de Luta Contra as Drogas e da Assembleia-Geral das Nações Unidas (Plano Nacional Desenvolvimento Sanitário, 2000/2010).

Não obstante a Constituição da República defender a saúde para todos, independentemente da sua condição económica, tal mantém-se meramente no plano formal. Os doentes mentais continuam sujeitos ao estigma e à discriminação, revelando a falta de sensibilização e o despreparo da sociedade para lidar com esta problemática.

Por outro lado, o Estado e as unidades de saúde enfrentam dificuldades no que diz respeito à doença mental, algo verificável quer pelas fracas condições de internamento, quer pelo número de profissionais de saúde que não correspondem às necessidades dos doentes. Em Cabo Verde, são poucas as investigações feitas para estimar a incidência e a prevalência da doença mental no arquipélago. O último levantamento estatístico e estudo epidemiológico sobre os transtornos mentais datam de 1988/89 em que se estimava a sua prevalência em 4,3/1000 habitantes, quando o país tinha pouco mais de 337000 habitantes.

Entre as principais causas de morte, de acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde, no Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2009-2013, em 2010, os transtornos mentais representam um problema de saúde pública, que afeta sobretudo a população entre os 21 e os 40 anos de idade. Para responder às necessidades de cuidados da saúde mental, Cabo Verde dispõe de um Centro de Terapia Ocupacional (CTO), localizado em Ribeira de Vinha, na ilha de São Vicente, que funciona como centro de dia.

Em termos de internamento, o país possui enfermarias de saúde mental no Hospital Central Baptista de Sousa, na ilha de São Vicente, no Hospital Regional João Morais, na ilha de Santo Antão, e de um serviço de Psiquiatria no Hospital Dr. Agostinho Neto, Extensão Trindade, situada na capital do país, sendo este de referência para todo o território nacional. Nas outras ilhas, as pessoas com transtornos mentais são atendidas, inicialmente, nos centros e delegacias de Saúde e, posteriormente, encaminhadas para uma avaliação especializada nos hospitais centrais ou regionais.

Cabo Verde possui dois hospitais centrais: um localizado na cidade da Praia (ilha de Santiago), capital económica e administrativa do país, e um outro hospital no Mindelo, ilha de S. Vicente. Conta, ainda, com três hospitais regionais: um na cidade de S. Felipe na ilha do Fogo, outro na cidade de Ribeira Grande, ilha de S. Antão, e, por fim, o hospital Santiago Norte na cidade de Santa Catarina, na ilha de Santiago.

A nível da saúde mental (e devido ao facto de Cabo Verde ser um arquipélago), os doentes portadores de perturbações mentais, neurológicas ou de comportamento são atendidos inicialmente nos centros e delegacias de Saúde e daí são encaminhados para uma avaliação especializada nos Hospitais Centrais. Quer nos Hospitais Centrais, quer nas delegacias de Saúde,

há psicólogos clínicos que asseguram o acompanhamento dos doentes (Saúde de Cabo Verde (ZA), 2010).

O Hospital da Trindade situa-se a oito quilómetros do centro da cidade da Praia, numa região de difícil acesso, tanto devido à inexistência de transportes públicos nessa região quanto à geografia montanhosa do país.

A unidade de internamento tem uma lotação de quarenta camas distribuídas em duas alas: feminina e masculina. É um serviço fechado, que possui uma pequena percentagem de doentes residentes e uma percentagem maior de doentes com problemas diversos que se apresentam em diversas fases da doença (Relatório 2012).

Em Cabo Verde, os doentes mentais, bem como os seus familiares, enfrentam grandes dificuldades não só devido à sua condição financeira: “a maioria das pessoas com transtorno mental em Cabo Verde é oriunda de famílias com baixo poder aquisitivo, o que dificulta tanto o comparecimento nas consultas, quanto a compra dos medicamentos” (Moniz et al., 2019), mas também porque o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica é bastante incipiente, predominando ainda o modelo “hospitalocêntrico”<sup>1</sup>.

A saúde mental, em Cabo Verde, não é praticamente incluída nos cuidados primários. O atendimento dispensado aos doentes e às famílias é insuficiente e segmentado. A informação fornecida aos doentes e familiares sobre o ciclo do tratamento é limitada. Há falta de seguimento do doente na comunidade e falta de articulação com os serviços de solidariedade social, para o apoio em casos de dificuldades económicas. Verifica-se ainda uma deficiente organização dos serviços para o acolhimento e apoio sócio-familiar dos doentes mentais, o que pode estar na base do facto de alguns dos doentes não retornarem para o tratamento ambulatorio.

Em situações de crise, os doentes mentais recebem assistência no serviço de urgência do hospital central Agostinho Neto, no setor de Psiquiatria. No entanto, as famílias dos doentes, para além de não estarem preparadas para receber o familiar doente em casa, praticamente não dispõem de apoio de serviços de saúde nas comunidades, levando conseqüentemente, o doente mental a recorrentes reinternamentos no Hospital Psiquiátrico Extensão Trindade, constituindo uma situação cíclica, que gira em torno da alta e do reinternamento, fenómeno designado de “porta giratória” (Melo Barbosa, 2011).

Relativamente à medicação, apesar da comparticipação dada pelo Estado, alguns medicamentos de nova geração não estão na lista nacional de medicamentos e são extremamente caros. O Sistema Nacional de Saúde do país também não dispõe de uma política direccionada à saúde mental. Existe um Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental, elaborado em 2009, com base em dados no único estudo epidemiológico de transtornos mentais, realizado entre 1988 e 1989, já referido.

O sistema de saúde não possui dados atualizados sobre os transtornos mentais no país pelo que, conseqüentemente, não são desenvolvidas políticas direccionadas para os doentes

<sup>1</sup>Modelo no qual o hospital ou a unidade hospitalar se apresenta central no tratamento ou cura.

mentais ou para as suas famílias. Não obstante, congratula-se com a aprovação de uma legislação específica para a doença mental, com o intuito de defender e salvaguardar os direitos destes doentes.

## 2 Enquadramento Metodológico

No presente capítulo, iremos explicar a fase metodológica da investigação. É na fase metodológica que o investigador se centra no desenho de investigação, na escolha da população e na amostra, nos métodos de medida e recolha de dados (Fortin, 2009). Assim, serão abordados neste capítulo, a pertinência, a natureza e o contexto do estudo, o grupo de participantes, a técnica de recolha de informação, procedimentos, considerações éticas, análise e tratamento dos dados.

### 2.1 Tipo de Estudo

A escolha do desenho de investigação está dependente dos objetivos a atingir e das questões de investigação, definindo mecanismos de controlo que permitam minimizar os riscos de erro (Fortin, 2009). “O desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro” (Fortin, 2009). Tendo em conta a finalidade e a natureza da problemática que se pretendem analisar, optou-se por uma abordagem qualitativa e etnográfica. Qualitativa, uma vez que esta assenta os seus princípios num paradigma naturalista, conferindo ao estudo uma conceção holística, através da compreensão de um fenómeno em todas as suas dimensões, procurando uma compreensão alargada e global do mesmo e ressaltando o sentido e significação que o fenómeno reveste para os indivíduos (Fortin, 2009) e etnográfica uma vez que alude para o estudo descritivo de um povo, de uma cultura e de uma comunidade.

Enquanto método de investigação, a etnografia tem origens na Antropologia. Bronislaw Malinowski é considerado o fundador deste método, pela sua intensa atividade de pesquisa com os nativos das Ilhas Trobriand entre 1914 e 1918.

Os estudos etnográficos têm como particularidade a presença mais continuada do investigador nos contextos em estudo e o contacto direto com as pessoas, a cultura, as situações e os acontecimentos, onde o principal instrumento é o próprio investigador. Neste sentido, foi crucial a entrada e aceitação da investigadora no contexto em estudo.

O encontro entre a etnografia e a psiquiatria, a Etnopsiquiatria, deu-se com Geroges Devereux. A Etnopsiquiatria surgiu enquanto possibilidade de refletir o encontro intercultural e os seus desdobramentos quanto à compreensão do adoecimento psíquico, etiologias deste adoecimento, assim como a terapia utilizada.

Face aos objetivos da investigação, desenvolveu-se um estudo etnográfico, logo de cariz

qualitativo, exploratório e descritivo, que permitiu atender à significação da experiência vivida pelos participantes e possibilitou descobrir progressivamente temas e categorias, proporcionando a exploração e descrição do fenómeno em estudo (Fortin, 2009; Coutinho, 2013). Em relação ao alcance temporal, esta investigação é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados com cada participante ocorreu num único momento.

Assumiu-se como quadro de referência a teoria das representações sociais (Moscovici, 1978), pontuado epistemologicamente pelo construcionismo social (Gergen, 1992). Deste modo, defende-se que as experiências e os significados não são apenas criados pelo indivíduo, mas existem na cultura e são influenciados por ela (Quartilho, 2016), constituindo a narrativa ou a representação social, um elo de ligação entre a experiência individual e o sistema socio-cultural. Para melhor compreensão da metodologia utilizada, está representado na figura nº2 o desenho do estudo, com os diferentes momentos metodológicos.

## 2.2 Objetivos e Questões de Investigação

O presente estudo teve como finalidade contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente mental, através da ampliação do conhecimento sobre a doença mental.

Acreditamos que a identificação das opiniões, das perceções, do conhecimento, assim como perceber a influência da cultura, da religião e das crenças nas representações da população da Cidade da Praia sobre o doente mental pode, de facto, contribuir para aumentar o conhecimento disciplinar e, conseqüentemente, melhorar o atendimento do doente mental por parte dos profissionais de saúde e, inclusivamente, contribuir para reduzir o estigma e o impacto da doença mental na vida do doente mental e na sociedade em geral.

Apresentada a finalidade, passaremos para os objetivos do estudo, os quais são fundamentais no sentido de servir de orientação à tomada de decisão associada a todo o percurso metodológico (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011). Assim, a presente investigação teve como principais objetivos:

- Conhecer as representações da população da Cidade da Praia sobre a pessoa portadora de doença mental;
- Conhecer as representações da população da Cidade da Praia sobre a doença mental;
- Conhecer as representações da população da Cidade da Praia sobre o tratamento da pessoa portadora de doença mental;
- Perceber a influência da cultura nas representações sobre a pessoa portadora de doença mental.

Um trabalho de investigação pretende responder a um conjunto de dúvidas e interrogações. As questões orientadoras têm como finalidade nortear a organização da recolha de dados, com o intuito de dar resposta aos objetivos do estudo. Tendo em vista esse propósito,

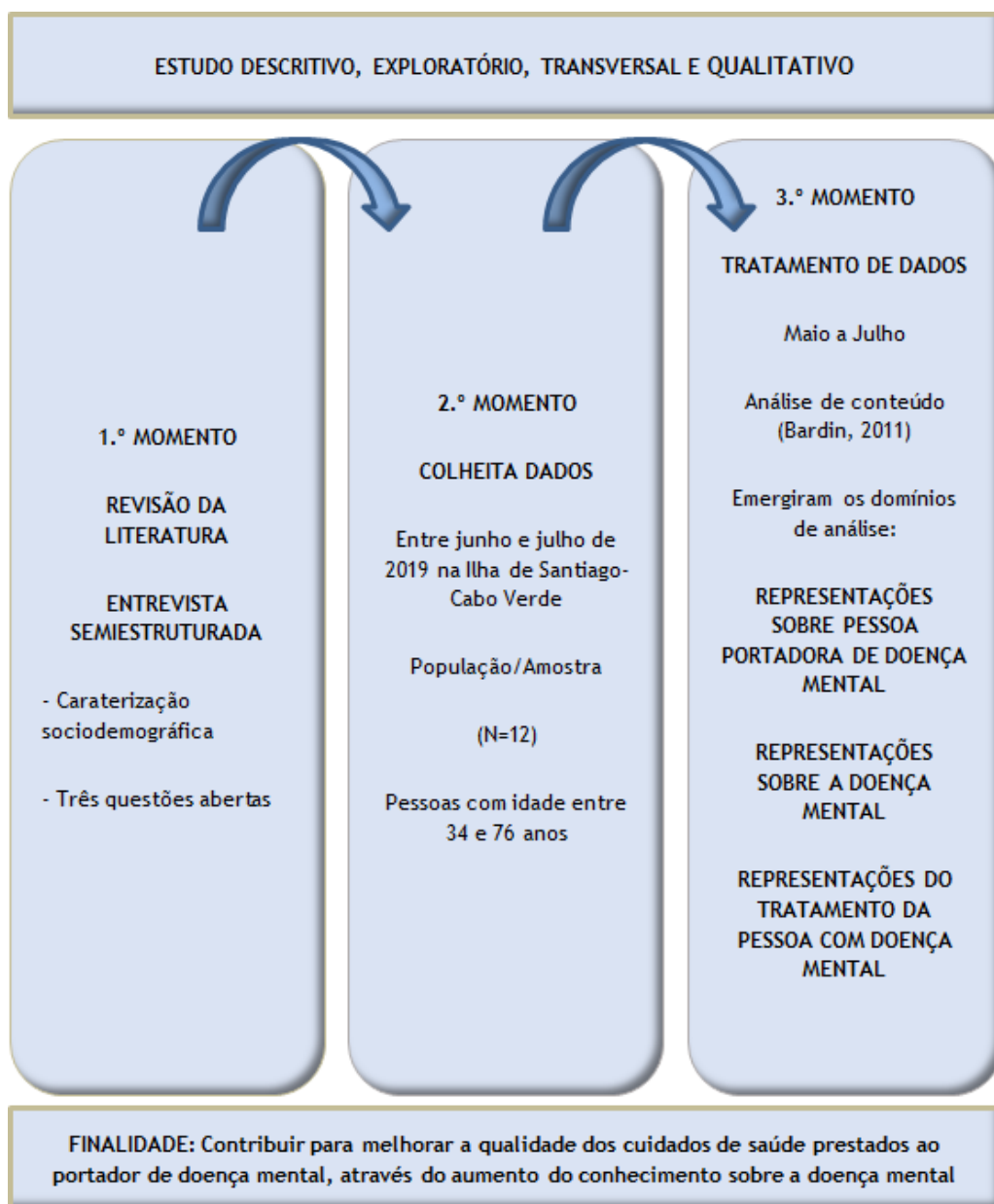


Figura 2: Desenho do Estudo

elaboraram-se as seguintes questões de investigação:

- A cultura influencia as representações sobre o doente mental?
- A religião condiciona as representações sobre o doente mental?
- As crenças populares contribuem para as representações sobre o doente mental?

### **2.3 Participantes**

A seleção dos participantes depende da investigação e do contexto envolvente (Ribeiro, 2010). Assim, os participantes devem ser selecionados de acordo com um conjunto de critérios que permitam assimilar o fenómeno tal como ele é vivenciado e relatado pelo participante (Fortin, 2009). Os participantes devem ser selecionados tendo em consideração os seus conhecimentos e experiências, o foco da investigação e um conjunto de critérios que garantam uma visão holística e uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Na investigação qualitativa, a seleção de participantes deve apresentar características específicas com o objetivo de explorar o fenómeno alvo de estudo. O tamanho da amostra na investigação qualitativa é definido essencialmente pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao mesmo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Contudo, o número de participantes é geralmente pequeno, determinado pela saturação dos dados, isto é, quando a aquisição de novos testemunhos já não traz nada de novo para a investigação.

No presente estudo o grupo de participantes foi constituído por 12 indivíduos: três líderes religiosos - um padre Católico; um pastor da Igreja Adventista do Sétimo Dia; um pastor Evangélico da Igreja Universal do Reino de Deus; um médico Espírita membro do Movimento Espiritualista Racionalismo Cristão; um chefe da Comunidade dos Rebelados; um doente internado no Hospital Psiquiátrico Extensão Trindade; um representante da Comunidade El-Shadai; três familiares de doentes internados e dois moradores da Cidade da Praia.

A seleção dos participantes foi intencional e havia um conhecimento prévio dos entrevistados. A seleção baseou-se no envolvimento dos mesmos na problemática da doença mental quer de forma direta ou indireta.

Relativamente ao grau de escolaridade dos entrevistados, uma pessoa não possuía nenhum nível de escolaridade, quatro possuíam ensino secundário, quatro possuíam ensino superior completo (inclui as categorias de licenciatura e mestrado), e três possuíam ensino preparatório.

A escolha dos participantes de cariz religioso deveu-se ao facto da religião/espiritualidade ter um peso muito forte em Cabo Verde e a doença mental estar muitas vezes associada a crenças religiosas e/ou espirituais. O pluralismo religioso/espiritualista apresentado está relacionado com a perda do monopólio religioso de uma única religião, a religião católica, fazendo-se

acompanhar da prerrogativa da escolha (Delgado, 2017). Assim foram escolhidos representantes de confissões religiosas com significativo peso na ilha de Santiago.

A escolha da família como objeto de análise advém não apenas do interesse teórico sobre a temática, como também do papel que esta desempenha no tratamento e acompanhamento do doente e na interação «profissionais-família-sociedade». A influência da família tem sido frequentemente assinalada devido à grande proporção de doentes que, uma vez deixado o hospital, regressa ao ambiente sociofamiliar e acaba por ser reinternada, conforme apontam diversos estudos (Lima e Veloso, 2007; Maciel *et al.*, 2008; Maciel *et al.*, 2011). As outras entrevistas realizadas deveram-se ao facto de os cidadãos/sociedade e responsáveis de grupo, como no caso do grupo Tendas El-Schadai, receberem os doentes mentais após a alta e lhes facilitam ou não a sua reinserção social. Nos estudos sobre o doente mental, deve-se sempre trazer à discussão a própria experiência do doente, como ele retrata o seu sofrimento e a sua ideia sobre a própria doença. Jaspers (1933), defendia que o determinante para a doença são as ideias do doente e as ideias dominantes do meio social, mais do que o próprio médico opina.

## 2.4 Técnica de Recolha de Informação

No processo de investigação, assim que é definido o problema de investigação e selecionado o grupo de participantes, segue-se a recolha de dados. A seleção do instrumento de colheita de dados deve ter em consideração as características da população, o tipo de estudo e os objetivos. A natureza do presente estudo levou a que se privilegiasse como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Foram colocadas três questões abertas específicas sobre os temas que se pretendiam ver abordados pelos participantes, possibilitando a livre expressão dos mesmos.

A opção pela entrevista semiestruturada, como técnica para conhecer a perspetiva dos participantes sobre os temas em causa, deve-se à sua flexibilidade, tanto ao nível do momento propício para a realização da entrevista, quanto à adequação do conteúdo verbal e ordem das questões à realidade dos entrevistados, em benefício da mensagem (Fortin, 2009).

O fato da entrevista permitir a interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado (Gauthier, 2003), também contribuiu para a nossa opção, na medida em que nos permite compreender melhor o fenómeno em estudo.

O mesmo autor define-a como: “(...) uma interação verbal animada de forma flexível para o investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo” (2003, pp.282).

A recolha dos dados foi realizada na cidade da Praia e na Trindade, Santiago, Cabo Verde,

entre junho e julho de 2019, através da entrevista semiestruturada, todas realizadas pela investigadora, sendo a maioria gravada em suporte áudio e posteriormente transcritas. Parte da entrevista integrava um conjunto de questões que tinham por objetivo a recolha de dados sociodemográficos. Outra parte era composta por três questões abertas que abordavam as representações sobre o doente mental (Anexo I), a possível etiologia da doença mental e o tratamento da doença mental.

O guião da entrevista semiestruturada traduziu-se na aplicação de três questões de carácter aberto: (1) O que é para si um doente mental? (2) Qual a causa da doença mental? (3) Qual o tratamento que considera mais eficaz/adequado?

Por ser uma entrevista semi-estruturada, o tempo de aplicação foi indeterminado e o seu guião serviu de referência, de forma a alcançar os objetivos da pesquisa, respeitando-se, assim, a liberdade de expressão dos sujeitos entrevistados e a espontaneidade da entrevista. As entrevistas foram analisadas seguindo a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2010), a abordar no capítulo seguinte.

## 2.5 Procedimentos

Na investigação de natureza qualitativa, a recolha e a análise de dados são processos simultâneos que se influenciam mutuamente (Coutinho, 2013). Por sua vez, a variedade de material obtido através de métodos de recolha de dados qualitativos exige do investigador “uma capacidade integrativa e analítica” (Laplantine, 2001). A análise dos dados consiste na exploração e sistematização da informação obtida dos participantes no estudo, identificando tudo o que é relevante para a investigação (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Desta forma, os dados recolhidos nas entrevistas são estudados com o objetivo de determinar que assuntos mais há a explorar com os entrevistados (Fortin, 2009).

Segundo Bardin (2010), a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases: a pré-análise, a exploração do material e por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise, realiza-se a organização dos dados a analisar. Nesta fase começou-se por efetuar a leitura flutuante do “corpus de análise”, de forma a estabelecer-se um primeiro contato com as informações a analisar, proposto por Bardin (2010) e Campos e Turato (2009), no sentido de serem percecionados antecipadamente padrões e tendências direcionando a pesquisa, sempre que tal se revele necessário (Polit; Beck; Hungler, 2004). Assim, foi possível identificar temas emergentes nos discursos dos participantes com relevância para os objetivos do estudo.

Esta primeira leitura dos dados recolhidos permitiu fazer um esboço das áreas temáticas que resultaram num sistema de categorias possível (Amado, 2000). Posteriormente procedeu-se à exploração do material, momento em que ocorreu a categorização e codificação da informação obtida no terreno, resultando numa representação simplificada dos dados em bruto.

A última fase do processo de análise proposta por Bardin (2010), é o tratamento de resultados. Os dados resultantes do processo de tratamento são trabalhados de forma a torná-los

válidos e significativos. Nesta fase, o investigador pode deduzir inferências e apresentar propostas de interpretação dos dados, tendo como marcos os referenciais teóricos pertinentes para a investigação e que conferiram suporte ao estudo (Coutinho, 2013).

No que respeita ao presente estudo, as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra pela investigadora principal, para suporte digital e gravadas em formato Word®. Após serem transcritas, foi realizada uma leitura flutuante de todo o material recolhido, o que permitiu apreender e organizar, de forma não estruturada, os aspetos mais relevantes do discurso dos participantes.

Seguidamente deu-se lugar a um período extenso de leituras mais cuidadosas, que permitiram a exclusão de dados de menor relevância para o estudo, assim como todos os elementos que pudessem identificar o participante, constituindo-se o corpus de análise. Seleccionadas as unidades de análise, procedeu-se à identificação de categorias e subcategorias e à classificação e codificação das mensagens dos participantes em unidades de contexto e de registo.

No decurso deste exercício estiveram presentes as características a que deve obedecer uma categoria: exclusividade, exaustividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (Bardin, 2010). Estas características conferem o rigor e a validade necessários às categorias finais identificadas, que resultaram de leituras exaustivas e sucessivas dos documentos analisados. Este processo envolveu a desconstrução e reorganização de categorias, tendo em conta o reagrupamento das unidades de registo de acordo com indicadores de significado que no final, se revelaram satisfatórios e válidos tendo em consideração os critérios que presidiram à análise.

## 2.6 Considerações Éticas

Os procedimentos éticos são fundamentais em qualquer investigação científica. Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem de assumir um comportamento ético, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Laplantine, 2001).

As preocupações éticas, que emergem da prática investigativa, relacionam-se sobretudo com a proteção dos direitos dos participantes do estudo e com o reconhecimento explícito da dignidade, como valor central de toda a pessoa (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009). Para Fortin (2009), os direitos fundamentais dos sujeitos são os seguintes: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Assim, foram tidos em conta alguns requisitos: a solicitação de autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados (entrevista semi-estruturada - Anexo I) no Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto (SPHAN), a qual foi concedida (Anexo III); realização de

contactos com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiros do SPHAN com o objetivo de solicitar informação e colaboração no trabalho de campo; clarificação dos objetivos do estudo, bem como do âmbito em que o mesmo se insere, junto de todos os envolvidos; garantia de anonimato e confidencialidade relativamente ao tratamento e análise dos dados, bem como na apresentação de resultados. Para cada participante foi atribuído um código de 1 a 12 (E1 a E12) de forma a manter a confidencialidade e o sigilo.

Fortin (2009, pp.113) refere que “qualquer investigação junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Na perceção da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”. Assim, em todas as fases do processo de investigação, foram respeitados os cinco princípios ou direitos humanos fundamentais determinados pelos códigos de ética Fortin (2009): Autodeterminação; Intimidade; Anonimato e confidencialidade; Proteção contra o desconforto e prejuízo; Tratamento justo e leal.

A participação foi voluntária, respeitando o princípio da autonomia. Um consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes é fundamental para a investigação, pois só assim se poderá assegurar que estes compreenderam a informação, que esta é adequada e que decidiram participar voluntariamente na investigação (Polit & Beck, 2011). Antes da realização de cada entrevista, foi fornecido ao participante um documento com toda a informação relevante sobre a investigação, nomeadamente, a contextualização, bem como o contacto da investigadora, caso desejasse a qualquer momento do processo de investigação um esclarecimento adicional e/ou alterar a sua decisão (Anexo IV).

Foi solicitada autorização individual para participação nas entrevistas, através do consentimento informado (Anexo V), de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro). Este foi assinado voluntariamente por todos os participantes e pela investigadora, no momento da entrevista, ficando um dos exemplares na posse do participante. Foi ainda, dada oportunidade aos participantes exporem as suas dúvidas em qualquer fase da recolha de dados.

O consentimento livre e esclarecido é a aceitação dada por um indivíduo para participar no estudo e assenta no princípio de que “toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria” (Fortin, 2009, pp.186). Assim, com o preenchimento da declaração de consentimento informado, o investigador assegura que o participante está na posse de toda a informação essencial e que compreendeu aquilo em que se envolve. Para ter validade legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida, respeitando a autonomia da pessoa que deve estar na plena posse das suas faculdades mentais, e deve ter em consideração o direito do indivíduo à informação (Mello Freyre, s.d.).

A metodologia qualitativa é a que levanta mais questões éticas do ponto de vista da proximidade entre investigador e investigado. Foi assegurado assim que todos os participantes eram tratados com dignidade e respeito na sua individualidade. Todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo foram mantidos sob confidencialidade e foi preservado o anonimato dos mesmos, garantindo a totalidade da sua privacidade.

Todos os participantes foram informados que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento que o desejassem, sem que tivessem de apresentar alguma explicação. O estudo recebeu aprovação do Comité de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexos VI, VII); da Direção Clínica do Hospital Agostinho Neto (HAN) de Cabo Verde (Anexo III).



### 3 Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

Neste capítulo apresenta-se a análise e discussão do conteúdo obtido através das 12 entrevistas sob a forma de texto narrativo. Após a análise detalhada do discurso dos participantes procedeu-se à organização e categorização dos dados, segundo um significado comum, em categorias compostas por termos-chave, indicando a significação central do conceito que se quer apreender.

A apresentação, análise e discussão dos resultados está organizada em subcapítulos, que derivam dos três grandes domínios que emergiram da análise do discurso das participantes. Atendendo à extensão da análise dos dados seleccionámos apenas algumas unidades de registo. Da análise dos discursos emergiram três domínios: Representações sobre a pessoa portadora de doença mental; Representações sobre a doença mental e Representações do tratamento da pessoa com doença mental.

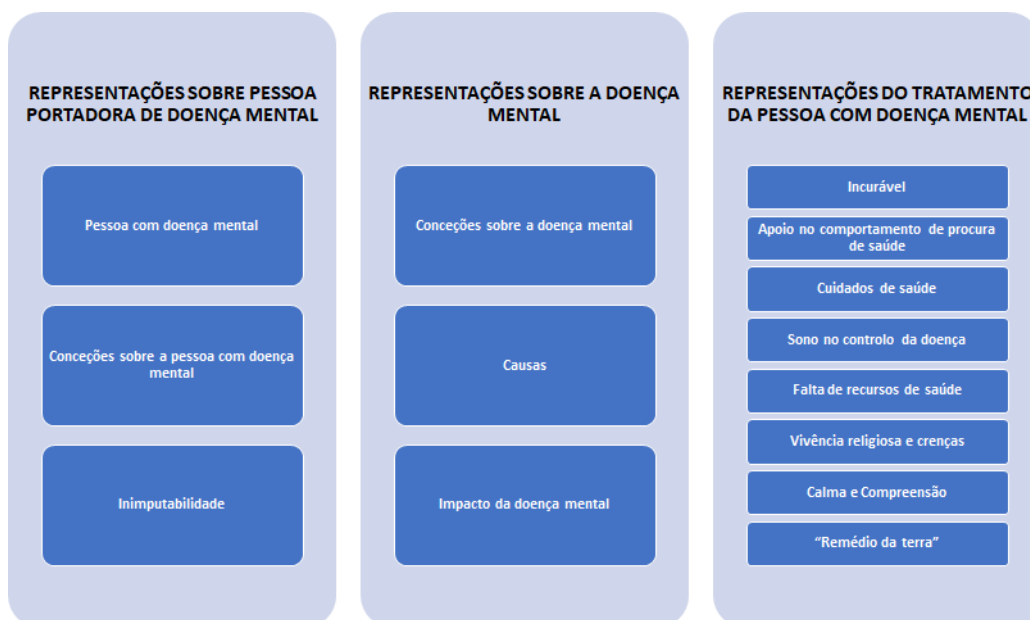


Figura 3: Categorias e as subcategorias

Nos subcapítulos que se seguem vamos analisar estes domínios e as categorias que emergiram.

### 3.1 Representações sobre a pessoa portadora de doença mental

No que respeita ao domínio “Representações sobre pessoa portadora de doença mental” emergiram da análise três categorias: pessoa com doença mental; perceções erróneas acerca do doente mental; inimputabilidade.

As representações identificadas acerca da pessoa portadora de doença mental por parte dos entrevistados, estão relacionadas com as suas experiências pessoais.

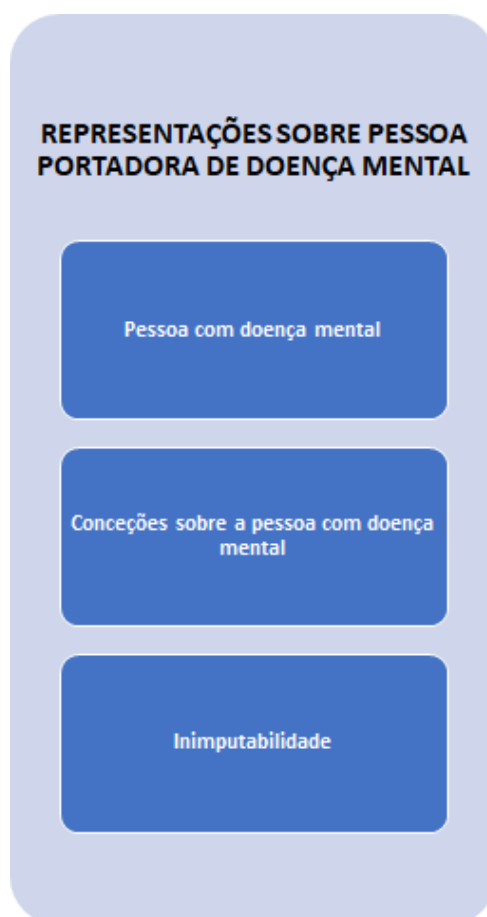


Figura 4: Categorias do domínio Representações sobre a pessoa portadora de doença mental

Embora haja diferenças e nuances dentro dos discursos, existem alguns pontos convergentes. Um ponto que parece central nas narrativas, é que o doente mental é visto pelos participantes como uma pessoa que possui uma doença mental.

- *É uma pessoa que tem uma doença [...]. (E3)*
- *É alguém que tem uma doença mental. (E1)*
- *É uma pessoa que tem uma doença no cérebro. (E6)*
- *O doente mental é alguém que tem uma doença ao nível da mente, no cérebro, nas emoções. [...] Eu acho que a doença mental é isso mesmo, doença. (E10)*

Num país como Cabo Verde, de fortes raízes religiosas e espiritualistas, a visão da pessoa portadora de doença mental possui ainda um forte cariz espiritual e até popular, com as suas

crenças e superstições. No discurso de alguns participantes ainda emerge a ideia de que o doente mental ou é portador de mediunidade ou está sob o controlo de espíritos.

*- Existe ainda, e mais aqui em Santiago, [...] uma ideia muito supersticiosa acerca do doente mental. (E1)*

*- Eu não sei, mas há uma mulher aqui que há 7 anos é possuída por espíritos. Fala com outra voz, às vezes é voz de homem... Ela fica com espíritos. (E4)*

*- É um indivíduo que tem a capacidade de ver para além dos olhos carnis. São pessoas com mediunidade alta. É um indivíduo que não consegue controlar o medianismo que possui e descontrola. [...] É alguém que não domina o dom que tem de enxergar e sentir os espíritos que estão presos à atmosfera do planeta Terra. (E9)*

Mateus, Santos e Mari (2005), num estudo acerca das concepções populares sobre a esquizofrenia em Cabo Verde, revela que a concepção para a esquizofrenia passa pelo termo crioulo “Doença da Terra”. Este é um termo local que se refere a vários distúrbios mentais, de causas sobrenaturais, no contexto da medicina popular. Considera que as pessoas portadoras de doença mental tenham o seu problema mental resultado de forças demoníacas ou de origem sobrenatural.

Independentemente da interpretação dada aos fenómenos causadores do distúrbio do doente mental, é de salientar a percepção de alguns participantes que consideram que a pessoa portadora de doença mental tem uma vida difícil.

*- [...] tem mais dificuldades para viver a sua vida. (E2)*

*- São pessoas com vidas difíceis, especialmente aqui em Santiago. (E3)*

*- [...] doença que não é fácil de viver com ela. (E8)*

Os resultados vêm comprovar da dificuldade em viver com doença mental, o que, de certo modo, vai ao encontro de estudos que demonstram que as pessoas com perturbação mental relatam menor satisfação com a vida do que pessoas sem perturbação, nomeadamente, a satisfação com a vida aumenta durante o período de internamento e a maioria dos doentes raramente relatou atingir níveis de satisfação com a vida após a alta, o que traduz da real dificuldade em viver com doença mental (Meule & Voderholzer, 2020).

O estudo de Neagu *et al.* (2014) aponta que a doença mental, nomeadamente a esquizofrenia, tem um impacto negativo na vida social, profissional e relacional da pessoa, com implicações na sua qualidade de vida, dado que é uma das patologias mais limitativa, devido ao seu surgimento precoce e evolução a longo prazo.

Esta vida difícil associada aos doentes e que se estende aos seus familiares, referida por parte dos participantes, é muitas vezes resultado de uma desadequação à realidade, pela sua maneira diferente de viver, de agir e reagir no seio familiar e da sociedade. Um comportamento muitas vezes alheado da sociedade e das normas que regem a comunidade ao seu

redor, leva a que o doente mental seja visto como alguém que vive num mundo só seu, com ideias que não se adequam à realidade, não interagindo adequadamente com as pessoas que os rodeiam.

- *Eles têm um mundo deles. Um mundo deles que não é o nosso. (E4)*
- *Falam sozinhas. (E6)*
- *Normalmente andam por aí a falar sozinhas, a beber se alguém lhes der, a cantar...às vezes andam aí, pelas ruas no mundo deles, aparte do nosso (risos). (E7)*
- *Parece que têm um mundo deles, que não é o nosso. (E8)*
- *[...] mas tenho as minhas coisas, que não são deste mundo. (E10)*
- *É uma pessoa que vive fora da realidade das pessoas normais. É pessoa que sai fora do juízo. O D. desespera e perde o juízo, fica ouvindo vozes mandando fazer coisas erradas. (E13)*

No estudo de Prebianchi e Falleiros (2011), acerca das representações de familiares e de profissionais de saúde sobre a doença mental, realizado no Brasil, verificou-se a concepção acerca do doente mental como alguém com perda do padrão de normalidade, assim como falta de controlo e instabilidade emocional, o que é corroborado também com o presente estudo. Da mesma forma, a ideia de que o doente mental é “perigoso”, “instável”, “pessoa com baixo autocontrolo”, emergiu nos discursos:

- *Faz mal aos outros mas também mal a si própria. (E11)*
- *Alguns são perigosos. Quando não se faz o que eles querem. (E12)*
- *Agora está bem e depois já não está. (E4)*
- *[...] descontroladas [...]. (E3)*
- *Não tem controlo dos nervos...nada (suspiro). (E13)*

A associação entre doença mental e violência tem sido um tema bastante discutido ao longo dos tempos. A doença mental continua a ser impregnada de estigma, nomeadamente, para o público em geral, a doença mental e a violência são fenómenos que continuam profundamente associados (Ferreira & Florido, 2011; Varshney *et al.*, 2016) e muito do estigma associado à doença mental pode ser devido a uma tendência associar a doença mental com o conceito de perigosidade.

Efetivamente, segundo Varshney *et al.* (2016), a maior parte da violência social é causada por pessoas sem doença mental, contudo, este preconceito contribui para o estigma enfrentado por aqueles com um diagnóstico psiquiátrico, o que, por sua vez, pode contribuir para a não divulgação da própria doença, para o constrangimento na procura dos serviços de saúde, concorrendo, também, para a discriminação.

As mudanças comportamentais do doente mental, referidas durante as entrevistas, representam uma situação difícil de gerir, causando problemas familiares e sociais e são apontadas como algo difícil de entender e aceitar, quer seja pela família quer seja pela sociedade em

geral. No entanto, parece haver unanimidade de que a perigosidade está associada muitas vezes ao consumo abusivo de substâncias psicoativas:

- *É pior quando está bebido (quando bebe álcool). Às vezes parte tudo. (E11)*
- *O D. quando bebe descontrola, não tem mais controle, não sabe o que faz... ninguém consegue controlar... (E13)*

A associação entre consumo de substância psicoativas e doença mental também fica evidente nos estudos de Claro *et al.* (2015) e Silva, Oliveira e Graça (2018). Claro *et al.* (2015) concluíram que o número de sintomas relacionados ao uso de álcool e outras drogas tem correlação estatisticamente significativa com o número de sintomas de saúde mental. Silva, Oliveira e Graça (2018) defendem que os transtornos mentais induzidos por substâncias ocorrem em qualquer indivíduo, contudo, a predisposição é maior em pessoas com presença de características depressivas e esquizofrênicas. Referem ainda que alguns consumidores de drogas podem ter propensão ou histórico de comportamento psicótico e a droga “piora o seu estado de mental, porém outros indivíduos desencadeiam o surto com o uso da droga” (Silva, Oliveira e Graça, 2018, pp. 42).

No entanto, pela singularidade, consideramos importante a opinião do entrevistado E2, devido ao fato de afirmar que as pessoas portadoras de doença mental se comportam em conformidade com situações com as quais estão habituados:

- *[...] às vezes entram, não participam, mas não fazem distúrbios. Já aconteceu alguns virem e começarem a gritar..., mas não é muito comum. A maioria é católica e sabe como se comportar. (E2)*

Ainda em relação ao abuso de substâncias psicoativas é de salientar o que o entrevistado E8, se refere às campanhas de sensibilização e educação que se realizam nas escolas:

- *Nas escolas faz-se campanhas, mas com a vinda de muitos filhos de cabo-verdianos que vêm os Estados Unidos ficou pior. (E8)*

As campanhas de sensibilização e de ensino à comunidade revelam-se ser de maior importância. No *The World Health Report* (2002, pp. 16), a OMS afirma que:

*“Devem ser lançadas, em todos os países, campanhas de educação nas escolas. Destacamos (...) sensibilização do público sobre a saúde mental. (...) Uma campanha de sensibilização e educação do público bem planeada pode reduzir o estigma e a discriminação, fomentar a utilização dos serviços de saúde mental e conseguir uma aproximação maior entre a saúde mental e a saúde física.”*

De acordo com o discurso dos entrevistados, a perigosidade e a agressividade não se limitam ao consumo abusivo de substâncias psicoativas, mas ocorre igualmente quando a pessoa tem um surto psicótico, ao que denominam como “estar em crise”:

- *No meu caso, eu só ando muito cansado e acabo por entrar em crise. Crise é quando fico descontrolado, sem saber o que faço ou o que digo. (...) Doente mental em crise pode descontrolar e ficar agressivo. (E10)*
- *Às vezes são perigosas, mas só quando estão doentes na crise. (E11)*
- *É uma pessoa agressiva quando está mais doente. (E13)*

Neagu *et al.* (2014) referem que ao longo do tempo os estudos têm vindo a demonstrar que pessoas com esquizofrenia apresentam alto risco de serem implicados em atos violentos, comparativamente com a população em geral, o que impacta negativamente nas vítimas. Também o principal resultado do estudo de Neagu *et al.* (2014) aponta para a associação positiva entre esquizofrenia e agressividade, nomeadamente com a identificação de correlações entre características sociodemográficas e violência, e a associação do comportamento agressivo com o uso de drogas como estimulantes psiquiátricos e outros diagnósticos somáticos.

Devido ao comportamento desviante por parte de alguns doentes, verificado em algumas situações, o estigma e o medo aumentam. Podemos ver nas respostas recolhidas, que as suas atitudes e comportamentos diferentes constituem um alibi para a sua marginalização. Tal é notório através do discurso dos entrevistados:

- *São excluídos porque agem diferente, pensam diferente, [...]. (E3)*
- *Não é uma pessoa normal. [...] (E7)*
- *São pessoas que sofrem muito porque às vezes não são compreendidas. As pessoas tratam-nas mal, [...] (E7)*
- *Ninguém os compreende, os aceita (doentes). (E9)*
- *[...] lá fora ninguém o aceita. (E13)*

A discriminação de pessoas com doença mental ainda é um problema muito presente na generalidade das sociedades. A discriminação no local de trabalho, a exclusão de grupo de amigos ou familiares e atitudes de repulsa e medo, por parte da sociedade, contribui para o desenvolvimento negativo do doente, conduzindo, frequentemente, ao isolamento social, declínio financeiro e declínio da capacidade de recurso aos serviços de saúde, o que resulta em descompensação frequente da doença, desenvolvimento de comorbidades, consumo de substâncias tóxicas e, eventualmente, comportamento agressivo (Neagu *et al.*, 2014).

Estes autores referem, ainda, que a interrupção desta cadeia causal pode ser conseguida através do aumento da literacia acerca dos fatores de risco para agressão, para identificação de estratégias de redução do risco de marginalização e estigmatização, facilitando a integração da pessoa com doença mental na comunidade e reduzindo a sobrecarga económica, social e de saúde, gerada pela doença (Neagu *et al.*, 2014).

Varshney *et al.* (2016) referem que são necessários esforços para lidar com a atitude discriminatória, nomeadamente na relação entre doença mental e o comportamento violento, considerando as pessoas que sofrem de doença mental como potenciais infratores violentos, o que tem sérias implicações na perspetiva de saúde pública.

De acordo com a Associação Mundial de Psiquiatria (2008), o estigma cria um ciclo vicioso de exclusão social e discriminação, que representa muitas vezes um entrave mais significativo para a qualidade de vida do doente e da sua família, que a própria doença em si.

No presente estudo, surge a ideia de que ainda existem perceções erróneas acerca do doente mental. A mistura de ideias religiosas, crenças e superstições convergem de forma a que se criam perceções erradas, que igualmente levam, a par de outras situações acima mencionadas, ao preconceito e ao estigma.

*- Existe ainda, e mais aqui em Santiago, uma ideia errada [...] acerca do doente mental. [...] A existência de crenças africanas, misturadas com a religião cristã, de forte influência católica, favorece a existência de ideias erradas sobre o doente mental. (E1)*

Como temos visto, a pessoa portadora de doença mental é vista grande parte das vezes através de sentimentos de insegurança e desconforto devido à imprevisibilidade do seu comportamento. Mas apesar da uma ideia negativa subjacente ao doente mental, surge ainda a ideia de que a pessoa portadora de doença mental é uma “Pessoa como as outras”,

*- É um doente como os outros, [...]. (E2)*  
*- É uma pessoa como nós [...]. (E2)*  
*- Doença mental é uma doença um pouco como as outras, não é? (E2)*  
*- [...] isso não significa que são diferentes de qualquer outra pessoa, percebe? (E3)*

A própria aceitação por parte do doente de que possui uma doença mental nem sempre é fácil e verificada. É notória a dificuldade na aceitação da doença por parte do doente, visível no seu discurso:

*- Eu não considero que tenho doença mental. [...] O que eu tenho não é doença. É provocado por cansaço extremo. Falta de dormir, falta de repouso. [...] Eu não tenho doença mental e mesmo assim não me curam desta fadiga. [...] Eu não estou doente da cabeça...só preciso descansar. (E10)*

De acordo com Spadini e Souza (2006) para o doente é muito difícil assumir a doença mental. Ao fazê-lo é como se assumisse que não se tem controle da sua própria vida, do seu comportamento, e que ao fazê-lo desacredita-se perante os outros. É como se perdesse a sua cidadania e os seus direitos enquanto pessoa.

No entanto, o processo de reconhecimento e aceitação da doença por parte do doente, são de maior importância, pois o sucesso do tratamento e a sua recuperação e estabilização da doença dependem do modo como o doente percebe e conhece a sua doença.

Inimputabilidade é outra categoria que apareceu de forma recorrente ao longo das entrevistas. A ideia de que o doente não sabe o que faz, e que como tal não tem culpa nem pode ser responsabilizado pelos seus atos.

*- É uma pessoa que não é responsável pelo que faz. Não sabe o que faz. Faz muitos disparates. [...] porque não sabem o que fazem [...]. (E6)*

*- [...] não sei, uma pessoa doida demais (risos), não sabe o que faz. [...] porque eles coitados não sabem o que fazem, [...]. Acham que a pessoa faz de propósito e não é assim. [...] é totalmente desorientado, [...]. (E7)*

*- É uma pessoa que não sabe o que faz. [...] O meu filho fica violento às vezes. Mas ele não tem culpa. Ele depois fica muito triste, pede desculpa. (E11)*

Ao conceberem o doente mental como uma pessoa que não sabe o que faz, ancoram as suas representações na imagem de alguém imprevisível, sem responsabilidade pelos seus atos e como por vezes apresenta agressividade, é considerado, portanto, perigoso para a sociedade. Tais representações apresentam semelhanças com um estudo realizado por Maciel *et al.* (2008), que afirma que a imagem do doente mental vem frequentemente associada a comportamentos sobre os quais o doente não tem controlo. Devido a esta incapacidade de se controlar, provoca na sociedade uma atitude de medo e aversão levando, agora, a sociedade a precisar de se proteger deste possível agressor, institucionalizando-o. O que indica claramente que o facto de se ser doente mental faz a diferença, uma vez que a doença mental é considerada diferente das demais e o indivíduo é tido como alguém que não está apenas doente, mas que é doente. O doente é demarcado não pelo ter, mas pelo ser, caracterizando uma incurabilidade e uma estruturação rígida da personalidade.

Tais representações apresentam semelhanças com um estudo realizado por Maciel *et al.* (2008), que afirma que a imagem do doente mental vem frequentemente associada a comportamentos sobre os quais o doente não tem controlo. Devido a esta incapacidade de se controlar, provoca na sociedade uma atitude de medo e aversão levando, agora, a sociedade a precisar de se proteger deste possível agressor, institucionalizando-o.

### **3.2 Representações sobre a doença mental**

No que respeita ao domínio “Representações sobre a doença mental”, emergiram da análise três categorias: concepções sobre a doença mental, causas e impacto da doença mental.

De maneira geral reconhece-se que a doença mental é uma situação de doença, inclusive de doença muito grave. Os entrevistados caracterizam-na recorrendo às dificuldades vivenciadas pelo doente e à dificuldade de lidar com a doença.

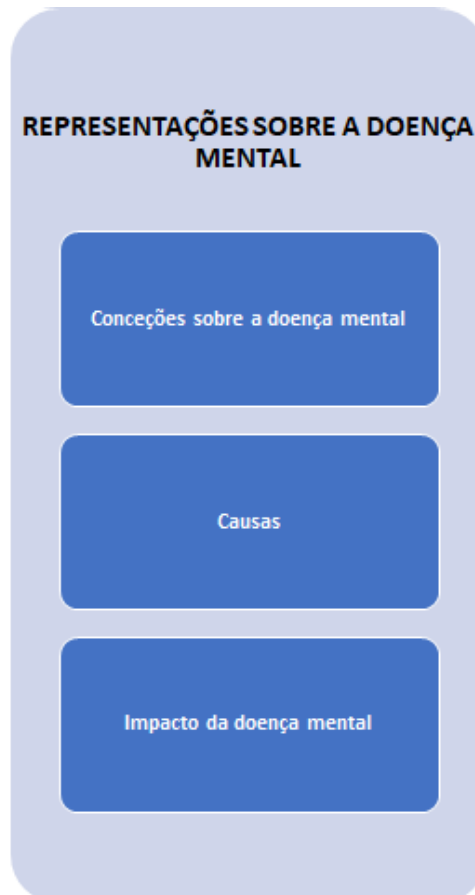


Figura 5: Categorias do domínio Representações sobre a doença mental

- *É uma coisa (doença) muito difícil. (E12)*
- *Uma pessoa que tem uma doença muito grave. Uma doença mental. [...] mas com uma doença se calhar mais difícil pelos seus constrangimentos. (E2)*

Ressalta-se aqui a afirmação de um entrevistado (E5) sobre a doença mental como sendo a “pior doença do mundo”. Existe um evidente desconhecimento acerca da doença mental e um possível desinteresse pelo conhecimento da natureza, que poderá refletir falta de esperança quanto à perspectiva de cura.

- *Eu não sei, doença mental ...é um mal da cabeça, não é? Não dá para explicar. Pode ser também outra coisa, algum finado, não sei... Não sei explicar. [...]. Eu não sei. [...] É muito difícil explicar. (E4)*
- *Um problema difícil. Nem os médicos sabem bem o que é. [...] Não sei de onde vem não. (E5)*
- *É uma doença assim, nem eu sei, mas acho que os médicos também não sabem bem porque uma pessoa fica assim. [...] Não sei... (E7)*
- *Ainda não se sabe muito sobre isso (doença mental). (E10)*

O processo de saúde-doença não é algo se que possa explicar de forma simplista, já que aborda

fenómenos complexos e multifatoriais (Costa *et al.*, 2020). Quando nos referimos à compreensão da doença mental, o grau de dificuldade aumenta. Estudos como o Carvalho (2015), Correa & Bedoya (2006), Pereira (2003), mostram por um lado a dificuldade na compreensão, e conseqüentemente a pouca aceitação da doença mental, e por outro a necessidade de desenvolver esforços educativos junto das famílias facilitando a reintegração do doente no seio familiar e social.

No entanto são atribuídas algumas causas à doença mental: sobrenaturais, inatas, orgânicas, hereditárias e psicológicas indicando uma compreensão etiológica multifatorial do fenómeno. No entanto, são as causas de natureza espiritual e sobrenatural que mais se salientam no discurso dos entrevistados.

*- [...] temos pessoas que nós vemos que há algo de sobrenatural está a agir nelas. [...] Ainda há muita associação ao diabo, aos espíritos, aos defuntos... Está muito enraizado a utilização de amuletos e a "fazedura de serviços" propostos pelo curandeiro, pelo habilidoso nessas coisas... (E1)*

*- Não se pode descartar a ideia de também ser algo sobrenatural. O próprio Cristo tirou espíritos quando cá andou. (E2)*

*- Estamos numa ilha com algumas crenças e superstições, com cultos ocultos e que se refletem depois no comportamento de algumas pessoas. [...] também podem estar debaixo de algum poder satânico. [...] mas é muitas vezes de origem espiritual. Existe um campo de batalha na nossa mente. Às vezes ganha o inimigo e aí começa o problema. Tudo o que se vê para aí no mundo, doenças, divórcios, é o diabo que está por detrás... (E3)*

*- O chefe daqui, que já morreu, falava que eram espíritos que possuíam as pessoas. [...] O chefe daqui falava que eram espíritos que possuíam as pessoas. (E4)*

*- Também às vezes diz-se que é algum finado, ou espírito, que anda com essas pessoas. Eu não sei se pode isso, mas já ouvi muitas histórias e verdadeiras. Sobre ser algo sobrenatural não sei... [...] Eu quer parecer-me que não, mas pode ser. [...] Eu não sei mas a minha avó dizia que é coisa de espíritos. Que eles veem...veem os espíritos. [...] Eles dizem que é o diabo que faz essas coisas (risos). Pode ser! (E7)*

*- Às vezes é coisa mesmo de espíritos (referindo-se à doença mental). (E8)*

*- Não existe doença mental. O que existe é uma perturbação que tem uma causa espiritualista, seja pela falta de controlo do seu livre-arbítrio durante esta ou outra encarnação, seja pela influência e ação de espíritos inferiores. (E9)*

Os resultados do presente estudo são similares a outros estudos internacionais que mostram a tendência para associar a doença mental a causas espirituais/espiritualistas. Para Pereira (2003), a explicação sobrenatural diminui o sentimento de culpa, de vergonha e aumenta a condescendência.

Um estudo realizado por Mateus (1998) com doentes esquizofrénicos e seus familiares, em Cabo Verde, demonstrou que, segundo os relatos dos familiares desses doentes, as causas

sobrenaturais, além de fatores orgânicos, reativos, emocionais e sociais, eram os responsáveis pelo adoecimento dessas pessoas.

A utilização frequente de tratamentos alternativos utilizados pela população local para resolver problemas de doença mental também se constatou, assim como a procura nos movimentos religiosos. Uma outra pesquisa, realizada por Redko (2000), envolvendo saúde mental e religião, acompanhou 21 jovens que adoeceram pela primeira vez na vida com um surto psicótico, do tipo esquizofrênico.

Durante um determinado tempo, a autora acompanhou estes doentes nas suas rotinas diárias, verificando que esses jovens frequentavam instituições religiosas à procura de algum tipo de alívio. Segundo a autora, foi possível atribuir sentido às suas vivências psicóticas, além de lhes assegurar um senso de identidade (inferências retiradas das experiências religiosas relatadas por esses jovens).

Moreno (2000), investigou 15 familiares de nove pacientes no seu primeiro episódio psicótico. Nos resultados foi possível observar que quase todas as pessoas que participaram do estudo formularam algum tipo de explicação espiritual. Em relação às causas hereditárias e orgânicas, estas possuem pouca expressividade.

*- Eu considero orgânica [...]. (E1)*

*- Pode ser física [...]. (E3)*

Tsu e Tofolo (1990), numa pesquisa sobre as concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre a sua própria doença, constataram que o cunho organicista nos discursos é muito pequeno, porque as concepções psicossociais dão uma esperança maior de melhora e/ou cura do transtorno ao indivíduo.

Monteiro (2004), coloca que o diagnóstico da doença é muito valorizado pelo familiar, mas, na maioria das vezes, o familiar não possui o entendimento da patologia propriamente dita, algo que podemos verificar no discurso de um entrevistado:

*- É uma doença assim, nem eu sei, mas acho que os médicos também não sabem bem porque uma pessoa fica assim. [...] Não sei... (E7)*

Embora todos os entrevistados no presente estudo tenham elaborado os seus próprios conceitos sobre as possíveis causas da doença mental, existe uma ideia geral que considera a doença mental uma doença diferente das outras, com causas de difícil compreensão.

*- Um problema difícil. Nem os médicos sabem bem o que é. [...] Não sei de onde vem não. (E5)*

*- Ainda não se sabe muito sobre isso (doença mental). (E10)*

Existe concordância no que se refere à dificuldade que a doença mental representa quer para a pessoa com doença mental quer para a família.

- [...] doença que não é fácil de viver com ela. (E8)
- É um pobre desgraçado. [...] tem mais dificuldades para viver a sua vida. (E2)
- São pessoas com vidas difíceis, especialmente aqui em Santiago. (E3)
- [...] esses pacientes, quando estão em crise, sabendo dos riscos para ele e para os familiares, [...]. (E2)
- São um risco, para eles próprios e para a família. (E3)

A representação sobre a doença mental como “despoletada por eventos da vida” aparece igualmente com bastante frequência nas entrevistas.

- [...] e acredito que se possa ficar doente por alguma situação que aconteça que a pessoa não tenha mecanismos para enfrentar. (E1)
- Outras vezes pode ser que devido a algo da vida a pessoa fique doente. Coisas da vida... (E2)

Numa pesquisa realizada por Pereira (1985), sobre a história de vida de doentes psiquiátricos e as suas concepções etiológicas sobre a doença mental, o autor constatou que os doentes não trouxeram concepções etiológicas de causas orgânicas. As suas teorias associaram a doença ou o transtorno mental a experiências difíceis e situações ocorridas na sua vida, o que corrobora com o presente estudo.

Note-se que houve uma significativa associação a eventos antecedentes da vida do doente como possível causa do aparecimento do transtorno mental, eventos relacionados com sofrimento, perdas e traumas. Isso significa que, embora grande parte conceba o fenómeno da doença mental como produto de algo sobrenatural, grande parte também não perde de vista os fatores de ordem subjetiva, ligados às experiências dolorosas da pessoa com transtorno mental.

- [...] mas também podem ficar assim se tiverem um problema grave na vida. (E6)

Intimamente ligados aos eventos da vida do doente que despoletaram a doença, verificamos a presença da ideia de que a pessoa com doença mental apresenta falta de estratégias de resolução de problemas e que recorre ao uso abusivo de substâncias psicoativas como o álcool (grogue) e a cannabis (padjinha).

- E muitas vezes mete-se no vício. Porque é mais fácil esquecer que enfrentar a realidade. (E8)
- A maioria dos jovens que estão aqui na comunidade têm o vício de grogue e da padjinha (cannabis). [...] Vêm no vício um escape para os seus problemas. (E7)
- [...] têm além do problema mental, um problema com algum vício. Aqui há um grande problema com o consumo excessivo de álcool, o grogue. (E3)
- Aqui na ilha há um grande problema com o álcool, o “grogue” (cachaça) e com

*a “padjinha” (canabis). Os jovens começam a usar cada vez mais cedo e depois ficam viciados e começam a ter problemas na cabeça. Ficam agressivos, sem noção da realidade. (E6)*

*- Aqui os nossos “pacientes” são pessoas com problemas mentais, mas provocados pelo abuso de substâncias. (E8)*

Num estudo de Malta et al. (2014), sobre o uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, concluiu que a supervisão e apoio familiar exercem um efeito protetor no uso de substâncias psicoativas, e que, pelo contrário, o aumento do consumo relaciona-se com situações como solidão, abandono, desamparo familiar e falta de amigos.

Um outro dado que nos chama a atenção é a importância atribuída, por parte dos entrevistados, à falta de ocupação laboral e recreativa existente na ilha e que influencia ativamente para o processo de adoecimento mental:

*- Muitos jovens vêm para cá por isso. Lá nos Estados Unidos fazem pequenos crimes, roubam e mandam-nos para aqui. Eles trazem com eles os vícios [dependência de álcool e drogas]. Aqui também não têm o que fazer, não há trabalho...e andam por aí, nas ruas, a chamar outros jovens. (E6)*

*- [Causa] Algum problema na vida que a pessoa tenha, [...] ou com o trabalho ou a falta dele. (E7)*

*- Além disso têm muitas necessidades e carências ... de trabalho, o que agrava a situação. [...] Falta de ocupação da mente... nós damos atividades, para dar-lhes responsabilidade e afastar os pensamentos do vício. (E8)*

*- [...] ... ele fica assim, sem ter o que se fazer [causa da doença]. (E13)*

Jacques & Codo (2002) acerca da importância do trabalho e da ocupação laboral, afirma que o trabalho é uma das atividades humanas, por excelência, geradoras de significado para o ser humano. Sem o trabalho, o ócio ocupa o lugar. Um dado muito interessante pela sua singularidade e que se verifica no discurso do entrevistado E10, é o facto de este associar a sua doença a um período de vida em que se encontrava muito ocupado com os estudos académicos, longe da família, fora do seu país de origem e com pouco tempo para descansar.

*- A minha primeira crise foi em X. Eu ficava muito tempo no quarto. Eu estava a fazer o doutoramento ... e andava com cabeça cansada, não dormia...fiquei dias sem dormir. (E10)*

Relativamente às respostas obtidas, constatou-se haver semelhança do encontrado num estudo de Mateus et al., (2005) sobre as concepções populares da esquizofrenia em Cabo Verde. Segundo Mateus, a doença mental em algumas situações é apresentada como resultado de um cansaço, ao que é chamado de “cabeça cansada” provocado quer seja por problemas, preocupação excessiva (muitas vezes associado aos estudos), medos ou ideias desagradáveis que

continuamente minam as funções mentais acabando por destruir a mente, “quebra a cabeça”, “dar cabo da cabeça”(cabeça aqui sendo uma metonímia para habilidades mentais).

Um outro aspeto que se verifica também, é a importância atribuída ao apoio familiar numa situação de doença mental:

*- Se a pessoa tem muitos problemas e não tem ninguém que a ajuda, a pessoa começa a ter problemas. [...] Muitos jovens aqui, as famílias não dão suporte, são destruídas, poucos recursos. Por vezes veem de famílias violentas, com pouco conhecimento. É difícil. (E8)*

No seu estudo sobre a família e o portador de transtorno mental Borba et al. (2011), demonstra a importância da família afirmando que esta deve ser considerada como um elemento indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica.

Kaloustian (1998) no seu livro “Família brasileira a base de tudo”, afirma que a família é reconhecida como ambiente privilegiado de socialização, aprendizagem, tolerância, assim como promotora de estratégias de sobrevivência.

### **3.3 Representações do tratamento da pessoa com doença mental**

O último domínio abordado neste estudo, refere-se às representações do tratamento da pessoa com doença mental. Deste domínio emergiram da análise oito categorias: incurável, apoio no comportamento de procura de saúde, cuidados de saúde, sono no controlo da doença, falta de recursos de saúde, vivência religiosa e crenças, calma e compreensão e “remédio da terra”.

Verificamos que a instabilidade afetiva que alguns doentes apresentam muitas vezes, contribui para uma convivência difícil tanto com a família como com os demais. No que se refere ao tratamento, verificamos que alguns entrevistados, veem a doença mental como sendo uma doença crónica ou **incurável**.

*- Não há ninguém que a possa curar. [...] Eu não sei muito bem. Eu acho que também às vezes não dá para curar. (E4)*

*- Mas não o curam. O doutor diz que não tem cura. E é verdade, porque ele já esteve aqui na internação e ficou igual. (E5)*

*- Não tem cura. [...] Eu não sei se há cura para todas as doenças mentais [...]. (E6)*

*- Talvez se tiver cura não é aqui, só se for depois que morre. O doido ele não fica bom, não muda nunca... (E7)*

*- [...] Eu acho que os medicamentos ajudam. Não sei se curam. [...] Ajudam a organizar os meus pensamentos porque me fazem dormir, mas não curam. (E10)*

As doenças incuráveis na medicina oficial encontram promessa de cura na tradicional (Carvalho, 2009). Assim, um dado que corrobora esta afirmação, é a referência ao “remédio da

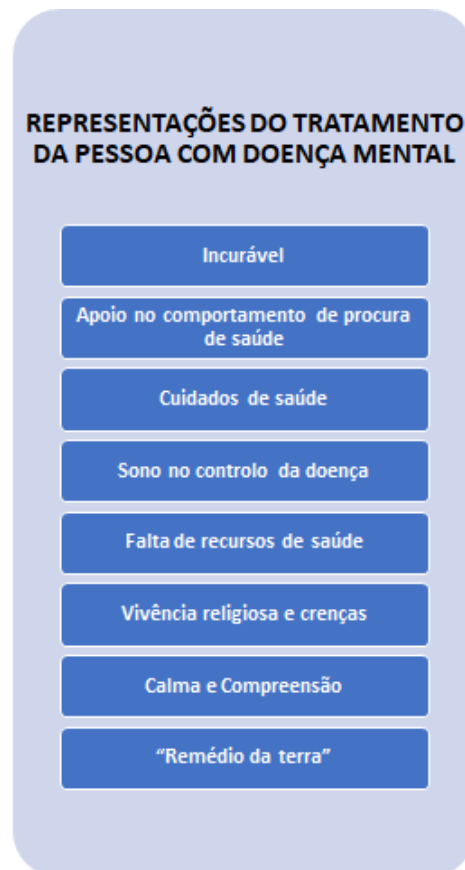


Figura 6: Categorias do domínio Representações do tratamento da pessoa com doença mental

terra", como tratamento da doença mental. Há, entre os Cabo-Verdianos, uma diferenciação entre os problemas que pertencem à esfera da competência da medicina e os problemas que pertencem a um referencial local, observada tanto na explicação da origem do problema de saúde, como nas medidas gerais ou específicas para a sua prevenção e tratamento (Mateus, 1998).

Muitas vezes denominam como "doença da terra" e "**remédio da terra**" as perturbações e os tratamentos pertencentes ao universo da medicina popular e a concepções do mundo que podem incluir o sobrenatural. O mal e as doenças podem assumir duas origens diferentes, de acordo com esta visão: a primeira é o "mal de Deus" ou "destino". Exemplos destes são as doenças incuráveis, a morte imprevisível, os imprevistos ou as desgraças.

A segunda é o "mal do pecador" que é causado pelo mau-olhado e pela maldição que outros podem rogar. Neste caso, recorre-se ao curandeiro/feiticeiro que o cura com rezas, "passa com ervas" e dá amuletos.

*- Ele conhecia remédio da terra, sabe, as ervas, plantas... ele curava muitas doenças. [...] mas também há situações que só remédio da terra cura, ou curandeiros... ou senhores que sabem as coisas para curar. (E4)*

*- Também levei-o a Assumada, a um senhor que tem muito poder para essas coisas. Ele deu uma garrafa com um líquido para pôr na roupa dele à noite. (E5)*

*- Há um curandeiro em Assumada e em Santa Catarina que vai muita gente (...) ele é forte. Muita gente vai lá para ele tratar. (E7)*

*- Eu sei que há pessoas que vão procurar outros tratamentos e remédios nos antigos ... Há pessoas que conhecem tratamentos para curar coisas dos espíritos. (E8)*

Ainda hoje a maior parte da população rural tenta tratar os “males” com os meios tradicionais, antes de recorrer a um centro de saúde. Nalgumas zonas do arquipélago, as pessoas por norma só iam ao médico depois de esgotados os recursos por parte dos curiosos, curandeiros e “botadeiras-de-sorte” (Lopes Filho, 1995).

Em resumo, o “remédio da terra” coexiste com a “medicina oficial” num mesmo espaço social, com plena aceitação por parte da população, apesar de uma adaptação a novas técnicas e novos valores introduzidos pelo progresso médico da medicina dita “moderna” (Rodrigues, Trindade, 1991).

Em algumas situações, verifica-se o aconselhamento de “remédios da farmácia”, por parte dos curandeiros, atribuindo-lhes uma ação mais rápida, porém menos duradoura, com a possibilidade de existência de efeitos secundários (Bäckström, 2011; Alves, 2008).

Apesar de ser frequente recorrer-se aos tratamentos populares como os remédios da terra, estes são muitas vezes bastante dispendiosos e podem apresentar, de acordo com alguns relatos, efeitos indesejáveis:

*- Ela disse que eu tinha de ir lá mais vezes, mas é muito dinheiro. Nós não temos esse dinheiro. (E5)*

*- O T. andou uns dias mais calmo, mas um calmo diferente de calmo, calmo. Parecia que tinha a cabeça sempre noutro lugar. Não ouvia nada à primeira. Também não quero o meu filho assim. (E5)*

Verifica-se que a assistência médica em Cabo Verde, e em particular em Santiago, é insuficiente. Contudo, o recurso aos curandeiros não deriva de falta de alternativas, até porque o tratamento com um curandeiro não é necessariamente mais barato que uma consulta médica oficial.

Normalmente, é até mais caro, o que se verifica noutros estudos, como no estudo de Bäckström (2011) que aborda os sistemas de cuidados no enfrentamento do sofrimento e da doença mental, numa análise comparativa entre imigrantes caboverdianos residentes em Lisboa e na região Norte de Portugal.

Pela sua singularidade, temos os discursos dos entrevistados E6 e E10 que distinguem doenças mentais curáveis de incuráveis:

*- Só se for depressão, aí tem cura. [...] mas para a depressão eu sei que há porque eu já fiz tratamento. [...] Para as outras doenças também deve haver. Temos*

*aqui o hospital da Trindade que ajuda. Para os viciados temos alguns locais que ajudam. Na achada de S. Filipe temos a Granja São Filipe que ajuda para o vício do álcool. Há outras que ajudam. A igreja também pode ajudar. Principalmente na depressão. (E6)*

*- Há cura para o meu mal. Em Portugal podem curar-me, lá eu dormia melhor e estava bem. (E10)*

*Muito interessante é também o discurso de um entrevistado referente à esperança de uma cura para a doença mental, num futuro não distante e a crença no desenvolvimento da ciência nesse sentido: - [...] a cura no momento não é possível, mas em breve sim. Acredito que a ciência está a multiplicar. (E2)*

Sabe-se que o apoio recebido por um doente em situação de doença é muito importante. Este facto torna-se mais evidente em relação à doença mental. No caso do entrevistado E10, constatamos que esse apoio se estendeu desde a procura do tratamento ao seguimento do mesmo.

*- Falei com um professor da universidade que me ajudou muito. Chegou a ir comigo às consultas no Hospital Júlio de Matos. (E10)*

É possível verificar que há unanimidade de opinião, perante os resultados das entrevistas, de que a doença mental requer **cuidados de saúde** e **apoio no comportamento de procura de saúde**:

*- É para mim, uma pessoa que necessita de cuidados médicos [...]. Uma pessoa que precisa de tratamento específico para o seu problema. [...]. As doenças precisam de se tratar, assim como a mental precisa de tratamento. (E1).*

*- É uma pessoa que tem uma doença que precisa de tratamento. (E3)*

Quando se refere a tratamento, muitos participantes referem que o tratamento passa pelo regime medicamentoso:

*- A meu ver, numa primeira linha de tratamento, o tratamento medicamentoso. (E1)*

*- Com remédio, com os médicos que vão ver a pessoa e fazem o diagnóstico e depois dão os medicamentos mais apropriados. (E2)*

*- Claro que também é uma doença que é tratada com medicamentos. (E3)*

Muitas vezes o tratamento é dificultado pela falta de adesão ao regime terapêutico, ao regime medicamentoso, como é demonstrado pelo discurso de E11:

*- Ele também em casa não toma o medicamento certo [...] Se ele tomasse os medicamentos todos certos ele estava melhor...(E11)*

A adesão à terapêutica é de máxima importância principalmente quando nos referimos às doenças crônicas (Dias *et al.*, 2016). De acordo com o estudo de Cardoso *et al.* (2016), as consequências da não-adesão ao tratamento nas doenças crônicas, nas quais se incluem as doenças psiquiátricas, são profundas e incluem resultados clínicos negativos, maior risco de recaída, stress físico e emocional, aumento do número de internamentos, assim como maiores custos diretos e indiretos de saúde.

Muitas vezes o tratamento passa pelo internamento no hospital psiquiátrico. Na ilha de Santiago, localiza-se o Hospital Psiquiátrico da Trindade, uma referência em Cabo Verde para internamento de situações agudas. Existe, no entanto, alguns casos de doentes crônicos, que por falta de estrutura familiar, passam a residir no hospital.

- *Diria que à parte do tratamento convencional, [necessita] de hospital [...]. (E1)*
- *[...] quando estão em crise, [...] passa a ser um paciente hospitalizável. (E2)*
- *Alguns curam no hospital com medicamentos, [...] (E4)*
- *Teve que ficar no internamento da Trindade. [...] Eu acho que no hospital eles têm tratamento. [...] Na Trindade temos esses doentes internados. Eu já lá estive por causa de meu irmão mas foi por causa do álcool. Ele bebia demais. Não controlava. Ele lá tomava os remédios e veio mais calmo embora. Ele ainda bebe mas menos.” (E7)*
- *Aqui sei que ele fica bem por isso trago-o para aqui. (E12)*

Destacamos pela singularidade o discurso do participante E3:

- *Muitas pessoas que assistem o nosso culto e estão doentes mentalmente já passaram pelo hospital da Trindade, e voltam iguais ou pior. (E3)*

Para o tratamento de uma doença mental, existem psicoterapias que auxiliam e fazem parte do tratamento. Quando nos referimos a psicoterapias, referimo-nos a estratégias terapêuticas não centradas no regime medicamentoso, mas sim a intervenções estruturadas, com um plano de atuação previamente definido, que procuram estabelecer o equilíbrio mental, físico e espiritual do indivíduo.

Apresentam uma abordagem sistémica, que atua no humor, no comportamento, assim como nas repostas de reação a determinados estímulos, recorrendo a meios psicológicos verbais e não verbais (Andrade *et al.*, 2010).

O Hospital Psiquiátrico da Trindade possui uma sala exterior no pátio, onde os doentes têm ao seu dispor alguns materiais de pintura, lápis de cor e de cera, papel e cola que podem usar sob a supervisão de um funcionário. Verificou-se no discurso de alguns participantes a importância atribuída às terapias:

- *Há terapias que ajudam (...). (E2)*
- *Falar também ajuda. A mim ajudou. (E6)*

*- Atividade para estes doentes é importante. Devem estar ocupados para poder recuperar. (E2)*

*- Nós aqui na comunidade defendemos um tratamento sem remédios. Aqui eles não tomam remédios nenhuns da farmácia. É através do trabalho, das tarefas partilhadas, da responsabilidade atribuída que os nossos jovens têm capacidade de se curar. Nós fazemos atividades com todos, espírito de entreaajuda é bom para recuperar. Se estão ocupados a mente não procura problemas. [...] Eu acredito que a partilha de experiências, tanto as boas como as más, falarem sobre os seus problemas, sobre as suas vitórias os ajuda a ultrapassar as dificuldades. Fazemos grupos onde todos têm a responsabilidade de fazer algo pela comunidade. Cozinhar, limpar, cuidar dos animais... no domingo também vão ao culto na igreja. Também essa parte espiritual ajuda muito. Ficam mais calmos, pensam mais. Lá têm espaço para pensar na vida e falar de coisas que os incomoda. (E8)*

No entanto, apesar da comprovada importância das psicoterapias do tratamento da doença mental, existem limitações quer sejam económicas ou de recursos em Santiago. Essas carências e limitações são expressas através do participante E2:

*- Aqui na Trindade fazem terapia ocupacional que funciona mal a meu ver, porque só põem música ou televisão. (E2)*

Não é só nas terapias que as limitações se fazem sentir. Existem igualmente, de acordo com alguns participantes, falta de **recursos de saúde**:

*- Eu só queria voltar para (...). Lá tratavam-me melhor, têm outros medicamentos, é mais calmo para a minha cabeça. Aqui não há nada. Não há ocupação, não há nada. Aí a minha cabeça não pára de pensar. Fico muito cansado. [...] Tinha em (...) terapia e falava sempre que precisava com o psicólogo e o psiquiatra. Tinha muito mais acesso à informação. Aqui não tenho nada. Estou preso de todas as formas e não sou criminoso. (E10)*

Um outro dado importante a salientar, pela sua singularidade, é a **importância atribuída ao sono no tratamento da doença mental**:

*- Se não durmo não controlo os meus pensamentos. (E10)*

Existem vários estudos que mostram a importância que a **vivência religiosa e crenças** têm, seja na aceitação da doença mental seja no tratamento da mesma. Num estudo realizado no Brasil, Reinaldo e Santos (2016), estudaram as perceções do profissional de saúde, o doente e os seus familiares em relação à religião e aos transtornos mentais chegando à conclusão que a religião tem um papel muito importante na aceitação dos transtornos mentais, salientando que é uma área não muito abordada nas investigações.

Num outro estudo realizado com pacientes portadores do diagnóstico de esquizofrenia na Suíça (Hengartner et al, 2012), verificou-se que a religião era importante na maneira como o doente enfrentava a doença, quer dando motivos para reagir e enfrentar a doença, quer assumindo uma postura passiva e resignada diante da mesma. A religião foi considerada pelos participantes como um recurso vital de adaptação diante da sua condição de doença, sendo de especial importância nos processos de adoecimento e tratamento, devido ao conforto emocional e ao significado atribuído à vida.

Observaram que os participantes lidavam melhor com os sintomas da doença quando se sentiam amparados por um ser superior divino e por conseguinte, apresentavam melhor funcionamento social, menos sintomas negativos e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (Pargament & Lomax, 2013). Observa-se que os dados obtidos nas entrevistas corroboraram a produção científica, embora apresentem características próprias culturais e religiosas:

*- Diria que à parte do tratamento convencional, [...] o doente mental necessita, assim como qualquer ser humano, de Deus. (E1)*

*- Eu tenho uma "corda" (presa ao pescoço) aqui que a minha mãe me deu há muitos anos quando a minha sogra brigava comigo. Eu não acredito muito nessas coisas mas pode ser que haja e é melhor ter que não ter (amuleto de proteção). (E7)*

*- Com oração procuramos dar alívio aos jovens. Vamos à igreja, o pastor ora com eles. Eles vêm mais calmos e confiantes. (E8)*

*- Dependendo da doença, eu como pastor direi que Deus tem um papel muito importante na vida de qualquer indivíduo, e especificamente na vida de um doente mental, um papel mais preponderante. (E1)*

*- Existe "cura" sim se a pessoa quiser. Através das limpezas psíquicas, do Centro (espírita), o indivíduo pode libertar-se de espíritos inferiores que o perseguem. Com duas irradiações, que se fazem com uma sequência [...] Tudo o resto, a meditação, as terapias ...isso é tudo invenção. Não faz nada. Não traz cura nem alívio, e não pode trazer porque não é do foro físico nem fisiológico. (E9)*

*- É preciso rezar muito. [...] Vou à igreja às vezes esperando que isso me ajude. Que Deus me ajude com a minha cruz. Estou à espera de um milagre. (E12)*

De acordo com a informação recolhida pelas entrevistas e na bibliografia consultada, o recurso a tratamentos alternativos é muito frequente assim como a interpretação da doença ultrapassa o paradigma médico. Segundo Kleinman e Benson (2006), existe um pluralismo de sistemas de cuidados para lidar com a doença. Este pode ser organizado como sistema profissional, popular e alternativo (que inclui o complementar e o tradicional). A coexistência de racionalidades que fogem ao paradigma médico de encarar a saúde e a doença é uma realidade (Bäckström, 2011; Alves, 2008).

Esta prática deve ser entendida no quadro das representações sociais que as pessoas têm do que é a doença (simultaneamente físico e psíquico, corporal e espiritual, individual e coletivo, do mundo visível e invisível, do mundo dos vivos e dos mortos), bem como a articulação

que realizam com os múltiplos referentes (Coppo, 1988).

Para traduzir o que em África se entende por enfermidade de um indivíduo, a palavra adequada seria sintoma. Os sintomas não são vistos como uma simples manifestação de uma parte do corpo, mas o resultado de uma articulação complexa de causas e efeitos. A doença, como símbolo de desajuste, de desequilíbrio individual e social, é, como qualquer outro símbolo, alvo de representações ambíguas e fluidas, construídas como práticas de conhecimento e de exercício de poder (Meireles, 2011).

Verifica-se que a religião apresenta-se ao participante como dando sentido à vida e confiança/ esperança do prognóstico e recuperação da doença:

*- Deus permite que o indivíduo encontra um sentido para a vida, que de outra forma seria muito complicado de encontrar. No meio de tantas adversidades, contratempos, sofrimento, a não existência de Deus coloca-nos num beco sem saída. (E1)*

*- O que vejo na minha vida pastoral e pessoal, é que Deus ajuda o indivíduo a ter maior confiança e fé no futuro e conseqüentemente na recuperação. (E1)*

No que se refere à fé religiosa e a espiritualidade em Cabo Verde, estas assumem particular relevância no tratamento das doenças, particularmente no que diz respeito às doenças mentais, havendo, no entanto, a ideia de que pode não ser suficiente:

*- Oração ajuda o indivíduo a saber que não está sozinho e que Deus o pode ajudar nas suas dificuldades. [...] Ajuda no tratamento mas não chega. (E1)*

*- Eu venho dar a missa aqui porque acho que ajuda os doentes... (E2)*

*- Temos aqui casos de pessoas que vieram às nossas reuniões e que melhoraram apenas com oração e dedicação ao Senhor. Fazemos sessões especiais para poder ajudar essas pessoas. (E3)*

Destacamos pela singularidade o discurso do participante E3:

*- Nós acreditamos que Deus pode curar tudo, todas as enfermidades. A pessoa tem de ter fé. Deus pode todas as coisas, por isso pode curar, né? mas é difícil viu? [...] Mas quando a igreja apela para Deus e faz compromissos, Deus atua, opera milagres. (E3)*

Ainda do discurso dos participantes podemos retirar a importância dada à **calma e compreensão** na abordagem ao doente mental:

*- "[...] necessita de [...] compreensão por parte da família e sociedade. (E1)*

*- Nós temos de ter muita paciência com estas pessoas [...]. (E7)*

*- Para mim o doente mental é alguém que precisa de ajuda [...] interna, isto é, não*

*é só de medicamentos, mas também de uma palavra amiga, de conselhos... (E8)*

*- É preciso ter muita calma e paciência. (E10)*

*- [...] conversar com ele...(E11)*

*- [...] não as confrontar porque elas podem reagir com muita agressividade. Só são agressivas se tiverem alguma coisa que as provoque. (E7)*

Esta prática deve ser entendida no quadro das representações sociais que as pessoas têm do que é a doença (simultaneamente físico e psíquico, corporal e espiritual, individual e coletivo do mundo visível e invisível, do mundo dos vivos e dos mortos), bem como a articulação que realizam com os múltiplos referentes (Coppo, 1988).

Em relação à representação do doente mental, podemos afirmar de um modo geral, que este é visto como alguém que não pode ser responsabilizado, como um ser agressivo e excluído e que a atitude da sociedade face ao doente mental é basicamente negativa. O que indica claramente que o facto de se ser doente mental faz a diferença, uma vez que a doença mental é considerada diferente das demais e o indivíduo é tido como alguém que não está apenas doente, mas que é doente.

O doente é demarcado não pelo ter, mas pelo ser, caracterizando uma incurabilidade e uma estruturação rígida da personalidade. Podemos afirmar que a imagem do doente mental é frequentemente associada à ideia de perigosidade, daí existir uma tendência crescente de evitar o contacto com este.

Encontrámos também a noção de que a doença mental pode ser perigosa e que há o medo de se poder “ficar maluco”, assim como a ideia de que a saúde mental está associada ao facto de a pessoa “pensar muito” ou preocupar-se muito, desenvolvendo problemas dos “nervos”.

Atualmente, a maioria dos enfermeiros não possui formação/especialização, na área de saúde mental. Há uma necessidade de formar enfermeiros cabo-verdianos e outros profissionais de saúde e pessoal auxiliar de ação médica, para que estes adquiram competências específicas e ajustadas para prestar uma assistência humanizada à pessoa com transtorno mental e aos seus familiares.

Investimentos em práticas educacionais transformadoras podem favorecer a formação dos enfermeiros e despertar mudanças no perfil dos futuros profissionais, tornando-os capazes de compreender a pessoa com transtorno mental e a sua família como integrantes do ambiente social. Torna-se ainda imprescindível ampliar a atuação do enfermeiro para além da assistência no serviço de psiquiatria, através, por exemplo, de atividades diversificadas, como a visita domiciliária, com caráter relacional e direcionada à abordagem integral da pessoa portadora de transtorno mental, permitindo a compreensão das suas necessidades pessoais e da sua rede social e familiar.

Os espaços de lazer existentes na comunidade, como as associações, os grupos culturais, as igrejas, devem ser usados na promoção da saúde mental e reinserção comunitária das pessoas com transtorno mental, já que esses locais permitem a interação com outras pessoas e o desenvolvimento de atividades que estimulam a autoestima e a valorização da pessoa com

transtorno mental. O déficit de conhecimento do diagnóstico do familiar com transtorno mental influencia diretamente no próprio processo de cuidado prestado por este familiar.

Os estigmas e preconceitos gerados pelo desconhecimento e pela falta de condições de tratamento adequado ao doente mental mostram a necessidade de aplicar programas efetivos de educação em saúde mental. A literatura realça que o desconhecimento sobre a doença mental faz com que os familiares e as pessoas que lidam com os doentes se sintam perdidos quanto às atitudes a serem adotadas, gerando desgaste emocional e físico.

Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde, especialmente da equipa de enfermagem, é fundamental para facilitar o processo de cuidado da pessoa portadora de doença mental no ambiente familiar. Não obstante a reestruturação do cuidado das pessoas com transtornos mentais, em Cabo Verde, não ser ainda uma realidade, a enfermagem assume um papel importante nos ensinamentos, no esclarecimento de dúvidas, no alívio de medos, na redução de angústias e, principalmente, no estímulo do sentimento de segurança e de cuidado da família. Compete à enfermagem procurar mecanismos para modificar o paradigma do cuidado à pessoa com transtorno mental, atualizando os seus conceitos e práticas.



## Conclusão

Sabemos que o estigma e preconceito em relação ao doente mental perduram até aos dias de hoje. Um dos aspetos fundamentais no processo de mudança de paradigma acerca do doente mental, é a desconstrução das representações sociais negativas.

O presente estudo apenas se dirigiu à ilha de Santiago (por questões de ordem logística e económica), pelo que a amostragem é pequena e limitada, impedindo a generalização dos resultados a outras ilhas do arquipélago de Cabo Verde.

Com o desenvolvimento deste estudo, procurou-se obter uma melhor compreensão do que são as representações sociais da pessoa com doença mental em Cabo Verde. Ao detetar elementos passíveis de poderem ser abordados por partes dos profissionais de saúde, contribui-se para a redução de atitudes discriminatórias e integração do doente mental na sociedade.

Acreditamos que apenas um maior esclarecimento e desmistificação de preconceitos poderão levar à integração destes doentes no seio familiar, com o devido apoio e acompanhamento que necessitam, contribuindo para a sua reinserção na sociedade como cidadãos válidos.

Atualmente, a maioria dos enfermeiros não possui formação/especialização, na área da saúde mental. Há uma necessidade de formar enfermeiros cabo-verdianos e outros profissionais de saúde e pessoal auxiliar de ação médica, para que estes adquiram competências específicas e ajustadas para prestar uma assistência humanizada à pessoa com transtorno mental e aos seus familiares. Torna-se ainda imprescindível ampliar a atuação do enfermeiro para além da assistência no serviço de psiquiatria, através, por exemplo, de atividades diversificadas, como a visita domiciliária, com carácter relacional e direcionada à abordagem integral da pessoa portadora de transtorno mental, permitindo a compreensão das suas necessidades pessoais e da sua rede social e familiar. Os espaços de lazer existentes na comunidade, como as associações, os grupos culturais, as igrejas, devem ser usados na promoção da saúde mental e reinserção comunitária das pessoas com transtorno mental, já que esses locais permitem a interação com outras pessoas e o desenvolvimento de atividades que estimulam a autoestima e a valorização da pessoa com transtorno mental.

Os estigmas e preconceitos gerados pelo desconhecimento e pela falta de condições de tratamento adequado ao doente mental mostram a necessidade de aplicar programas efetivos de educação em saúde mental. A literatura realça que o desconhecimento sobre a doença mental faz com que os familiares e as pessoas que lidam com os doentes se sintam perdidos

quanto às atitudes a serem adotadas, gerando desgaste emocional e físico.

Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde, especialmente da equipa de enfermagem, é fundamental para facilitar o processo de cuidado da pessoa portadora de doença mental no ambiente familiar. Não obstante a reestruturação do cuidado das pessoas com transtornos mentais, em Cabo Verde, não ser ainda uma realidade, a enfermagem assume um papel importante nos ensinamentos, no esclarecimento de dúvidas, no alívio de medos, na redução de angústias e, principalmente, no estímulo do sentimento de segurança e de cuidado da família. Compete à enfermagem procurar mecanismos para modificar o paradigma do cuidado à pessoa com transtorno mental, atualizando os seus conceitos e práticas.

## Referências Bibliográficas

- Alexander, F., Selesnick, S. (1980). *História da Psiquiatria: uma Avaliação do Pensamento e da Prática desde os Tempos Primitivos até o Presente*. São Paulo: Ibrasa.
- Alves, F. (2008). *A doença mental nem sempre é doença – racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no norte de Portugal*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Aberta, Lisboa.
- Amado, J. (2000). *A Construção da Disciplina na Escolas - Suportes teórico práticos*. Edições ASA, Porto.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, F., Ferreira Filha, M., Dias, M., Silva, A., Costa, I., Lima, E. & Mendes, C. (2010). *Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(1), 129–136.
- Aragão, A., Milagres, E. & Figlie, N. (2009). *Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos*. *Psico US*, 1(14), 117–123.
- Arruda, A. (2010). *O estudo das representações sociais: uma contribuição à Psicologia Social no Nordeste*. *Revista de Psicologia*, Campina Grande.
- Assembleia da República (1998). Decreto Lei nº 67/1998 de 26 de outubro. *Diário da República: Série I-A, No 247 (1998)*. Acedido a 23 abril 2020. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Bâ, A. (2010). *História geral da África I. Metodologia e pré-história da África: A tradição viva*. Brasília: UNESCO.
- Bäckström, B. (2010). *Comportamentos de saúde e doença numa comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 758–772.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, D. (2004). *Itinerários da loucura em territórios Dogon*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Beijers, H. (2004). *People with a mission: Meaning of psychosial distress of Cape Verdeans in the Netherlands*. MA Thesis, University of Amsterdam.

- Birman, J. (1991). *Apresentação: interpretação e representação social e saúde coletiva*. *Physis*, 1, 7–22.
- Bonfim, Z. & Almeida, S. (1991/1992). *Representação social: conceitualização, dimensão e funções*. *Revista de Psicologia*, 1/2(9), 75–89.
- Borba, L., Paes, M., Guimarães, A., Labronici, L. & Maftum, M. (2011). *A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442–449.
- Burke, P. (1992). *A Escrita da História - Novas Perspectivas: História do corpo*. São Paulo: UNESP.
- Campos, C. & Turato, E. (2009). *Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas*. *Revista Latino- 152 americana de Enfermagem*, 17(2).
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cardoso, C. (2008). *A diáspora ao serviço do desenvolvimento: os pontos de contacto entre a emigração e a política externa cabo-verdiana*. ACIDI, Lisboa.
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). *Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal: Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 209-219. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>
- Carvalho, J. C. (2015). *A família e as pessoas com experiência de saúde mental*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 6-8.
- Carvalho, L. (2009). *Doença e Cura em África – Medicina Tradicional e pastoral da saúde no povo Chuabo, uma questão de inculturação*. Roma Editora, Lisboa.
- Claro, H., Oliveira, M., Titus, J., Fernandes, I., Pinho, P., & Tarifa, R. (2015). *Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1173-80.
- Collomb, H. (1975). *Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone*. *African Journal of Psychiatry*, Rio de Janeiro, 2, 87–115.
- Coppo, P. (1988). *Epidemiologia psiquiátrica nei paesi africani*. *La Ricerca Folklorica*, Rio de Janeiro, 17, 61–66.
- Correa-Builes, M. V. & Hernández-Bedoya, M. H. (2006). *La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 35 (4), 463-475. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502006000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502006000400003)
- Costa, C. B. da, Limberger, J., Frantz, M. F., Donelli, T. M. S., Mosmann, C. P., Andretta, I. & Castro, E. K. De (2020). *Processos de saúde-doença: diálogos entre as teorias psicanalítica,*

- cognitivo-comportamental e sistêmica. Revista da SPAGESP, 21(2), 111-125. Recuperado em 11 de novembro de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>
- Coulibaly, B., Koumare, B. & Coundray, J. (1983). *La demande de soins psychiatriques au Mali*. Psychopatologie Africaine, 19, 261–286.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina, Coimbra.
- Cowan, W., Harter, D. & Kandel, E. (2000). *The emergence of modern neuroscience: Some implications for neurology and psychiatry*. Annual Review of Neuroscience, New York, 23, 343–391.
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Delgado, P. S. (2017). *Implementação da disciplina Educação Moral Religiosa Católica no sistema de ensino e o processo de secularização em Cabo Verde*. Dissertação (Pós graduação em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Dias, A., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2016). *Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura*. Millenium. 40. 201-219.
- Domingos, L. (2015). *A complexidade da dimensão religiosa da medicina Africana tradicional*. Mneme, Caicó, 15(34), 167–189.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Faizang, S. (1986). *L'interieur de choses. Maladie, divination et reproduction social chez lês Bisa du Burkina*. Connaissance des hommes. L'Harmattan, Paris.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Ferreira, F., & Florido, P. (2011). *Situações de Agitação e Violência: a Realidade numa Unidade de Doentes Agudos*. Revista PsiLogos, 9(1), 28-34.
- Fidalgo, F. (2003). *Gazeta do Racionalismo Cristão*. <http://www.geocities.com/Athens/Academy/4678/discuss/spiritism.html>
- Filho, J. (1995). *Cabo Verde: Retalhos de um quotidiano*. Ed. Caminho, coleção universitária, Lisboa.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social da problemática à colheita de dados*. Lusociência, Loures.

- Gergen, K. (1992). *The social constructionist movement in modern psychology*. *American Psychologist*, 3(40), 266–275.
- Gonçalves, R. (1990). *Epidemiologia - Teoria e Objeto: Reflexões sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Guedes, A. & Marques, AL, et. (2001). *Litígios e pluralismo em Cabo Verde. A organização judiciária e os meios alternativos*. *Revista da Faculdade de Direito da UNL, Lisboa*.
- Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y.P., Rössler, W. & Gattaz, W. F. (2012). *Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil*. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(4), 115-121.
- Herzlich, C. (1991). *A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença*. *Physis*, 1, 23–26.
- Horwitz, A. (2010). *A handbook for the study of mental health: An overview of sociological perspectives on the definitions, causes, and responses to mental health and illness*. New York: Cambridge University Press.
- Jacques, M. & Codo, W. (2002). *A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar*. *Saúde mental & trabalho: leituras*, 173–190.
- Jaspers, K. (1933). *Psicopatologia Geral*. Alcan.
- Jodelet, D. (2011). *Returning to past features of Serge Moscovici's theory to feed the future*. 39(20), 1–11.
- Joffe, R. (2001). *Progress in the biology of psychiatry*. *Journal of Psychiatry e Neuroscience*, New York, 2(26), 101–102.
- Kaloustian, S. (1998). *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). *Anthropology in The Clinic: The Problem of Cultural Competency and How To Fix It*. *Plos Medicine*, 3, 1673–1676.
- Knauth, D. (1994). *As religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: A doença e a cura nas religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrisches aus Java*. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, 61, 882–884.
- Laplantine, F. (2001). *Antropologia da doença*. Martins Fontes, São Paulo.
- Le Goff, J., Le Roy, E. & Duby, G. (1991). *A Nova História*. Edições 70, Lisboa.
- Lima Jr, J. & Veloso, T. G. (2007). *Convivendo com a loucura: as representações sociais de familiares de usuários de instituição psiquiátrica*. In M. Dimenstein (Org.), *Subjectividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco* (pp. 163-173). Natal: EDUFRN.

- Lopes, E. D. (2012). *Comportamentos suicidários em adolescentes: ideação suicida e para-suicídio*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Coimbra.
- Lopes Filho, J. (1995). *Cabo Verde, Retalhos do Quotidiano*, S.A. Lisboa: Editorial Caminhos.
- Maciel, S., Maciel, C., Barros, D., Sá, R. & Camino, L. (2008). *Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica*. *Psico USF*, 13, 115–124.
- Maciel, S., Barros, D. R., Camino, L. F. & Melo, J. R. F. de (2011). *Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico*. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204. Recuperado em 10 de novembro de 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt)
- Malta, D., Oliveira-Campos, M., Prado, R., Andrade, S., Mello, F., Dias, A. & Bomtempo, D. (2014). *Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros*. Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 16–46.
- Mateus, M., Santos, J. & Mari, J. (2005). *Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, Africa*. *Rev Bras Psiquiatr.*, 2(27), 101–7.
- Mateus, M. D. (1998). *Estudo etnográfico de pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente - Cabo Verde*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Mauss, M. (2008). *Sociologie et Anthropologie*. PUF, Paris.
- Meireles, L. G. (2011). *A vivência da doença mental e a influência da medicina tradicional: o caso de Moçambique*. Dissertação (Mestrado) – ISCTE, Dissertação.
- Mello Freyre, F. S. de (2011). *Dé lirios a los delirios: dos culturas y el arte de una enfermedad delirante: Brasil y Cabo Verde bajo una mirada etnopsiquiátrica*. Tese (Doutorado em Antropología de Iberoamérica) – Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Melo Barbosa, M. de (2011). *Sobrecarga do cuidado em famílias de egressos de internação psiquiátrica: Análise nos três meses após a alta hospitalar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Meule, A. & Voderholzer, U. (2020). *Life satisfaction in persons with mental disorders*. *Quality of Life Research*, 29(11), 3043-3052. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02556-9>
- Ministério da Saúde de Cabo Verde (ZA). *Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental. 2009-2013*. Cabo Verde (ZA); 2010. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/doencas-nao-transmissiveis/182-pnsaude-mental>.
- Moniz, A., Silva, M., Barlem, E. & Lourenção, L. (2019). *Perfil de usuários e familiares de serviço psiquiátrico de Cabo Verde - África*. *Congitare Enfermagem*, 24. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59756>.

- Monteiro, V. (2004). *Procura de ajuda e tratamento realizado por familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico*. Dissertação de mestrado - Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Morant, V. (2006). *Social representations and professional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners*. *British Journal of Social Psychology*, 45(4), 817–838.
- Moreno, V. (2000). *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico*. Tese Doutorado - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Moscovici, S. (1978). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Nassir, G. (2010). *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Neagu, M., Calota, C., Chirila, B.D., Damian, S.I., Mainolescu, I.S., & Ioan, B. G. (2014). *Reality or Myth? Considerations Regarding the Aggressiveness of Patients with Schizophrenia*. *Postmodern Openings*, 5(4), 157-169.
- Oliveira, F. (2002). *Construindo saberes e práticas em Saúde Mental*. UFPB.
- OMS (1999). *Estratégias regionais para a saúde mental*. Em: AFR/RC49/9. Sede Regional Africana.
- Oro, A. & Seman, P. (2001). *Brazilian Pentecostalism Crosses National Borders*. Hurst e Company, London, 181–196.
- Pargament, K. & Lomax, J. (2013). *Understanding and addressing religion among people with mental illness*. *World Psych.*, Londres, 12(1), 26–32.
- Peixeira, L. (2003). *Da mestiçagem à caboverdianidade - Registos de uma sociocultura*. Edições Colibri, Lisboa.
- Pereira, J. (1985). *O que é Loucura*. São Paulo: Brasiliense.
- Pereira, M. (2003). *Representação da doença mental pela família do paciente*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(7), 71–82.
- Pessotti, I. (2001). *O Século dos Manicômios*. Editora 34, São Paulo.
- Pinel, P. (1996). *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pires, C. (2003). *Manual de psicopatologia*. Editorial Diferença, Leiria.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.
- Polit, D. & Beck, C. (2011). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. ArtMed, Porto Alegre.

- Prebianchi & Falleiros (2011). *Doença Mental: Representações de Usuários e de Profissionais da Saúde*. Psicologia em Estudo, Maringá, 16(1), 33–41.
- Quartilho, M. (2016). *O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN 978-989-26-1148-8.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva, Lisboa.
- Redko, C. (2000). *Fighting against the "evil". Religious and cultural construction of the first psychotic experience of young people living in São Paulo*. McGill University, Canada.
- Rehbein, F. (1985). *Candomblé e salvação*. São Paulo: Loyola.
- Reinaldo, A. & Santos, R. (2016). *Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares*. Saúde, 40(110), 162–171.
- Rezende, N. (1994). *Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. Vozes, Rio de Janeiro.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rodriguez, N. & Trindade, L. (1991). *Doença-da-terra e doença-da-farmácia: um estudo da relação entre a medicina popular e a medicina oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança*. Universidade de São Paulo.
- Saillant, F. & Genest, S. (2005). *Anthropologie medicale*. Québec: Les Presses de L'Université Laval.
- Saint-Maurice, A. (1997). *Identidades reconstruídas, cabo-verdianos em Portugal*. Celta, Oeiras.
- Saúde de Cabo Verde, (2010). *Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental, 2009-2013*. Acedido em: 08/12/2019. <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/%20doencas-nao-transmissiveis/182-pnsaude-mental>
- Silva, D., Oliveira, N., & Graça, M. (2018). *A relação entre transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas*. Revista Ciência (In) Cena, 1(6), 38-50.
- Simões-Figueiredo, A., Seabra, P., Sarreira-Santos, A., Vollrath, A., Medeiros-Garcia, L., Vidal, T. & Neves-Amado, J. (2019). *Nursing Consultation in a Public Bathhouse: A Community Resource for the Vulnerable Population in a European Capital*. Issues in Mental Health Nursing, 40:1, 2832.
- Scarparo, A. & AL., et. (2012). *Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem*. Revista Rene, 13(1).
- Scheid, T. & Brown, T. (2010). *Handbook for the study of mental health*. Cambridge University Press, New York.
- Schwartz, S. & Corcoran, C. (2010). *Biological theories of psychiatric disorders: A sociological approach*. Cambridge University Press, New York.

- Seeler-Tegethoff, M. (1998). *Zum Grossen Erfolg der Igreja Universal in Brasilien*. Anthropos.
- Sevalho, G. (1993). *Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença*. Cadernos de Saúde Pública, 3(9), 349–363.
- Sow, I. (1978). *Les Structures Anthropologiques de la Folie en Afrique Noire*. Payot, Paris.
- Silva, D., Oliveira, N., & Graça, M. (2018). *A relação entre transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas*. Revista Ciência (In) Cena, 1(6), 38-50.
- Spadini, L. & Souza, M. (2006). *A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 40, 123–127.
- Spink, M. (1993). *O conhecimento do Cotidiano*. Brasiliense, São Paulo.
- Strody, H. (1996). *Eilanden aan de Maas. De migratie en integratieges chie van de Rotterdam se Kaapverdianen*. Thesis - University of Utrecht.
- Szasz, T. (1978). *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Thoits, P. (2010). *Sociological approaches to mental illness*. Cambridge University Press, New York, 106–124.
- Tsu, T. & Tofolo, V. (1990). *Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental*. Psicologia USP, 1, 155–166.
- Varela, O. (2013). *Cabo Verde: A Máquina Burocrática Estatal da Modernidade (1614-1990)*. Almedina, Lisboa.
- Varshney, M., Mahapata, A., Krishnan, V., Gupta, R., & Sinha Deb, K. (2016). *Violence and mental illness: what is the true story?* Journal of Epidemiology & Community Health, 70(3), 223-225. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-205546>
- Veiga, M. (2004). *A construção do bilinguismo*. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro.
- Ventura, J. & Mascarenhas, J. (2009). *A problemática dos recursos hídricos em Santiago*. Em: 1º Congresso de Desenvolvimento Regional de Cabo Verde. Praia.
- Zaleski, M., Laranjeira, R., Marques, A., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. & AL., et. (2006). *Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e de outras drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbilidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias*. J. bras. Psiquiat., 2(28), 142–148.

## **Anexo I: Guião da Entrevista**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria**

**Representação sobre o doente mental na cidade da Praia, Cabo Verde**

**GUIÃO**

**- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA -**

**Maria de Jesus Martins**

**Porto**  
**2020**

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - GUIÃO -

### I - OBJETIVO GERAL:

- Investigar as representações, crenças e sentimentos da população da Cidade da Praia sobre o doente mental.

### II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar opiniões e representações sociais sobre o doente mental;
- Identificar os conhecimentos sobre a doença mental;
- Perceber qual o impacto da cultura, religião e crenças populares no contexto do doente mental;
- Perceber as influências da cultura, religião e crenças populares nas representações sobre o doente mental.

### BLOCOS TEMÁTICOS:

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DE PERGUNTAS
<b>A.</b> Legitimação da entrevista e motivação	<p><b>A.1.</b> Motivar o entrevistado a participar na entrevista;</p> <p><b>A.2.</b> Legitimar a entrevista.</p>	<p><b>A.1.1.</b> Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objectivos;</p> <p><b>A.1.2.</b> Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo;</p> <p><b>A.2.1.</b> Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas;</p> <p><b>A.2.2.</b> Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados.</p> <p><b>A.2.3.</b> Caso deseje, em qualquer altura poderá parar a entrevista.</p> <p><b>A.2.4.</b> Solicitar autorização para a gravação da entrevista em fita magnética, que após tratamento da informação será destruída.</p>
<b>B.</b> Caracterização do entrevistado	<b>B.1.</b> Caracterizar os participantes do estudo	<p><b>B.1.1.</b> Solicitar dados sobre:</p> <p style="margin-left: 40px;">a) Nome,</p> <p style="margin-left: 40px;">b) Idade,</p> <p style="margin-left: 40px;">c) Estado Civil,</p> <p style="margin-left: 40px;">d) Escolaridade,</p> <p style="margin-left: 40px;">c) Cidade onde mora</p>
<b>C.</b> Identificação das representações sociais	<b>C.1.</b> Identificar as opiniões e representações sobre o doente mental.	<p><b>C.1.1.</b> Quando falamos em doente mental, que imagem lhe vêm à cabeça?</p> <p><b>C.2.2.</b> O que acha que causa a doença</p>

		mental? C.2.3. Qual o tratamento que acha adequado?
<b>D. Finalização</b>	<b>D.1. Agradecer a colaboração prestada.</b>	<b>D.1.1. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.</b>

## **Anexo II: Questionário**



## **Questionário**

**Tema “Representações sobre o doente mental em Santiago, Cabo Verde”**

**Nome:**

**Idade:**

**Escolaridade:**

**Cidade:**

- 1) O que é para si um doente mental?
  
- 2) Qual será a causa da doença mental?
  
- 3) Qual o seu tratamento que considera mais eficaz/adequado?

## **Anexo III: Informação ao Participante**

## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Antes de decidir se vai colaborar nesta investigação deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, bem como os riscos e benefícios da sua participação.

Pede-se que leia todo o documento com atenção e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende antes de aceitar participar no estudo.

Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, no ano letivo de 2019/2020, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), pretende desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: “A Representação sobre o Doente Mental em Santiago, Cabo Verde” sob orientação da Professora Doutora Regina Pires e coordenação da Professora Doutora Isilda Ribeiro.

O estudo tem como objetivos principais:

- Identificar opiniões e representações sociais sobre o doente mental;
- Identificar os conhecimentos sobre a doença mental;
- Perceber qual o impacto da cultura, religião e crenças populares no contexto da doença mental;
- Perceber as influências da cultura, religião e crenças populares nas representações sobre o doente mental.

Este estudo pretende ser um contributo para uma melhor compreensão das representações que a população local possui sobre o doente mental, no sentido de melhorar a atuação dos profissionais de saúde, reduzir o estigma e o impacto da doença mental na vida do doente e na sociedade em geral.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. Se aceitar participar, solicita-se que responda a uma entrevista com gravação áudio. Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo e não se prevêem benefícios. Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, uma vez que esta é assegurada pelo anonimato. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. Após a conclusão deste trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos. A sua participação é indispensável para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Maria de Jesus Martins

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, não hesite em contactar-me:

[m.jesus.martins83@gmail.com](mailto:m.jesus.martins83@gmail.com)

0031 633825747 (WhatsApp disponível)

## **Anexo IV: Pedido de Autorização do Comité Nacional de Ética**

Exmos(as) Srs(as),  
COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM  
PESQUISA PARA A SAÚDE

Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Internamento do Serviço de Psiquiatria na Extensão da Trindade da referida instituição, na qualidade de aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação da Professora Doutora Regina Pires, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para a realização de um estudo de investigação científico, subordinado ao tema “Representações sobre a pessoa portadora de doença mental: um estudo qualitativo na Cidade da Praia, Cabo Verde”.

Certa da melhor compreensão por parte de V. Exa. ao assunto em questão e, esperando uma resposta favorável ao meu pedido, grata pela atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Pede deferimento.

Praia,

Assinatura \_\_\_\_\_

(Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins)

## **Anexo V: Deliberação do Comité Nacional de Ética**



## Ministério da Saúde e da Segurança Social

### COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

(CNEPS)

Deliberação nº50/2020

1. Foi apresentado , nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde, CNEPS, o projeto de pesquisa intitulado «**Representações sobre a pessoas portadora de doença mental**», pela pesquisadora principal , **Maria de Jesus Cardoso Martins** , enfermeira a exercer funções no serviço de internamento no Hospital de Psiquiatria , extensão Trindade, na cidade da Praia, inscrita na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação da **Professora Doutora Regina Pires**.
2. Trata-se de uma pesquisa que visa compreender as perceções, as crenças e os sentimentos da população da cidade da Praia, cuja finalidade é contribuir para uma melhor compreensão das representações que a população local possui sobre a doença mental no sentido de melhorar a atuação dos profissionais de saúde, reduzir o estigma e o impacto da doença mental na vida do doente e na sociedade em geral.
3. Como objetivos específicos, entre outros, pretende-se analisar a situação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental e identificar as dificuldades de atuação dos mesmos na implementação da terapêutica no âmbito da doença mental.
4. Como população alvo, o projeto refere a população da cidade da Praia, maior de 18 anos, de ambos os sexos, incluindo pessoas que tenham sido diagnosticados com algum transtorno mental, pessoas que tenham familiares ou pessoas próximas portadoras de doença mental, representantes de diferentes confissões religiosas (como pastores, padres, etc.), profissionais de saúde, curandeiros/feiticeiros locais, pessoas que praticam medicina popular e tradicional.
5. Como documentos de suporte foram entregues, (i) o resumo do Protocolo de Pesquisa (ii) a Carta de submissão ao CNEPS, (iii) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (iv) a Nota curricular da orientadora, (v) o CV da pesquisadora e (vi) a Declaração (autorização) do Diretor do Hospital Psiquiátrico, condicionada ao parecer favorável do CNEPS.
6. O CNEPS procedeu à análise documental do projeto de pesquisa, tendo o projeto ficado pendente de informações adicionais e/ou revisão (**ver deliberação 16/2020**).

*Handwritten signature*

7. No dia 27 de julho de 2020, foram entregues junto do Secretariado do CNEPS os documentos em falta.
8. O CNEPS analisou na sua 102ª Reunião Ordinária, realizada no dia 30 de julho de 2020, a documentação em falta, tendo sugerido que os contactos do CNEPS inseridas no TCLE devem estar bem visíveis na parte frente da folha.

Pelo exposto, o CNEPS, não obstante a questão levantada no ponto 8, decidiu pela aprovação do projeto, recomendando, porém, a revisão do TCLE, devendo uma cópia do documento revisto ser entregue junto do Secretariado, antes do início da pesquisa.

Praia, 30 de julho de 2020

A Presidente

Maria de Lourdes da Silva Monteiro





## **Anexo VI: Declaração de Consentimento Informado**

## Declaração de Consentimento Informado

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins, enfermeira, vem solicitar a sua participação no seu trabalho de investigação subordinado ao tema “A representação sobre o Doente Mental em Santiago, Cabo Verde”, com vista à realização da Dissertação para obtenção de Grau de Mestre, no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Objectivo: Conhecer a representação do doente mental, segundo a visão de familiares e comunidade onde o doente está inserido.

Metodologia: O estudo em questão trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, através de método fenomenológico. A colheita de dados será efetuada através de entrevistas semi-estruturadas áudio gravadas (ao abrigo do Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro) e, posteriormente os dados obtidos serão analisados atendendo ao Modelo de Análise de Conteúdo (Laurence Bardin). Estas entrevistas serão realizadas a familiares e pessoas significativas da comunidade.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da investigação intitulada “A Representação sobre o Doente Mental em Santiago, Cabo Verde”. Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados da entrevista semiestruturada, por mim respondida serão usados somente para fins científicos e destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação. Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Praia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Investigadora)

Investigadora: Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins

Contacto: [m.jesus.martins83@gmail.com](mailto:m.jesus.martins83@gmail.com)

Telefone: +238 264 50 30 (Hospital da Trindade)

Telemóvel: 0031 633825747 /

Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS)

Ministério de Saúde

Palácio do Governo C.P. 47

Secretariado do CNEPS

Direção Nacional da Saúde



## **Anexo VII: Pedido de Autorização ao Diretor do Serviço de Psiquiatria**

Exmo Sr. Diretor do Serviço de  
Psiquiatria Extensão Trindade  
Hospital Agostinho Neto

Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Internamento do Serviço de Psiquiatria na Extensão da Trindade da referida instituição, na qualidade de aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sob a orientação da Professora Doutora Regina Pires, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para a realização de um estudo de investigação científico, subordinado ao tema “Representações sobre a pessoa portadora de doença mental: um estudo qualitativo na Cidade da Praia, Cabo Verde”.

Certa da melhor compreensão por parte de V. Exa. ao assunto em questão e, esperando uma resposta favorável ao meu pedido, grata pela atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Pede deferimento.

Praia,

Assinatura \_\_\_\_\_

(Maria de Jesus Cardoso Oliveira Martins)