



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

**Cosmovisão e Biomedicina na Guiné-Bissau.
Leituras à Depressão**

Autora: Maria Natália Azevedo Pereira

Orientador: Professor Doutor João Hipólito

Universidade Autónoma de Lisboa

Orientadora: Professora Doutora Odete Nunes

Universidade Autónoma de Lisboa

Junho de 2015

Lisboa

*Aos meus netos,
Francisca e Duarte*

Agradecimentos

Durante os anos que dediquei ao doutoramento¹, foram diversas as pessoas que partilharam comigo bons e maus momentos, ouviram desabaços e partilharam gargalhadas. Alguns lugares e instituições tornaram-se lugares comuns durante estes anos e mesmo casas de referência que sem elas tudo teria sido mais difícil, em Lisboa a UAL, o CEsA e o ISCTE, na Holanda a Universiteit van Amsterdam e o African Center Studies de Leiden, em Bissau o Centro de Saúde Mental, o Hospital Militar e o INEP².

Devo sobretudo aos meus orientadores, Professor Doutor João Hipólito e Professora Doutora Odete Nunes que aceitaram acompanhar-me nesta façanha. O interesse no trajeto que fui percorrendo e a confiança depositada foram de uma enorme importância.

Da UAL a todos os professores que com as suas críticas muito me ensinaram e, particularmente à Professora Doutora Rute Brites, que sem a sua ajuda o capítulo da metodologia teria uma enorme lacuna.

À Professora Doutora Iolanda Évora por me ter aberto portas para tantos contatos que muito me ensinaram, foi pena que divergências metodológicas nos tivessem afastado.

À Professora Doutora Clara Carvalho, do ISCTE, à Aline, à Joana Vasconcelos e à Joana Carvalho, investigadoras portuguesas, tal como eu em terras guineenses. Muito obrigada pelas sugestões valiosas e palavras de encorajamento, que muita falta faziam em momentos mais difíceis e pelos momentos que passamos juntas tanto lá como cá.

À Professora Doutora Chiara Pussetti que teve paciência para ouvir o meu projeto e me falou do seu trajeto por terras guineenses, dando ideias e sugestões.

Ao Professor Doutor Sampaio Faria que dispôs do seu tempo para me dar sugestões sobre importantes questões metodológicas.

Ao Professor Doutor António Palha que mal me conhecendo se disponibilizou para ler o meu trabalho e fazer parte da mesa de júri.

Um agradecimento muito especial aos psiquiatras: Trigo de Sousa, Braúlio Almeida de Sousa, João Manuel Paradela e José Barata, que disponibilizaram o seu tempo para relatarem as suas experiências como médicos em terras guineenses.

Também ao psiquiatra António Sampaio com quem troquei ideias importantes.

¹ Esta tese foi escrita segundo o novo acordo ortográfico, tendo sido utilizado o manual de Bernardino Pacheco como material de apoio (ver Referências Bibliográficas).

² INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa.

Ao Joop de Jong que me abriu os horizontes da Antropologia Médica e a todos os professores do AMMA³ na Universidade de Amsterdão.

À Linda van de Kamp, ao Rijk van Dijk, à Karin van Bommel do African Studies Center, Leiden.

Ao Marcos de Noronha, psiquiatra brasileiro, que desde o México até Lisboa fomos discutindo a importância da cultura na doença mental e na sua recuperação.

Ao enfermeiro Tito Lima do Centro de Saúde Mental em Bissau, que me pôs em contacto com os seu doentes e me deu ensinamentos valiosos sobre a sua cultura guineense.

Aos psicólogos Cabi Blowshande e à Artemísia Évora do Hospital Militar, que me facilitaram a entrada nos bairros.

Ao Fernando Junior que me abriu as portas de sua casa em Bissau para uns petiscos bem portugueses. Ao Zé do Oporto pelas deliciosas refeições e pela internet. Ao Carlos do Jordani onde tantas vezes fiquei alojada. Ao senhor Amaro e dona Sérgia pelas longas conversas ao fim do dia no seu quintal.

Ao Bucar Indjai, investigador do INEP, pelos conselhos sobre como abordar os curandeiros e contactos que estabeleceu, assim como a valiosa informação sobre documentos a consultar. Também do INEP agradeço ao Mamadú Jao e ao Raul Fernandes pela sua disponibilidade.

Ao Nelson Correia e à Francisca intérpretes, professores de crioulo e conselheiros.

Em Portugal, o António Camilo de Lagoa, veterano da Guiné, à Lena e ao senhor Raúl Soares da Associação de ex-combatentes “Memórias e Gentes”, pelos esclarecimentos prestados sobre as atividades de diversas associações de ex-combatentes.

Às minhas filhas, particularmente à Carolina que tratou sempre das minhas deslocações, à Susana que se responsabilizou pelas questões logísticas em Portugal durante as minhas ausências e ao meu marido que ultrapassou todas as dificuldades informáticas.

Não posso deixar de agradecer à FCT, que me apoiou com uma bolsa de investigação⁴, tornando possível a minha pesquisa e estadia na Guiné, pena foi que tivesse sido cortada por razões pouco claras e que invalidou a parte final do que seria o meu projeto.

A todos os amigos guineenses de quem nunca me esquecerei e que estou profundamente grata, muito obrigada.

³ The Amsterdam Master's in Medical Anthropology, do qual frequentei o módulo 5 – Culture, Psychology and Psychiatry, em 2011.

⁴ Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/75768/2011.

“Western mental health discourse introduces core components of Western culture, including a theory of human nature, a definition of personhood, a sense of time and memory, and a source of moral authority. None of this is universal”.
Summerfield, D. (In Watters, E. 2010:65)

Resumo

As representações das doenças, assim como, a forma como doentes e familiares experienciam estes episódios, é um tema muito rico e interessante, que tem merecido a atenção de diferentes áreas científicas. Diversos investigadores têm demonstrado que a vivência e tratamento das doenças está ancorada na cultura tanto dos pacientes como dos familiares e dos agentes da saúde. Apesar de este ser um campo bastante estudado a nível internacional, na literatura portuguesa são ainda escassos os estudos na área da psicologia transcultural. Este foi um dos grandes desafios para a elaboração deste trabalho, onde se procurou explorar a relação entre a cultura e a depressão. Para o efeito, conduzimos esta investigação em Bissau, onde o mágico e a biomedicina têm espaço para interagir no sentido da complementaridade visando a cura do paciente. Uma amostra de 40 pacientes foi avaliada no que se refere à depressão (Self Reporting Questionnaire - SRQ-20) e à percepção cultural da doença (Questionário sobre o modelo explicativo da doença). Os participantes foram acompanhados na sua vida quotidiana, de forma a conhecermos e percebermos a sua realidade e dinâmica familiar. Os participantes foram agrupados pelos diferentes sistemas de tratamento a que recorreram, biomedicina, psicólogo e curandeiros e 10 optaram por não terem qualquer tratamento. Ao fim de três meses foram todos novamente avaliados no que se refere à depressão, tendo-se verificado uma melhoria em relação à depressão em todos os grupos. O grupo que optou pelo tratamento tradicional, ou seja com curandeiros, foi o que apresentou valores mais elevados de depressão em t_2 , ultrapassando mesmo o grupo que não teve tratamento. Os grupos que optaram pelo biomédico e pelo psicólogo apresentaram níveis mais baixos de depressão, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas. Na relação entre religião e depressão foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em t_2 , sendo o grupo de crenças cristãs quem apresentou níveis de depressão significativamente mais baixos, comparado com o grupo muçulmano e o grupo animista. Os resultados indicam que a cultura tem uma forte influência na percepção da doença, sublinhando a importância da alteração das condições envolventes, particularmente as relações familiares, para ser possível uma melhoria no estado psicológico dos pacientes, assim como, que esta melhoria pode acontecer sem a utilização de antidepressivos. Para finalizar fazemos uma reflexão sobre os resultados obtidos e limitações, referindo os possíveis contributos deste trabalho para futuras investigações.

Palavras-chave: Cultura, psicologia transcultural, estados depressivos, tratamentos.

Abstract

The representations of the diseases as well as how patients and families experience them, is a very rich and interesting topic that has attracted the attention of different scientific fields. Several investigations have shown that the experience and treatment of diseases is anchored in the culture of both patients, family members and health workers. Despite this being a field extensively studied internationally, in Portuguese literature these are only scarce studies in cross-cultural psychology. This was a major challenge for the completion of this work where we explored the relationship between culture and depression. To this end, we conducted research in Bissau, where magic and biomedicine have space to complement and interact in order to cure the patient. A sample of 40 patients was evaluated for depression (Self Reporting Questionnaire - SRQ-20) and cultural perception of the disease (Explanatory Model Interview). Participants were followed in their everyday lives, in order to know and understand their reality and family dynamics. Participants were grouped in three different systems of treatment they were receiving, these being biomedicine, psychologist and healers and 10 choose not to have any treatment. After three months they were all re-evaluated with respect to depression and there has been an improvement of the depression in all groups. The group that opted for traditional treatment (healers) showed the highest levels of depression at t_2 , even surpassing the group that had no treatment. The groups that opted for biomedicine and psychology had lower levels of depression, but statistically no significant differences. Statistically significant differences were found in the relationship between religion and depression in t_2 , with the group of Christian beliefs having significantly lower levels of depression compared to the Muslim group and animist group. The results indicate that culture has a strong influence on perceptions of the disease, emphasizing the importance of change in surrounding conditions. Particularly better family relationships could possibly lead to improvement in the psychological status of patients, and that this improvement can happen without use of antidepressants. In conclusion, we reflect on the results and limitations, referring to the possibility that this work might contribute towards future research.

Keywords: Culture, transcultural psychology, depressive moods, treatments.

Índice

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	5
Abstract	6
Índice.....	7
Índice de Tabelas.....	11
Índice de Figuras	13
Lista de Siglas	14
Glossário.....	15
Título	16
Introdução.....	17
Capítulo 1: Guiné-Bissau: Uma Breve Perspetiva	24
1.1. Características Geográficas e Económicas	24
1.2. Características Históricas e Políticas	27
1.3. Caraterísticas Sócio-Demográficas.....	33
1.4. Bissau: Caraterísticas	39
1.4.1. Os bairros.	40
1.5. Os Serviços Médicos na Guiné-Bissau	42
1.5.1. Do colonialismo à luta armada.....	42
1.5.2. Da independência à atualidade.....	45
Capítulo 2: Uma Visão Sobre a Doença Mental	50
2.1. A Doença Mental em Perspetiva	50
2.1.1. Da antropologia à psicologia.....	53
2.1.1.1. A antropologia cultural.	54
2.1.1.2. A antropologia médica.....	57
2.1.1.3. A psiquiatria transcultural.....	59
2.1.1.4. A psicologia transcultural.	62

2.1.2.	Síntese.....	63
2.2.	A Depressão.....	64
2.2.1.	Nosologia da depressão.....	65
2.2.2.	Caracterização da depressão.....	67
2.3.	Modelos Explicativos da Depressão.....	72
2.3.1.	Modelo biomédico.....	72
2.3.2.	Modelo psicanalítico.....	74
2.3.3.	Modelo biopsicosocial.....	75
2.3.4.	Modelos de aprendizagem.....	76
2.4.	Relação Entre Género e Depressão.....	77
2.5.	A Era dos Antidepressivos.....	82
2.6.	A Antipsiquiatria e a Crítica à Universalidade do DSM.....	85
2.7.	A Depressão na Guiné-Bissau.....	88
2.8.	Síntese.....	93
	Capítulo 3: Contexto Cultural: A Vivência da Doença.....	95
3.1.	A Cultura na Saúde e Doença.....	95
3.1.1.	Conceito de cosmovisão.....	97
3.2.	Princípios Básicos da Cosmologia.....	98
3.2.1.	Grupos animistas.....	98
3.2.2.	Grupos cristãos.....	103
3.2.3.	Grupos islâmicos.....	104
3.3.	Construção Cultural da Doença.....	107
3.4.	Função de um Sistema de Saúde: Dar Sentido ao Sofrimento.....	114
3.5.	Os Caminhos da Cura.....	119
3.6.	Os Curandeiros e Rituais Curativos.....	123
3.6.1.	<i>Os djambakós/djambacós/djambakus.</i>	128
3.6.2.	<i>Os marabouts/marabus ou mouros.</i>	132

3.6.3. Os herbalistas.	135
3.7. A Biomedicina e os Seus Agentes	136
3.8. Articulação Entre Sistemas de Saúde	143
PARTE II: Estudo Empírico	147
Capítulo 4: Metodologia.....	148
4.1. Objetivos e Questões de Investigação	148
4.2. Delineamento do Estudo.....	150
4.2.1. Definição e operacionalização das variáveis.	152
4.2.2. Variáveis independentes.	153
4.2.3. Variável dependente.....	153
4.2.4. Variáveis de critério.	154
4.3. Participantes.....	154
4.3.1. População e amostra.....	154
4.4. Instrumentos.....	159
4.4.1. Ficha clínica.	160
4.4.2. Questionário sobre o modelo explicativo da doença.....	161
4.4.3. Self Reporting Questionnaire - SRQ-20.....	162
4.5. Descrição dos Procedimentos	164
4.6. Procedimento de Análise dos Dados	170
Capítulo 5: Resultados	172
5.1. Análise quantitativa dos dados qualitativos	172
5.1.1. Ficha clínica.....	172
5.1.2. Questionário sobre o modelo explicativo da doença.	180
5.2. Resultados Obtidos da Análise Estatística.....	189
5.2.1. Avaliação dos sintomas.....	189
5.2.2. Consistência interna.	191
5.2.3. Grupos de tratamento e níveis de depressão.	191

5.2.4.	Religião e níveis de depressão.....	193
5.2.5.	Religião e grupos de tratamento.....	195
5.2.6.	Idade e depressão.....	196
5.2.7.	Estado civil e níveis de depressão.....	196
5.2.8.	Estado civil e religião.....	198
Capítulo 6: Discussão dos Resultados.....		199
Capítulo 7: Conclusão		206
Referências Bibliográficas		210
Anexos.....		239

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Comparação da Classificação da Depressão pelo CID-10 e DSM-IV-TR</i>	70
Tabela 2 <i>Distribuição das Participantes por Nível de Escolaridade</i>	157
Tabela 3 <i>Distribuição das Participantes por Tipo de Tratamento</i>	157
Tabela 4 <i>Distribuição das participantes por sistema de tratamento segundo a etnia</i>	158
Tabela 5 <i>Distribuição dos participantes segundo as etnias e as religiões</i>	159
Tabela 6 <i>Propriedades psicométricas do SRQ</i>	164
Tabela 7 <i>Respostas (n e %) identificação da causa da doença</i>	172
Tabela 8 <i>Respostas (n e %) à questão “como se sente”, por grupo de tratamento</i>	173
Tabela 9 <i>Respostas (n e %) à questão se toma alguma medicação</i>	173
Tabela 10 <i>Respostas (n e %) à questão sobre a percepção sobre a doença</i>	174
Tabela 11 <i>Respostas (n e %) à questão qual a causa da doença</i>	175
Tabela 12 <i>Respostas (n e %) à questão qual a causa da doença</i>	175
Tabela 13 <i>Respostas (n e %) à questão sobre hereditariedade de doença mental</i>	176
Tabela 14 <i>Respostas (n e %) à questão sobre cronocidade da doença</i>	177
Tabela 15 <i>Respostas (n e %) sobre a possibilidade de ter sofrido algum traumatismo físico</i>	177
Tabela 16 <i>Respostas (n e %) sobre a possibilidade de ter sofrido algum traumatismo psicológico</i> ..	178
Tabela 17 <i>Respostas (n e %) à questão sobre acompanhamento familiar</i>	178
Tabela 18 <i>Respostas (n e %) à questão sobre apoio social de proximidade</i>	179
Tabela 19 <i>Respostas (n e %) à questão sobre apoio religioso</i>	179
Tabela 20 <i>Respostas (n e %) à questão sobre adições</i>	180
Tabela 21 <i>Categoria 1 “Designação do Problema”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	181
Tabela 22 <i>Categoria 2 “Percepção sobre elemento desencadeador”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	182
Tabela 23 <i>Categoria 3 “Significado atribuído ao mau estar”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por</i>	183

Tabela 24 <i>Categoria 4 “Expectativas quanto à doença”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	184
Tabela 25 <i>Categoria 5 “Percepção quanto ao estado”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	185
Tabela 26 <i>Categoria 6 “Identificação de preocupação”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	186
Tabela 27 <i>Categoria 7 “Tipo de angústia”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	187
Tabela 28 <i>Categoria 8 “Tipo de angústia”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo</i>	188
Tabela 29 <i>Sintomas de Depressão: t1 versus t2</i>	190
Tabela 30 <i>Valores de Depressão</i>	191
Tabela 31 <i>Sistemas de Tratamento e Níveis de Depressão em t2</i>	192
Tabela 32 <i>Sistemas de Tratamento e Depressão em t2</i>	193
Tabela 33 <i>Religião e Níveis de Depressão</i>	193
Tabela 34 <i>Religião e Níveis de Depressão em t2</i>	194
Tabela 35 <i>Grupos por Religião e Depressão</i>	195
Tabela 36 <i>Sistemas de Tratamento e Crenças Religiosas</i>	195
Tabela 37 <i>Correlação: idade vs depressão</i>	196
Tabela 38 <i>Estado Civil e Níveis de Depressão</i>	196
Tabela 39 <i>Estado Civil e Depressão</i>	197
Tabela 40: <i>Estado Civil e Religião</i>	198

Índice de Figuras

Figura 1. Desenho do Estudo.....	152
Figura 2. Distribuição das Participantes Segundo os Escalões Etários	155
Figura 3. Distribuição das Participantes Segundo a sua Religião	156
Figura 4. Distribuição das Participantes Segundo o Estado Civil	156
Figura 5. Queixas mais frequentes	189
Figura 6. Sintomas de Depressão: t1 vs t2.....	190
Figura 7. Sistemas de Tratamento e Níveis de Depressão em t2	192

Lista de Siglas

AHWO - African Health Workforce Observatory
APPPT – Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural
CEsA – Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento
Fcfa - Franco CFA cujo significado é *Communauté Financière Africaine* (Comunidade Financeira Africana)
ILAP 2/2010 – Inquérito Ligeiro para a Avaliação da Pobreza
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa
ISCTE – Instituto Superior
MDGs – Millenium Development Goals
OAPI - Organização Africana da Propriedade Intelectual
ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Millenium
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PAIGC – Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo-Verde
PIB – Produto Interno Bruto
PNDSII – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMETRA – Promoção da Medicina Tradicional
UAL – Universidade Autónoma de Lisboa
UN – Nações Unidas
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF – United Nations International Children's Fund
WHO – World Health Organization
WONCA – World family doctors Caring for people

Glossário

Este glossário contém palavras e expressões em crioulo usadas no texto.

Baria – Estar aos pedaços (identificamos como sendo situações de psicoses)

Barkafon – Pequena bolsa usada como proteção

Bolanha – Planície ou terreno alagável quando das chuvas e onde se planta arroz

Bombolom – Tambor usado como telégrafo antes do telemóvel, hoje somente usado nas cerimónias, como no toka tchur, daí ser também chamado de tambor da morte

Bota sorte – Processo para determinar a doença

Bu koitande - estás triste

Bu stá kassabe - Estás deprimido

Defuntu - Defunto

Djuto – Planta usada em pó para chá ou lavagens no caso de choro sem motivo e tristeza

Durba cabessa – Epilepsia

Dufunto – Cerimónia do pequeno fanado, praticado nos Bijagós

Irã segu – Irã cego (irão muito poderoso, identificado como sendo uma serpente cega)

Jitu ka ten – Não há remédio

Koitadesa – Miséria, pobreza

Koitadis – Indivíduo que sofre de “Koitadesa”

Labanta stera – Levantar as esteiras (após o falecimento e corresponde a sete dias)

Mufanesa - Azar

Tchur - Funeral

Toka tchur - Festa em homenagem do defunto

Tolu – Maluco

Torna boca – Obrigação de retornar para pagar a obtenção do pedido feito anteriormente

Ukwot – Chifre usado nos tratamentos

Título

Cosmovisão e Biomedicina na Guiné-Bissau. Leituras à Depressão

Introdução

Com este trabalho pretende-se finalizar um longo caminho onde se procurou perceber diferentes representações sociais da depressão, contrariamente ao modelo único apresentado no DSM-IV-TR e no CID-10, com um conjunto de sintomatologia organizada e tipificável. O perceber se a medicação com antidepressivos é a única forma de tratamento foi também uma das reflexões desta investigação.

África e as suas populações sempre nos fascinaram, particularmente a medicina tradicional e a sua estreita relação com as cosmologias locais, tendo sido este o motivo que nos levou a escolher como local de investigação um país africano. Já o facto do país ter sido a Guiné-Bissau prendeu-se com o conhecimento⁵ de que esta seria uma sociedade onde a saúde mental era um campo que indiciava ter tido pouca atenção desde há muitos anos e que efetivamente podemos confirmar.

Com excepção de Chiara Pussetti, que nos anos 90 desenvolveu trabalho de campo no Arquipélago dos Bijagós, analisando os processos culturais de construção do corpo, das emoções e do sofrimento e de Clara Carvalho que igualmente nos anos 90 investigou os régulados manjacos, não foram encontrados mais trabalhos pós colonização sobre a Guiné – Bissau, provocando um anseio ainda maior por conhecer e estudar este “ex-canto” português.

Dentro desta área de estudo, a Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural (APPPT) fundada em 2002, após um interregno voltou a publicar em 2012 a sua revista semestral, pretendendo assim alargar os conhecimentos e sensibilizar os diversos profissionais, para questões do âmbito cultural da saúde e da doença mental, das práticas clínicas e assistência prestadas a imigrantes, minorias étnicas e refugiados (APPPT, 2012).

Partindo das referidas constatações e tendo por base a pesquisa bibliográfica efetuada, consideramos que a pertinência deste trabalho tem duas vertentes. A nível local, da Guiné-Bissau, o de ser um contributo para o desenvolvimento da saúde mental. Já a nível nacional, de Portugal, para além de contribuir para o conhecimento de uma cultura de onde recebemos regularmente tanto imigrantes como doentes para tratamento, o sensibilizar os profissionais de saúde para as especificidades desta população a nível de saúde/doença e formas de tratamento, irá com certeza melhorar as relações que se estabelecem entre os diversos envolvidos no processo de cura.

⁵ Informação obtida junto dos últimos psiquiatras que trabalharam na Guiné-Bissau.

Com base na bibliografia consultada, nos diversos contactos desenvolvidos e da nossa reflexão surgiram as seguintes questões de investigação:

- 1. Será que a cosmovisão interiorizada está associada a uma forma particular de adoecer?**
- 2. Será que a cosmovisão interiorizada está associada ao método de tratamento escolhido e a sua efetividade?**
- 3. Qual a coerência entre a cosmovisão e a representação social da depressão?**

Como principais argumentos desta tese que ajudaram a determinar os objetivos, temos que:

- A depressão é o resultado de um desajuste vivencial e deve ser estudado como tal.
- Esta “doença” está ancorada na cultura e tem um simbolismo próprio.
- A depressão é por isso não somente uma questão psicológica e médica, mas do grupo social, que de forma real ou imaginária cria as suas vítimas.

Procurou-se analisar diferentes formas de lidar com a depressão, tanto pelos cuidadores “tradicionais”, como da biomedicina, assegurando que apesar de outras possíveis designações, estava-se a falar da mesma patologia.

Através das histórias e relatos dos pacientes, procurou-se relacionar a doença e as diferentes explicações para o seu desenvolvimento com a cosmologia local e partindo das nossas questões de investigação foram definidos um conjunto de objetivos:

Objectivo 1: Aprofundar o conhecimento entre o adoecer e a cosmovisão interiorizada;

Objectivo 2: Compreender a escolha do método de tratamento em função da cosmovisão;

Objectivo 3: Identificar se a depressão é vivenciada através de sintomas específicos;

Objectivo 4: Verificar se os sintomas específicos de depressão variam com o tratamento escolhido;

Objectivo 5: Identificar se a diminuição dos sintomas depressivos varia com o modelo de tratamento adoptado;

Objectivo 6: Analisar se as crenças religiosas estão associadas à escolha de um sistema de tratamento específico;

Objectivo 7: Analisar se os sintomas depressivos sofrem alterações, mesmo na ausência de tratamento;

Objectivo 8: Analisar se os níveis da depressão expressa variam com as crenças religiosas professadas;

Objectivo 9: Identificar se os resultados do tratamento variam de acordo com a congruência das práticas adoptadas com a cosmovisão pessoal;

Objectivo 10: Verificar a existência de uma relação entre o nível de depressão e a idade;

Objectivo 11: Verificar a existência de uma relação entre o nível de depressão e o estado civil.

Tendo presente da importância da compreensão da cultura e vivências para a recolha de informação, procurámos entrar no espaço cultural usando da observação participante para interagir e participar em diversas atividades culturais e sociais. Como instrumentos foram usadas as entrevistas semi-estruturadas onde se preencheu a ficha clínica e o questionário sobre o Modelo Explicativo da Doença e foram ouvidas histórias de vida. Como instrumento de despiste para a depressão foi usado o Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), num processo que durou cerca de ano e meio com idas regulares à Guiné-Bissau.

A informação teve como fontes os pacientes que procuraram ajuda tanto na biomedicina, através do Centro de Saúde Mental de Bissau, com o psicólogo, assim como com diversos curandeiros, que abriram as portas dos seus espaços de tratamento. Pudemos ir falando com estas mulheres que apresentavam sintomatologia depressiva e finalmente as muitas mulheres dos bairros que fomos conhecendo.

Durante o tempo passado em Bissau foi-nos permitido partilhar a nossa vida com aqueles que queríamos estudar, tornando-se assim a melhor forma para perceber as suas vidas, problemas e dificuldades. Também o ser europeus mostrou-se ser útil, pois as mulheres sentiam que não as iríamos olhar segundo os parâmetros locais, tornando o diálogo mais fácil, que contrabalançava com a timidez inicial da mulher guineense.

Algumas das mulheres tinham alguma dificuldade com o português e o nosso conhecimento de crioulo não era suficiente. Para ultrapassar esta dificuldade, sempre que necessário utilizámos um intérprete.

Ao longo das visitas e estadias, umas mais prolongadas que outras, fomos criando amizades que deixaram saudades imensas. Os convites para os toka tchoro, para os almoços e fins de semana foram surgindo e sem estes conhecimentos teria sido impossível o trabalho.

Procurámos acompanhar todos os pacientes⁶ durante este período das suas vidas e suas famílias para perceber o que levou à doença.

Escrevemos histórias de vida de mulheres, tivemos o privilégio de trabalhar com agentes da biomedicina que fazem milagres com o pouco que têm e que nos abriram portas e caminhos tanto sobre a doença, mas principalmente sobre a cultura local.

Mas nem sempre foi um “mar de rosas” o processo de recolha de dados. O clima para quem não está habituado não ajuda em nada, depois são as longas horas de espera, pois nada acontece no dia a na hora combinados e finalmente o ambiente de instabilidade política que se vivia, criava um ambiente de receio do que poderia vir a acontecer.

Foi explicado o objetivo do trabalho e pedida autorização às mulheres para serem incluídas no estudo, assim como quando tirávamos fotografias era pedida autorização para publicar as imagens. Uma vez que o nível de escolaridade era muito baixo não fazia sentido que o pedido de autorização fosse por escrito, sendo por isso somente verbal.

Tanto na sociedade guineense como em qualquer outra sociedade a doença representa um desequilíbrio e uma ameaça dentro da família e do grupo, sendo necessário o seu rápido restabelecimento.

Sendo a saúde, a doença e a cura construções sociais, estas não podem ser isoladas da cultura, daí a importância de perceber junto dos doentes e seus familiares o sentido por eles atribuído a todo este processo (Silva Pereira, 1993).

Tem-se verificado que tanto os conceitos de saúde, como de doença e particularmente de doença mental têm variado ao longo dos tempos (Foucault, 2008; Abreu, (s.d.), assim como com os diversos grupos sociais (Watters, 2010; Kleinman and Good, 1985; Kleinman, 1980). Ainda hoje em muitas culturas, as doenças mentais são vistas como formas de possessão ou resultado de feitiçaria.

O paradigma biomédico tem-se sobreposto ao conhecimento popular e esquecido que a doença é sempre biológica e sempre cultural (Quartilho, 2001, p. 17). A antropologia médica tem-se debruçado sobre como é que pessoas de diferentes culturas e/ou de diferentes grupos sociais explicam as causas das doenças, os tipos de tratamentos que utilizam e a que sistemas de cura recorrem em caso de doença.

As crenças culturais têm o efeito de direcionar a atenção para certas sensações e sintomas e afastar outras. Para Watters (2010) esta é uma questão que tende a ser negligenciada pelos clínicos e investigadores que, regra geral se cingem à “*checklist*” do

⁶ Uso “paciente” como forma de identificar quem solicitou tratamento independentemente do sistema escolhido.

diagnóstico, o DSM – IV – TR, (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª ed.), classificação standardizada das doenças mentais usada pelos profissionais de saúde mental nos Estados Unidos e largamente adotada.

A coexistência numa mesma sociedade de diferentes sistemas de saúde, incluindo uma multiplicidade de concepções sobre a doença, diagnóstico e tratamento tem sido tema de estudo de Kleinman (1980) que diferencia três sistemas básicos de atenção à saúde: *biomedicina* – que corresponde ao sistema médico instituído e aceite como formal nas sociedades ocidentais, *popular* – composto por conhecimento leigo, gerado pelas percepções individuais e coletivas e o *tradicional* – que inclui a medicina tradicional, centros de tratamento religiosos e as medicinas alternativas.

Os sistemas terapêuticos tradicionais podem ser vistos como sendo a forma organizada de estratégias indígenas, para tratar quem está doente com base nos conhecimentos das doenças locais. Estes conhecimentos integram as crenças e práticas de cada cultura, com o objectivo de manter e restaurar a saúde, sendo os curandeiros os detentores destes conhecimentos, para além de terem o reconhecimento social, que os permite desempenhar a prática curativa. Os sistemas de terapia tradicionais já existem mesmo antes do desenvolvimento e contacto com a biomedicina, sendo as suas crenças e atitudes cheias de fortes poderes místicos na construção e explicação do universo (Mulemi, s.d.).

É neste desencontro de paradigmas que se situa este trabalho, procurando ser um contributo positivo na área da saúde mental.

Justificou-se assim, a opção em termos metodológicos, com um estudo comparativo de abordagem quantitativa com recurso a análise de dados qualitativos e quantitativos.

E é nesta perspectiva mais alargada de inter relação da antropologia e da medicina, que a psicologia e psiquiatria transculturais têm vindo a ganhar terreno e, autores como Laplantine e Devereux viram os seus trabalhos reconhecidos, sendo considerados os fundadores desta nova área de estudo.

Esta tese está dividida em duas partes, sendo que:

A **Parte I** é constituída por três capítulos, onde no primeiro capítulo é feita uma descrição sucinta da história e características da Guiné-Bissau e é dado um breve apontamento sobre dados sócio-culturais e desenvolvimento económico. É feita uma descrição da localização do local de pesquisa, a cidade de Bissau e é dado um breve panorama sobre os serviços médicos em Bissau. Este primeiro capítulo apesar de descritivo vai permitir perceber o caminho que o país tem percorrido e dá um enquadramento da população naquilo que é a sua realidade.

No segundo capítulo é feita uma retrospectiva da doença mental, segundo uma perspetiva histórica, antropológica e biomédica. Traça-se uma ponte entre antropologia e psicologia e das suas visões da doença mental. É feita uma breve análise da depressão, sua nosologia, caracterização e modelos explicativos da depressão. Procura-se explorar a relação existente entre depressão e género e depressão da cultura guineense. É feita uma reflexão sobre o uso excessivo de antidepressivos e comenta-se a universalidade do DSM.

No terceiro capítulo analisa-se os conceitos do que é estar doente e doença, associado aos processos de cura. Alguns estudos de caso são relatados, que são analisados à luz de um cruzamento de olhares, o tradicional e a moderna psicologia procurando dar um sentido ao que é apresentado. Comenta-se a articulação entre os diversos sistemas terapêuticos e são retratadas as diversas unidades de tratamento.

A **Parte II** é composta por quatro capítulos. No quarto capítulo é descrita a metodologia usada, descreve-se o tipo de investigação, define-se qual o problema/questão a analisar e quais os objetivos, é feita a descrição da população e da amostra, expõem-se os instrumentos e os procedimentos adotados.

No quinto capítulo são apresentados os resultados obtidos.

No sexto capítulo é feita a discussão dos resultados, sendo estes analisados tendo por base a bibliografia da área científica em estudo.

E finalmente no sétimo capítulo apresentamos as conclusões, é feita uma reflexão sobre o percurso percorrido, dificuldades encontradas e sugestões para investigações futuras.

Em **Anexo** são indicados os diversos instrumentos utilizados: questionário clínico, que se destina a identificar o doente e a fazer uma recolha de informações sobre a sintomatologia apresentada, o Self Report Questionary (SRQ-20), instrumento desenvolvido por Harding et al. (1980), adaptado pela WHO (OMS), como instrumento de rastreio para sintomatologia não psicótica (depressão, ansiedade e somatização) para países em vias de desenvolvimento.

Também se podem ver algumas fotografias que ilustram o que vai sendo descrito no texto.

Na **Lista das Siglas** expõem-se as diversas siglas usadas ao longo do texto, assim como o seu significado.

No **Glossário** estão indicadas as palavras que surgem em crioulo no texto, assim como a respetiva tradução ou explicação do uso.

PARTE I: Enquadramento Teórico

Capítulo 1: Guiné-Bissau: Uma Breve Perspetiva

Não podemos falar de saúde mental na Guiné-Bissau sem ter uma ideia do que este país tem vivido, desde o otimismo com Amílcar Cabral até aos dias de hoje, com os sucessivos golpes de estado e uma instabilidade constante que não tem permitido o país avançar e desenvolver-se.

Pretende-se que este capítulo forneça uma visão geral do que foi e do que é a Guiné-Bissau, de forma a que o leitor “mergulhe” na cultura local para se familiarizar com a realidade do país. Só com este prévio conhecimento os relatos dos capítulos posteriores farão sentido. Retrata-se a situação tanto a nível geográfico como económico, o que por si só modela e determina a vida das populações. Faz-se um resumo da história e política local, assim como alguns aspetos sócio-demográfico do país e condições da sua população.

1.1. Características Geográficas e Económicas

A República da Guiné-Bissau (Anexo 1) situa-se na costa ocidental de África fazendo fronteira com o Senegal ao norte, com a República da Guiné-Conacry a leste e a sul, e com o Oceano Atlântico a oeste. Para além da zona continental ainda é composta por uma zona insular, o Arquipélago dos Bijagós com 18 ilhas principais e numerosas ilhotas dispersas, num total de oitenta ilhas.

Com capital em Bissau, o país está dividido em nove regiões – Bafatá, Biombo, Bissau, Bolama, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali.

A superfície de 36.125 Km², reduz-se a 28.125 Km² habitáveis devido aos grandes rios que entram até mais de 100Km da costa e que se vão sucedendo ao longo desta, influenciando o povoamento.

As regiões ou províncias são constituídas por tabancas (aldeias), cada região é governada por um governador e a tabanca por um régulo.

O clima é tropical húmido, caracterizado por duas estações bem demarcadas, a estação seca, de novembro a maio e a estação das chuvas com elevada pluviosidade, de junho a outubro.

A temperatura varia entre os 24 e 27°C e a humidade relativa do ar é bastante acentuada.

A nível da relevo⁷ encontramos uma planície costeira que se estende cerca de 150Km para o interior, onde se destaca o mangal (tarrafe), regularmente inundado pelas marés que podem ir até aos 40Km para o interior, as regiões de Bafatá e Gabú são planaltos de baixa altitude (cerca de 25m) e as colinas de Boé que chegam a 300m, nos contrafortes do maciço de Fouta Djallon e onde as depressões são designadas de pequenos vales. Esta configuração do terreno dá origem a diferentes modos de produção.

A principal cultura é o arroz⁸, que constitui a base da alimentação de qualquer guineense. Face à insuficiência da sua produção já há vários anos consecutivos, tem havido a necessidade de importar tanto este, como outros bens alimentares.

Segundo documentação histórica do PAIGC, os guineenses teriam sido obrigados a substituir muitas das plantações de arroz, que sempre foi a base da sua alimentação, por plantações de amendoim desde a segunda metade do século XIX, apesar deste ser mal pago, para fazer face à grande procura das indústrias europeias por este produto, tornando-se a principal exportação do país em 1881-1882.

Esta alteração e o excesso de exploração leva ao desgaste das terras na região de Buba e Ilha de Bolama, razão apontada para a transferência da capital, em 1940 para Bissau, dando-se início à exploração do amendoim⁹, nesta zona.

A partir da década de 20 o monopólio do comércio com a Guiné Portuguesa passou para grandes empresas portuguesas como a Companhia Estrela de Farim, a Companhia União Fabril (CUF), através do seu representante local a Casa António Silva Gouveia, a Companhia Agrícola e Fabril da Guiné e o Banco Nacional Ultramarino com a Sociedade Comercial Ultramarina que controlavam todo o comércio interno e externo de amendoim e amêndoa de palma e que, depois de transformados em Portugal, eram reenviados para a Guiné a preços extremamente elevados, estando a economia guineense subordinada à economia colonial (Pereira e Moita, 1976).

⁷ Ministério dos Recursos Naturais e Energia, Direção Geral do Ambiente, Setor “Agricultura”. “Plano de Acção Nacional para a Adaptação às Mudanças Climáticas”. 2005.

⁸ No entanto a produção nacional só cobre 50% das necessidades do país, sendo o restante importado.

⁹ Efetivamente em 1960 a empresa Sovena estabelece o primeiro contrato de fornecimento de óleo de amendoim com os fornecedores da Guiné, dando o nome de Óleo Fula, uma das muitas etnias guineenses. www.sovenagroup.com/pt/group/marcas/fula, consultado a 14-5-2013.

Para além da sua importância a nível da alimentação, o arroz é também uma considerável fonte de subsistência financeira e de emprego para as populações.

O mesmo princípio se aplica ao caju, cujas plantações se concentram nas regiões do Biombo-Quinhamel, Bissau e ilha de Bolama e cuja exploração para exportação tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

A agricultura varia consoante a geografia, isto é, nas zonas de mangal é necessária a construção de diques para impedir que as águas inundem os campos e que matem as culturas, nas outras zonas são construídas comportas de forma a reter as águas das chuvas, sendo este um problema na Guiné-Bissau uma vez que não existe controlo das águas.

A exploração agrícola também está relacionada com as etnias locais. Os papeis, balantas, manjacos e felupes, que se localizam principalmente no litoral praticam a monocultura no mangal. Os manjacos e felupes exploram principalmente o óleo e o vinho de palma.

A agricultura tem sido, tanto ontem como hoje, o fator principal e a base da economia das comunidades étnicas da Guiné-Bissau, representando 50% do PIB, 80% do emprego e mais de 90% das exportações, em que o caju representa a sua principal exportação tendo o país atingido a 4ª posição como produtor a nível mundial. Mas esta continua a ser uma agricultura de subsistência, particado pelos mais velhos, com estruturas agrícolas arcaicas, em que as técnicas usadas são as tradicionais e onde faltam equipamentos. Também a dependência das chuvas é um fator que não permite o desenvolvimento agrícola.

A falta de mão de obra jovem conjuntamente com a destruição dos diques e o aumento da salinização das terras, tem levado ao abandono das terras e ao aumento da migração para Bissau.

Em relação à pecuária, pode-se dizer que esta é explorada por duas etnias de forma diferente, os fulas, que por serem islamizados, dedicam-se ao gado caprino e aves, enquanto que os animista, particularmente os balanta ao gado suíno.

O ter gado representa uma segurança económica, facilmente transformado em dinheiro vivo em caso de necessidade. A sua posse tem também uma implicação sociológica, em que o proprietário de gado é visto com prestígio.

A nível industrial, a situação atual continua a ser a descrita por Quintino (1971), ou seja, não existem indústrias com peso a nível económico. Os refrigerantes e a cerveja são as principais indústrias guineenses.

O comércio é feito essencialmente nas feiras e mercados locais.

A nível da exploração de minérios foi feita alguma prospeção para a bauxite, o petróleo, fosfatos e ouro mas, apesar do subsolo ser rico nestes minérios, não houve continuidade nos trabalhos.

1.2. Características Históricas e Políticas

O interesse dos portugueses pelo ouro na costa ocidental africana, levou a que, em 1446 o navegador português Nuno Tristão, descobrisse a costa da Guiné.

Durante o século XV o território a que corresponde hoje a Guiné-Bissau estava incorporado no que era o grande império do Mali. Com a queda deste império, os diversos povos que o constituíam agrupam-se em pequenos reinos, que também eles acabam por mais tarde desaparecer (PAIGC, 1974).

Durante o século XVI os portugueses estiveram interessados tanto no comércio dos escravos como no ouro em pó, que existia em abundância nesta zona de África (Fage, 1995).

O comércio dos escravos para as Américas, servia como moeda de troca para a obtenção de produtos desta região.

O interesse pelo ouro atraía os primeiros exploradores às zonas mais remotas do interior onde este mineral existia em abundância. Mas, nos finais do século XVI em resultado de um massacre, acabam por abandonar a zona e estabelecerem-se na zona costeira.

Entre 1580 e 1640 Portugal esteve nas mãos da Coroa espanhola, o que abriu uma oportunidade para que franceses, ingleses, holandeses e alemães ocupassem o que tinham sido conquistas portuguesas (PAIGC, 1974).

Surgem as grandes companhias comerciais que controlam o comércio das zonas litorais, como a famosa companhia brasileira de Grão Pará e Maranhão, responsável pela construção da fortaleza de Bissau entre 1753 e 1775.

Quando o comércio de escravos é proibido no início de 1815, dá-se início ao declínio e desaparecimento do sistema colonial até então conhecido. Sabe-se, no entanto, que entre 1835 e 1839 houve um aumento do comércio negreiro para Cabo Verde, Brasil e, particularmente, por parte dos negreiros espanhóis com destino a Cuba.

Neste comércio de escravatura estariam envolvidos armadores e comerciantes caboverdianos, e algumas ilhas dos Bijagós seriam verdadeiros “pontos de concentração” com o

conhecimento das autoridades portuguesas. Apesar do decreto de 10 de dezembro de 1836¹⁰ proibir as exportações de escravos a partir de todos os territórios portugueses, este continua para além de 1850 conjugado com o aumento do interesse pelos produtos africanos, como o amendoim e o óleo de palma levando mais uma vez, à exploração e fixação de homens no interior da colónia (Pélissier, 1989, PAIGC, 1974).

Mas para Pélissier, a Guiné até 1879 não passa de uma “colónia de outra colónia” (1989, p. 41) ou seja seria uma extensão de Cabo Verde, tendo como um dos resultados negativo o envio de quadros administrativos cabo-verdianos para ocuparem os lugares na Guiné, situação que se viria a prolongar até à independência.

Na realidade em 1832 face a uma reorganização administrativa, a Guiné e Cabo Verde passam a uma única perfeitura. Quando em 1836 é constituído um “Governo Geral das Ilhas de Cabo Verde” (Pélissier, 1989, p. 42) é atribuído um governador à Guiné que passa a distrito de Cabo Verde.

Os portugueses entre 1841 e 1844 têm na sua posse duas ilhas – Bolama e Galinhas¹¹, sendo a primeira de extrema importância devido às suas condições naturais e, por isso, cobiçada pelos franceses desde o século XVIII. Bolama para além de possuir um porto natural, fica junto ao continente e dá acesso à entrada do Rio Grande de Buba.

O interesse por controlar a entrada do Rio Grande, levou a que uma expedição de ingleses se instalasse aí em 1792, acabando por serem atacados e tendo sido necessário resgatar os prisioneiros, tarefa desempenhada por Beaver, que acaba por comprar a ilha a dois chefes locais, dando origem ao que ficou conhecido como a “Questão de Bolama”.

Mais tarde, em dezembro de 1850 um navio de guerra britânico com o pretexto de atividades negreiras dos portugueses em Bolama, ocupa a ilha e expulsa os portugueses, incorporando-a em 1860 na Serra Leoa, sua possessão.

Mas é finalmente em 1870 que o presidente norte americano, Ulysse Grant põe termo à disputa dando razão a Portugal e pronunciando-se pela entrega de Bolama aos portugueses.

Em 1879 Bolama é promovida a capital da Guiné, posição que irá manter até 1941¹², sendo a data em que Cabo Verde e Guiné são formalmente separadas e passando cada uma a ter o seu próprio governador (Pélissier, 1989).

O período entre 1845 e 1878 foi muito conturbado, mas pouco estudado e segundo Pélissier (1989), é precisamente a movimentação dos povos na Guiné e o expansionismo

¹⁰ Influenciado pelo Tratado Luso-britânico de 19 de fevereiro de 1810.

¹¹ A ilha das Galinhas pertence ao Arquipélago dos Bijagós.

¹² Hoje uma cidade fantasma onde dificilmente se chega pois nem sempre há canoa para fazer a ligação.

muçulmano que terão sido os problemas mais importantes e que “nunca apareceram na documentação acessível” (p.105).

Durante toda esta década de 80 e mesmo durante a próxima, os portugueses lutam pela consolidação das suas posições e poder, tanto contra europeus como contra os povos locais.

Na realidade, só no início do século XX é que os portugueses conseguem a paz com as diversas etnias, assegurada através de vários acordos com os chefes tribais, mas a “pacificação”, de curta duração (1913-1915), só terá lugar com Teixeira Pinto (Pélissier, 1989).

A alteração da denominação atribuída em 1927 de “Colónia” para “Província do Ultramar” em 1961, não vem alterar a condição da maioria da população na Guiné que continua a ser classificada como “não civilizado”¹³, não usufruindo de qualquer direito formal.

Com o fim da 2ª Guerra Mundial são criadas diversas organizações nacionalistas africanas¹⁴ e, em 1956, Amílcar Cabral funda o Partido Africano para Independência da Guiné e Cabo-Verde (PAIGC, 1974)¹⁵ instalando o secretariado na vizinha Guiné-Conakry (Abreu, 2007).

Nos primeiros anos do partido, este foi um movimento de resistência pacífica, mas após o massacre no porto de Bissau, em 1959, quando se tentava pôr fim à greve que estava a decorrer, o PAIGC decide dar início à luta armada, que irá acontecer em 1963 (Davidson, 1969).

É na Guiné-Conakry que as tropas do PAIGC são treinadas, de onde partem as suas ações militares e para onde regressam de seguida.

A partir de 1963 até à independência em 1974, o país vive debaixo da guerrilha entre o PAIGC¹⁶ e as tropas coloniais portuguesas.

¹³ Para ser considerado “civilizado” tinha de saber ler e escrever corretamente português, ter um bom comportamento e hábitos cívicos (prática regular da religião católica, dormir num colchão e saber usar faca e garfo), ter um rendimento suficiente e ter prestado serviço militar. Em contra partida qualquer português analfabeto era considerado “civilizado”, esta descrição pode-se ler em PAIGC, 1974, p.118 e também De Jong, 1987 faz referência a este assunto. A partir desse momento podia tirar certidão de nascimento, certidão de residência, certificado de saúde e declaração de lealdade. As mulheres e filhos dos “civilizados”, também chamados de “assimilados”, só podiam requerer identico estatuto se falassem português e demonstrassem bom caráter.

¹⁴ Na Guiné-Bissau a resistência política teve como precursores a Liga Guineense (1910 - 1915), o Partido Socialista (1948) e o MING (1955) mas também um enxame de pequenos partidos políticos nacionais.

¹⁵ Para além de Amílcar Cabral, também foram fundadores do partido Luís Cabral, Aristides Pereira, Fernando Fortes, Eliseu Turpin e Júlio de Almeida, que lutavam para a independência da Guiné-Bissau e de Cabo Verde, sempre com o objetivo de manterem unidos os dois territórios.

¹⁶ Das leituras efetuadas ficou claro que Amílcar Cabral era um líder aceite e reconhecido nas Nações Unidas, sendo a Guiné-Bissau representada pelo PAIGC em 1971 membro associado da UN Economic Commission for Africa (Diggs Jr., 1973).

Pela primeira vez na história da Guiné, um balanta, um papel, um mandinga, um fula, um felupe ou de qualquer outra etnia, está disposto a lutar e a morrer não especificamente pelo seu "chão"¹⁷ mas por toda a Guiné, pelo "chão" do outro, pelo chão comum. Tal como disse Amílcar Cabral em 1969: "...qualquer que seja o grupo étnico a que pertença foi fácil levar as pessoas a considerar que somos um povo, uma nação..." (PAIGC, 1974, pp.70-71).

Em 1973 Amílcar Cabral é assassinado¹⁸ em Conacry, no entanto o PAIGC continua a sua luta declarando unilateralmente a independência da Guiné-Bissau a 24 de Setembro de 1973. Só após a queda da ditadura em 1974 é que Portugal reconhece a independência deste país, a 10 de Setembro de 1974, sob a liderança de Luís Cabral.

Face à difícil situação económica do país foi necessária a intervenção de países estrangeiros tanto a nível financeiro como mesmo com ajuda alimentar, de forma a que o país pudesse sobreviver e organizar-se¹⁹.

A 14 de Novembro de 1980 dá-se um golpe de Estado – Movimento Reajustador, liderado pelos militares²⁰, assumindo o então primeiro ministro João Bernardo Vieira (Nino), a presidência ao afastar o presidente Luís Cabral.

Nino Vieira teria ficado descontente com a introdução de patentes militares no seio das Forças Armadas, em 1979. Os antigos combatentes sentiam que o sistema de cotas era extremamente injusto, uma vez que permitia que jovens caboverdianos recém-chegados de Portugal ou de Cabo Verde e sem nenhuma legitimidade militar, comandassem os verdadeiros combatentes da liberdade da pátria. O próprio Nino considerou que a sua promoção não

¹⁷ Zona geográfica com a qual um grupo étnico se identifica como sendo o seu território.

¹⁸ Apesar de não ser elemento de estudo desta tese, não se pode deixar passar este facto histórico sem um breve parágrafo. O assassinato deste líder histórico nunca foi clarificado, havendo diversas insinuações sobre quem teriam sido os responsáveis. Em www.forcv.com/opinions/2210-assassinato-de-amilcar-cabral-uma-estoria-mal-contada, escrito por José Manuel Veiga, escritor e ensaísta, acedido a 15-5-2013 podemos ler que teriam sido membros do partido os responsáveis. A justificação para tal acto estaria na determinação de Amílcar Cabral continuar a manter unidos os territórios de Cabo Verde e Guiné, situação que desgradava a muitos guineenses, pois olhavam os caboverdianos como colaboradores dos portugueses.

Por outro lado, como se pode ler em www.caminhosdamemoria.wordpress.com/2010/01/20/conversas-sobre-amilcar/, acedido a 15-5-2013 teria sido a polícia secreta portuguesa a responsável pelo assassinato, com o envolvimento do presidente Sékou Touré da Guiné-Conacry.

Também se pode ler sobre o assunto e onde residem as mesmas dúvidas em Abreu, 2007, p. 71.

¹⁹ Para além das ajudas de países comunistas, também países com políticas anti-coloniais como a Suécia enviavam assistência financeira, assim como agências das Nações Unidas como a Food and Agriculture Organisation (FAO) e United Nations Education, Science and Culture Organisation (UNESCO) (Chabal, 1981).

²⁰ Segundo De Jong e Reis, 2010, este golpe militar teve por base uma questão étnica, em que os militares de etnia balanta queriam ter Nino Vieira, de etnia papel, na presidência devido ao seu carisma e aceitação dentro do PAIGC e que estariam satisfeitos com Paulo Correia, de etnia balanta, como vice presidente.

Durante os anos em que comandou o movimento de libertação, dizia-se de Nino Vieira estaria protegido por um tratamento de bala mágica, que existe por toda a África, tendo Amílcar Cabral enviado diversas vezes recrutas jovens para junto de Nino de forma que este fosse impedido de correr contra as balas (De Jong e Reis, 2010).

estaria correta face ao seu passado como combatente (Sangreman, Júnior, Zeverino & Barros, 2005).

O ressentimento contra os cabo-verdianos nasce com a história e o modelo de dominação colonial. Estes puderam beneficiar de educação e colaboraram ativamente com o poder colonial tendo auxiliado na gestão dos trabalhos forçados (Sangreman, Júnior, Zeverino & Barros, 2005) assim como nas explorações agrícolas (Dias, s.d.).

Esta “elite” colonial, com educação média ou mesmo superior consegue garantir um lugar na administração colonial, tendo o governador (Dias, s.d.) referido o facto da Guiné estar repleta de funcionários cabo-verdianos e alertando para a necessidade de formar e educar os guineenses para que estes assumissem os cargos de forma a que a Guiné deixasse de ser uma província de Cabo-Verde.

Quando da independência os cabo-verdianos²¹ acabam por sair da Guiné ou por falta de emprego ou por receio, uma vez que teriam sido o grande suporte do regime colonial. No entanto, também não era muito convidativa a esta “elite” conviver com um partido marxista (PAIGC), que defendia as sociedades sem classes e contra a propriedade privada (Dias, s.d.).

Só em 1994, após 20 anos da independência, são realizadas as primeiras eleições, onde Nino Vieira e o PAIGC saem vencedores.

Uma das estratégias de Nino Vieira e dos seus apoiantes para influenciarem os eleitores, consistiu na manipulação dos grupos étnicos. Ao apontarem Malam Bacai Sanhá como sendo da etnia mandinga, apesar deste se dizer beafada, foi uma forma de o desacreditar aos olhos dos eleitores fula, uma vez que, historicamente, os fula teriam sido escravos dos mandingas (Kohl, 2012).

A situação socioeconómica, embora tenha melhorado de 1995 a 1996, começa a deteriorar-se em 1997 aumentando os riscos para que se desse um conflito armado: pobreza, corrupção, tráfico de narcóticos, declínio dos serviços públicos, são alguns fatores apontados por De Jong e Reis (2010).

O início de algumas greves leva a que, em Junho de 1998, se dê uma revolta das forças armadas instalando-se uma junta militar, (Rudebeck, 2001). Os violentos combates despovoaram a cidade de Bissau e cerca de 300.000 pessoas viram-se forçadas a fugir do País ou pôr-se ao abrigo nas zonas rurais e nas ilhas.

²¹ Seguindo o III Recenseamento Geral à População de 2009, são 39 os cabo-verdianos na Guiné-Bissau, (23 homens e 16 mulheres, 37 habitam na zona urbana e 2 na rural). É bem claro o número reduzido dos caboverdianos na atualidade.

Em Maio de 1999, a Junta ganha o conflito e após ter exilado Nino Vieira em Portugal, indica Malam Bacai Sanhá como presidente até novas eleições (Rudebeck, 2001).

A 16 de Janeiro de 2000, Koumba Yalá do Partido da Renovação Social (PRS), é eleito Presidente da República após segunda volta, no entanto, tensões entre Yalá e as forças armadas desembocaram na morte de Ansumane Mané, Chefe Supremo das Forças Armadas.

A questão étnica é também referida em Sangreman, Júnior, Zeverino & Barros (2005, p. 9) dizendo que “Ansumane Mané²², enquanto chefe militar vitorioso, após a guerra civil de 1998/99 não visitou nenhuma tabanca fula. Demonstrando que a derrota dos Mandingas e dos seus aliados estava ainda presente na sua memória”.²³

Durante os anos seguintes, a paz foi globalmente mantida com apenas uma interrupção em Novembro de 2000, mas a vida política foi marcada pela instabilidade governamental. É neste quadro bastante turbulento que a 14 de Setembro de 2003, teve lugar o golpe de Estado, que afastou Koumba Yalá do poder, tendo-se exilado em Marrocos onde se converte ao islamismo, com o objetivo não confessado, mas estrategicamente evidente de granjear uma maior base de apoio entre as minorias muçulmanas, designadamente entre os fulas – o 2º grupo étnico do país, que representa cerca de 20% da população – e assim obter a maioria absoluta em qualquer eleição.

O líder do PRS, enquanto esteve no Poder preconizou uma política de balantização dos quadros, vista como discriminatória em relação às restantes etnias.

Das eleições presidenciais em 2005, Nino Vieira sai como Presidente depois de um exílio de mais de cinco anos. Assim, com essas eleições, registou-se o fim da transição política e o regresso à normalidade institucional e constitucional do País.

Paralelamente a situação geral continuou a degradar-se em todos os domínios, acabando por se transformar num entreposto do narcotráfico internacional.

A 1 de Março de 2009, Tagme Na Waie, Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas e antigo rival político de Nino Vieira, é assassinado num atentado bombista e na manhã do dia seguinte, Nino Vieira é morto.

O Presidente da Assembleia Nacional Popular, Raimundo Pereira, assume a presidência interinamente até às novas eleições, que tiveram lugar a 28 de Junho de 2009, das quais sai vencedor Malam Bacai Sanhá.

²² Ansumane Mané pertencia à etnia mandinga.

²³ Esta derrota deu-se quando da desagregação do reino de Kaabu, em meados do século XIX.

A 1 de Abril de 2010 assiste-se a uma nova tentativa de golpe de estado, desta vez contra o primeiro-ministro Carlos Gomes Júnior e o chefe das Forças Armadas, tenente-general Zamora Induta.

A 12 de abril de 2012, quando Carlos Gomes Júnior se preparava para a segunda volta eleitoral de onde se supunha sair vencedor, uma junta militar acusa-o de conspirar com Angola no sentido de restringir o poder dos militares, aprisionam-no e dissolvem a Assembleia, dando por findo o processo eleitoral.

Mais uma vez o país viveu num clima de incerteza, com um presidente e governo apontados pela junta militar que não contaram com o reconhecimento internacional.

Finalmente, a 23 de Junho de 2014 a Guiné-Bissau reestabelece o caminho da democracia, com a eleição de José Mário Vaz, do PAIGC, para a presidência e Domingos Simões Pereira como Primeiro Ministro.

O tribalismo está bem presente e de forma visível na Guiné-Bissau, apesar de ter sido negado durante anos em prol de uma unidade nacional que nunca existiu. As diferenças étnicas e culturais constituem um fator de desagregação que pode adquirir um dinamismo insuspeitado e conduzir a situações de extrema violência, sendo frequente o seu uso em momentos decisivos da vida nacional, como em momentos eleitorais, como se tem constatado vezes sem conta.

1.3. Caraterísticas Sócio-Demográficas

A população em 2012 era de 1.579.600 habitantes²⁴, com uma taxa de crescimento demográfico de 2.45% e caracterizada por ser uma população muito jovem: cerca de 48% da população tem menos de 15 anos de idade e 63,3% menos de 25 anos. As mulheres representam mais de 51% da população. Cerca de 30% da população guineense vive no Setor Autónomo de Bissau – a capital.

A Guiné-Bissau faz parte dos países mais pobres do Mundo com um PIB por habitante de 418,8 Milhões²⁵ de Fcfa em 2010²⁶ (420 euros). De acordo com o relatório do

²⁴ Relatório das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano 2013, <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GNB.html>, consultado a 13-9-2013.

²⁵ <http://www.stat-guineebissau.com/>, produzido pelo INE, consultado a 30-4-2013.

²⁶ Fcfa - Franco CFA cujo significado é *Communauté Financière Africaine* (Comunidade Financeira Africana), sendo a moeda corrente usada por catorze países africanos. Nas antigas possessões francesas (Camarões, Costa

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)²⁷ que considera os dados de 2011, a Guiné-Bissau encontra-se na 176.^a posição numa lista de 186 países considerados de Baixo Desenvolvimento.

Neste último relatório mundial do PNUD, a Guiné-Bissau registou um crescimento anual do IDH²⁸ de 0,348 para 0,364, o que significa um crescimento médio anual de 0,6%²⁹, colocando a Guiné-Bissau abaixo da média regional.

Os fatores que contribuem para este baixo índice são: a pobreza generalizada, com um muito baixo rendimento monetário e a curta esperança de vida (48,6 anos) que resulta do difícil acesso aos serviços de saúde e a fraca qualidade destes.

Mais do que uma evidência, está confirmado que os mais pobres têm vidas mais curtas e passam por mais situações de doença que os mais ricos (Sen, 2002; Kim et al., 2000; Whitehead, 1992; Wilkinson, 2005; Freitas et al., 2010).

Tem sido claro que sem desenvolvimento sanitário não se consegue desenvolvimento económico e que a pobreza está ligada de forma direta à saúde. Sem saúde não se consegue aumentar a capacidade e desenvolvimento económico, pois que ao mesmo tempo que a pobreza aumenta a probabilidade da degradação do estado de saúde e diminui o acesso a médicos e a medicamentos. Esta é uma das muitas das fragilidades deste país, daí a importância do investimento na área da saúde (WHO, 2003).

Entre os indicadores do Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza 2/2010³⁰ destaca-se a pobreza, que se degradou entre 2002 e 2010. Com efeito, os resultados do ILAP 2/2010 indicam que 69,3% dos guineenses são pobres e 33% são extremamente pobres, ou seja, mais 5 e 13 pontos percentuais, respetivamente, comparados com o ano 2002. Isto mostra claramente o agravamento da extrema pobreza. Em Bissau, a pobreza manteve-se constante (51%), enquanto que nas outras regiões se verificou um agravamento.

do Marfim, Burkina Faso, Gabão, Benim, Congo, Mali, República Centro-Africana, Togo, Níger, Chade e Senegal), na Guiné-Bissau, antiga colónia portuguesa e na Guiné Equatorial, antiga colónia espanhola. Resultados provisórios.

²⁷ O novo relatório anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) foi lançado na Cidade do México a 14-3-2013, <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GNB.html>, consultado a 13-9-2013.

²⁸ O IDH é um índice medido anualmente pela ONU com base em indicadores de renda, saúde e educação. O índice varia em uma escala de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, mais elevado é o IDH. O ranking divide os países em quatro categorias: nações com índice de desenvolvimento “muito elevado”, “elevado”, “médio” e “baixo”.

²⁹ DENARP II – Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté. 2011-2015. http://www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf, consultado a 30-4-2013.

³⁰ Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza (ILAP2) realizado em 2010. Resultados definitivos publicados em janeiro de 2011. Ministério da Economia da Plano e Integração Regional.

O consumo de carne e peixe é o mais baixo desta zona de África³¹, sendo o consumo de peixe assegurado pela pesca artesanal. Em relação ao consumo de carne, nas zonas rurais este acaba por estar relacionado com as cerimónias tradicionais quando animais são abatidos. Em Bissau, apesar de existir um matador, a procura é assegurada pelas importações.

Segundo o relatório da WHO (2012) estima-se que, a nível global, os casos de malária, em 2010, tenham sido cerca de 219 milhões, dos quais 660.000 levaram à morte. Cerca de 80% dos casos ocorrem em somente 14 países africanos. Na Guiné-Bissau, durante 2012 registaram-se 71.982 casos dos quais 472 resultaram em óbito.

Em 2011 cerca de 34 milhões de pessoas vivia com HIV, o que representa um aumento em relação a anos anteriores. Aproximadamente 68% destes casos localizaram-se na zona subsariana. Sabe-se que em 2012 morreram na Guiné-Bissau 2.260 doentes de SIDA.

No que diz respeito à tuberculose (TB), o número de casos tem vindo a baixar desde 2006, estimando-se que em 2011 tenham surgido 8.7 milhões de novos casos, sendo 13% de indivíduos com HIV. Na Guiné-Bissau em 2012 o número de mortes, excluindo a associação ao HIV, foi de 490 casos.

Os indicadores de saúde, caracterizados por altas taxas de morbilidade³² e de mortalidade³³, continuam entre os piores da África Subsariana. É notória a desigualdade de géneros, expressa pelos elevados índices que afetam particularmente as mulheres.

A Guiné-Bissau dificilmente conseguirá atingir os níveis de qualidade de saúde definidos pelas Nações Unidas em 2000, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio³⁴ (ODM) (Millenium Development Goals, MDGs), uma vez que o melhoramento do sistema de saúde continua com grandes dificuldades relacionadas com recursos humanos, financiamentos, estabilidade governativa, falta de infra estruturas e de meios que permitam uma cobertura a nível nacional da saúde pública.

A falta de água potável, de condições de higiene e sanitárias, como esgotos e casas de banho, a falta e deficiente rede de estradas e de meios de transportes, a falta de eletricidade e o baixo nível de escolaridade, influem para que as doenças não diminuam, assim como a mortalidade se mantenha com níveis elevados.

³¹ Relatório do Ministério da Agricultura, Floresta, Caça e Pecuária. Direção Geral da Pecuária. Relatório Nacional sobre Estado dos Recursos Genéticos no Sector Pecuário. 2002.

³² As taxas de morbilidade, são usadas para medir a proporção de indivíduos afetados na população ou o risco de um indivíduo na população de ficar afetado.

³³ As taxas de mortalidade, medem a proporção de indivíduos que morrem numa população.

³⁴ Os Objectivos do Milénio são: 1. Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2. Atingir o ensino primário universal; 3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde materna; 6. Combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; 8. Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (Freitas et al.2010, p. 24).

As principais causas da mortalidade são o paludismo³⁵, as doenças diarreicas, as infeções respiratórias agudas, para além da tuberculose e do HIV/SIDA, que já se tornou um flagelo nacional com o aumento do número de casos³⁶. Também doenças como a diabetes, hipertensão e problemas como o consumo de álcool e drogas têm vindo a aumentar nos últimos anos.

Em relação à mutilação genital feminina (MGF), também chamado de fanado das raparigas, apesar de não existirem dados concretos e ser legalmente proibido, sabe-se que a sua prática é muito vulgar e ligada à forma de vida das etnias muçulmanas³⁷.

Apesar do português ser a língua oficial é falado por apenas 10% da população. Falam-se no mínimo 13 línguas o que levanta grandes dificuldades no contacto com os profissionais de saúde. O crioulo é a língua interétnica.

São mais de 30 as etnias³⁸ na Guiné-Bissau, no entanto as mais significativas em termos numérico são: Balanta (30%), Fula (20%), Manjaco (14%), Mandinga (13%), Papéis (7%), outros (16%), entre elas os Felupes, os Brames ou Mancanhas, Beafadas e Bijagós, (Pinto, Paulo & Duarte, 1999 e PNDSII, 2008).

O território da Guiné-Bissau, apresenta-se heterogéneo do ponto de vista das tradições e da cultura. A mentalidade da população está ainda radicada nos valores próprios das tradições étnicas e religiosas, acompanhadas por vezes de certos preconceitos que podem ser algumas das causas de certas resistências radicais em torno de mudança.

No que se refere à prática religiosa, 55% da população pratica a religião tradicional/animista (Balanta, Manjacos, Papéis, Mancanhas, Bijagós e Felupes), uma pequena percentagem é cristã (5%) e cerca de 40% praticam o islamismo (Fula, Mandinga, Beafadas e Nalus).

³⁵ Cerca de 90% de casos por *Plasmodium Falciparum*.

³⁶ No Hospital da Cumura, acerca de 13Km de Bissau no ano de 2012 deram entrada 1900 doentes infetados, contra os 1700 do ano anterior, segundo a Irmã Valeria Amato, responsável administrativa deste hospital. <http://www.jornaldigital.com/noticias.php?noticia=33775>, consultado a 5-12-2012.

³⁷ Etnias Fula e Mandinga, que representam 40% da população e se somarmos as etnias minoritárias também muçulmanas, pode-se pensar que cerca de 40% das mulheres guineenses são excisadas.

³⁸ O conceito de etnia tem algumas fragilidades científicas, como facilmente se percebe em Rivière (1995, p.14)“: A etnia define-se geralmente como uma população, que adopta um etnónimo e que reclama uma mesma origem, possuindo uma tradição cultural comum, especificada por uma consciência de pertença a um grupo, cuja unidade se apoia em geral numa língua, numa história e num território idêntico”. Podemos acrescentar que as diferenças físicas entre grupos, também fazem parte desta ideia de etnia. Conceito de etnia confunde-se com o de raça e mesmo os próprios indivíduos reconhecem-se pelos traços fisiológicos identificando o outro como pertencente, ou não à mesma raça/etnia.

Talvez a mais simples seja a de Lima, Martinez e Filho (1990, p. 118) “Agrupamento de indivíduos, pertencentes à mesma cultura e que se reconhecem como tal”.

Apesar de muito contestado e discutido, a nossa opinião é que é estruturante a identificação de grupos com origens, línguas, tradições diferentes.

Segundo Nóbrega (2003, p. 52) “a sociedade tradicional continua com a mesma força, os régulos, os dignatários religiosos e os patriarcas familiares³⁹ continuam a exercer as suas funções de poder, e as cerimónias e ritos tradicionais continuam a ser praticados”.

A sucessão é feita pela linha matrilinear⁴⁰, isto é o parentesco transmite-se pelas mulheres. O indivíduo pertence ao grupo ou linhagem, da mãe. O parentesco é transmitido através da mãe e é o irmão da mãe que exerce a autoridade. Em termos sucessórios é o filho da irmã quem tem direito à herança.

A mulher é a verdadeira administradora dos bens familiares e é ela quem trabalha no campo e nas *bolanhas*⁴¹ a cultivar o arroz. Alguns homens dedicam-se à pesca, principalmente na orla marítima, nas zonas interiores passam a maior parte do tempo a beber vinho de palma e a conversarem, dando uma ajuda nos campos quando é necessário desbastar mato.

A poligamia continua a ser a regra dos casamentos⁴² e uma casa de família pode chegar a ter 10 membros.

Uma característica fundamental da cultura guineense, é a íntima ligação de dependência e reciprocidade entre os diversos membros da família, isto é, há um sentimento de obrigatoriedade na entre ajuda, que se faz de uma forma natural sem se esperar o retorno do que vai sendo dado.

Apesar da adoção de comportamentos ocidentalizados pelas elites urbanas, que viveram e estudaram fora do país, principalmente Senegal, Brasil e Cuba, assim como em Portugal, a sociedade guineense continua a ser uma sociedade tradicional que se organiza não tanto pela estratificação social, mas mais pelas “classes de idade” que, segundo Fonseca, (1997, p.70), constituem: “Um processo educativo no qual são administradas à pessoa todos

³⁹ Não há sociedades matriarcais, no sentido do poder estar nas mãos das mulheres. Podem, no entanto ser matrilineares, isto é, o poder está nas mãos dos homens, no entanto a linhagem é por via matrilinear, conforme se explica no texto. (Augé & Colleyn, 2008, p. 35 e Rivière, 2000, pp. 61-88).

⁴⁰ Segundo Cammilleri (2010) na etnia balanta a sucessão é feita por via patrilinear, sendo no entanto, o tio materno quem tem o papel de educar os sobrinho.

Por vezes a sociedade dos Bijagós é, erradamente considerada matriarcal, pelo facto das mulheres terem o poder decisório sobre os diversos rituais a serem executados. O socio-antropólogo Raul Fernandes, do INEP explica: “...as pessoas confundem o matriarcado e a matrilinearidade; que são duas coisas distintas. O que acontece na sociedade Bijagó é que as filhas, mesmo depois de casadas, permanecem próximas das mães porque quem atribui estatuto de família é a mãe pela linha uterina (matrilinearidade)”. www.buala.org/pt/a-ler/bijagos-sociedade-matriarcal, consultado a 13 de novembro de 2013.

Sobre sucessão ver também Cardoso e Ribeiro, 1987, pp. 5-20.

⁴¹ Campos de água doce onde se planta arroz.

⁴² Muitos destes costumes foram proibidos pelo PAIGC, na altura da luta armada, em que as mulheres foram incentivadas a estudar, a ocuparem lugares políticos e a desempenharem cargos de chefia. Os casamentos forçados e a não existência de divórcio foram revistos e a poligamia foi proibida para os membros do partido (Urdang, 1975).

os conhecimentos religiosos, morais e de organização social que mantêm o código tribal e estão na base orgânica do povo”.

Também Lima, Martinez e Filho (1990, p. 117) fazem referência às classes de idade dizendo que “ ... não se deve associar uma classe de idade a uma certa idade cronológica, como se o indivíduo ao chegar a uma certa idade passasse imediatamente a essa mesma classe. O fundamental é que ele passe por um determinado número de ritos, ainda que, evidentemente, a idade possa estar igualmente associada.”

As classes de idade⁴³ variam de etnia para etnia, e em cada uma destas fases, através de ritos e cerimónias, os elementos do sexo masculino, vão adquirindo novos direitos, obrigações e importância social.

O principal marco para os rapazes, que os integra socialmente é a circuncisão que acontece durante o ritual do fanado, permitindo-lhes iniciarem a sua vida sexual e serem independentes (Cammilleri, 2010).

O fanado continua a estar envolto num enorme secretismo⁴⁴, em que os rapazes não têm autorização para contar o que se passa neste tempo passado em grupo longe da família no chamado “mato do fanado” e onde durante cerca de dois meses estão sujeitos a uma série de aprendizagens e provas que têm de superar.

O fanado das raparigas, apesar de proibido⁴⁵ continua a ser praticado⁴⁶, principalmente nas etnias muçulmanas⁴⁷ e alguns grupos animistas. É também visto como um rito de iniciação, tal como com os rapazes e que termina com a excisão total ou parcial do clítoris.

As mulheres dos Bijagós praticam uma cerimónia – *Dufuntu* também chamado de “Pequeno Fanado”, em que as jovens, entre os 17 e os 25 anos recebem a alma de uma pessoa já falecida. Aqui as mulheres transformam-se simbolicamente em homens, mantendo-se um equilíbrio entre os poderes masculino e feminino. É durante esta cerimónia que as raparigas recebem ensinamentos para a vida futura que lhes são transmitidos pelas mulheres grandes da tabanca, mas não se pratica excisão (Kipp, 1994).

Também a pertença a uma etnia é fator de diferenciação e mesmo de alguma rivalidade social.

⁴³ A linhagem, o grupo residencial e a classe de idade são os pilares que mantêm as sociedades africanas.

⁴⁴ Este ritual varia entre etnias.

⁴⁵ Desde 6 de junho de 2011.

⁴⁶ Também em Portugal acredita-se que a excisão é praticada pelos guineenses, que chegam a mandar vir fanatecas (mulheres que praticam o fanado) da Guiné-Bissau para executarem a cerimónia, no entanto pensa-se que em pequena escala.

⁴⁷ Particularmente entre os fula e os mandinga e obrigatório para todas as raparigas entre os 6 e 15 anos.

Os mais velhos continuam a ser o bastião do conhecimento e da família, a quem os mais jovens recorrem com respeito e veneração.

De entre estes mais velhos há um grupo muito particular, os ex-combatentes guineenses que lutaram pela libertação do país e hoje sentem-se injustiçados, sem dinheiro, sem reconhecimento e com uma pensão miserável⁴⁸ depois de anos no mato. Um destes combatentes⁴⁹ fez questão de realçar que não lutavam contra os “tugas”⁵⁰, mas sim pela libertação da pátria e quis mesmo relatar uma das muitas vivências no mato durante a guerra, a qual transcrevemos como forma de dar voz a estes homens e também porque esta é uma bonita história que expressa como fações inimigas se conseguem encontrar, passar uma noite juntas e separarem-se sem derramamento de sangue.

“Muitas vezes quando estávamos no mato tínhamos muita fome, havia sempre pouca comida e durante os combates tínhamos de esconder a comida para que os do exército português não a apanhassem. Escondíamos debaixo da terra.

Uma vez chegou a noite e tanto nós do PAIGC como os “tugas”⁵¹ já quase não tínhamos munições. Nós vimos uma casa e ficámos encostados a ela sem saber que os “tugas” estavam do outro lado. Às tantas uns quantos resolveram dar a volta à casa e encontraram os outros, mas como estava escuro não se reconheceram, até que alguém acendeu um cigarro e percebemos que as duas fações estavam misturadas, mas não havia nada a fazer pois se alguém comesse a disparar era a morte de todos, seria um suicídio! Ficámos toda a noite juntos e aos primeiros raios de luz cada um pegou nas suas armas e seguimos os nossos caminhos sem dizermos nada”⁵².

1.4. Bissau: Caraterísticas

O nosso primeiro choque é logo à chegada. Das informações antes da partida nada tido sido dito sobre a falta de infra estruturas, assim como da destruição causada pelas sucessivas guerras e golpes militares.

⁴⁸ Dizem que recebem 15.000 CFA’s de pensão, o que equivale a 22,87 euros (fevereiro 2012, 1 euro valia 655,96 CFA’s).

⁴⁹ Encontro com ex-combatentes no QG – Quartel General, fevereiro, 2012.

⁵⁰ Forma como os portugueses eram conhecidos.

⁵¹ Nestes caso referia-se a guineenses que lutam do lado colonial.

⁵² Contribuição pessoal de ex-combatente, fevereiro, 2012.

O alojamento foi outro dos problemas, que acabou por ser resolvido com quartos alugados, uma vez que mesmo por curtas estadias, os hotéis têm preços proibitivos para o simples investigador.

A opção é de fazer viagens regulares entre Portugal e Bissau, em vez de ficar numa estadia permanente e prolongada onde o envolvimento com a população e as muitas necessidades poderiam desviar a atenção do verdadeiro objetivo da pesquisa. Não quer isto dizer que não poderia ser de outra forma, mas no momento pareceu ser a mais indicada.

Em Bissau encontram-se todos os projetos possíveis e imaginários⁵³, com uma infinidade de ONG's e um batalhão de funcionários. Quando se conhece alguém a primeira pergunta que nos é colocada é sobre a que organização pertencemos. Esta é uma forma de deturpar as relações que se estabelecem e que nos leva a refletir se a presença constante de ONG's serão efetivamente uma forma saudável de apoio ao desenvolvimento.

1.4.1. Os bairros.

Os bairros (Anexo 1) são a imagem de Bissau, uma cidade destruída, com 365.097 habitantes, onde as infra estruturas praticamente não funcionam e onde o caos e a degradação estão em cada esquina.

Cerca de 30% da população da Guiné-Bissau habita em Bissau, num complexo emaranhado de bairros, onde falta um plano urbanístico e em que a maior parte das casas não dispõe de saneamento básico, água canalizada e eletricidade.

Conforme se caminha por entre as casas vamos percecionando restos da época das chuvas, onde sacas cheias de terra têm o efeito de controlar o destino das águas das chuvas, afastando-as das casas, numa tentativa de evitar inundações.

Por muito que não se queira, no início choca ver as enormes lixeiras a céu aberto onde crianças brincam como se de um parque se tratasse, mas aos poucos até esta imagem passa a fazer parte da nossa realidade e olhamos já sem nos perturbar. É incrível como o ser humano tem capacidade para se habituar até às imagens mais chocantes!

⁵³ Deixou de ser assim com o golpe militar de abril de 2012 e foi piorando no resto do ano, com o retirar dos apoios por parte da comunidade internacional, ficando só a funcionar projetos de ONG's privadas.

O lixo é queimado em fogueiras por entre as casas, dentro dos bairros e mesmo nas esquinas das avenidas principais, resultando num enorme número de crianças queimadas nessas mesmas fogueiras.

É igualmente alarmante e demonstrativo da pobreza, o número de crianças que vendem na rua. As raparigas vendem amendoim que apregoam “mancarra, mancarra” e os rapazes cartões para telemóvel ou tentam a sua sorte como engraxadores, com os seus pequenos apetrechos nos cafés e esplanadas.

Conforme se anda pela zona central consegue-se perceber que Bissau deve ter sido uma cidade bonita e organizada, as construções estilo colonial e as ruas geométricas, que chocam com a destruição e a degradação, que o olhar vai percorrendo. Aqui tenta-se sobreviver a cada dia que passa e isto aplica-se a todos em geral.

Os portugueses⁵⁴ que por aqui mantêm alguns negócios desesperam com a lentidão e incompetência dos serviços. As queixas são constantes, mas a situação em Portugal não permite o retorno, ficando este como o sonho de um dia que há-de vir!

Mas também ficam as memórias, como as inesquecíveis viagens a Quinhamel e ao Biombo, nos toca-toca onde tudo se transporta, desde as galinhas com um ar muito enfezado, às desgraçadas das cabras que são atadas nos tejadilhos nas posições mais incríveis (Anexo1).

Não é exatamente fácil encontrar um local para ficar sem irmos à ruína, tudo é caro. Um destes hotéis, explorado por um português é local de quase peregrinação de ex-combatentes portugueses que persistem em voltar e reviver os locais de combate e as tabancas por onde andaram em tempo de guerra.

Mas apesar de tudo é bom estar aqui. É bom acordar com a algazarra das empregadas a lavar a roupa do restaurante logo pela manhã, é bom passar a hora do calor onde todos dormem uma sesta, são bons os momentos passados entre amigos que se foram fazendo, em longas conversas ou simplesmente a observar o movimento.

Tudo isto são imagens que ficarão para sempre guardadas. Fica uma saudade imensa que só quem esteve em África consegue entender.

⁵⁴ Após o golpe militar de 2012 e com o corte dos apoios internacionais, a Guiné-Bissau foi aos poucos entrando num colapso económico e financeiro, que levou a que quem tivesse possibilidade (inclusivé os portugueses) abandonassem o país.

1.5. Os Serviços Médicos na Guiné-Bissau

Para se perceber o presente é importante olhar para trás e ver como o serviço de saúde evoluiu na Guiné-Bissau e, neste caso particularmente, a saúde mental.

Que estruturas e serviços foram criados pelos portugueses durante os anos de colonização, quais os que permaneceram em funcionamento ao longo dos anos e como os novos governos têm esquecido a importância da saúde mental.

Durante a época colonial a medicina era feita em duas vertentes, a militar para os militares que aí se encontravam em comissão, com hospital⁵⁵ e pessoal próprio e a civil, no Hospital Civil de Bissau,⁵⁶ mas que como iremos ver se entrecruzavam tanto a nível de médicos como de doentes.

Ainda em relação ao período colonial veremos como os portugueses, a partir de 1950 procuraram melhorar a saúde dos guineenses criando alguns serviços e construindo infra estruturas na área da saúde, apesar da opinião de Rudebeck (1974) e de Pereira e Moita (1976) que consideram que os portugueses teriam gasto menos dinheiro com a saúde na Guiné-Bissau do que em qualquer uma das outras colónias.

A taxa de mortalidade infantil rondava os 600/1000 e a tripanossomíase africana era comum entre os aldeões (Teixeira da Mota, 1948, citado por Cabral, 1961).

1.5.1. Do colonialismo à luta armada.

Com o fim da Segunda Grande Guerra, a ONU reconhece o direito à autodeterminação das colónias, que aos pouco se foram tornando independentes.

Salazar, com o objetivo de manter as colónias, substitui o conceito vigente de “Império Português” por “Ultramar Português”, numa tentativa de apresentar Portugal como um Estado pluricontinental.

Uma vez que a ONU continuava a pressionar o Estado português no sentido da descolonização, Salazar responde com a criação de infra estruturas nas colónias, assim como apoios ao desenvolvimento e à fixação de colonos brancos. Justifica-se assim o *boom* verificado a partir de 1946 na construção de infra estruturas.

⁵⁵ Hospital Militar, que passou a Hospital 3 de Agosto.

⁵⁶ Hoje Hospital Nacional Simão Mendes.

E realmente, através da leitura do *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*, publicado desde 1946 até 1974, torna-se claro o esforço em equipar e modernizar a Guiné-Bissau com estruturas nas mais diversas áreas, incluindo a saúde.

Entre 1945 e 1946 entraram em funcionamento diversos postos sanitários e o Hospital de Bissau (Anexo 1) foi inaugurado, dispondo de um serviço de “assistência a alienados”.

Em 1946 dá-se início à construção da leprosaria na Cumura, hoje em dia sob a alçada dos padres franciscanos italianos⁵⁷ e que funciona como unidade de cuidados paliativos para doentes de HIV/SIDA e tuberculose.

Perspetivava-se que em 1947, todos os postos administrativos dispusessem de um posto sanitário com maternidade, equipados com pessoal qualificado formado na escola de enfermagem e que, como forma de atrair as parturientes, fornecesse alimentação.

Ao reorganizar os serviços de saúde do “Império Colonial Português”, por decreto lei, expressava-se a preocupação do “...bem estar físico e moral dos colonizadores, assim como a saúde dos indígenas”. Não nos cabendo julgar os propósitos do então legislador, transcreve-se o art. 61, capítulo II, do mesmo decreto: “A assistência médica ao indígena deve ser prestada com espírito da maior tolerância pela sua mentalidade, usos e costumes, facilitando-se aos doentes os meios de tratamento compatíveis com a permanência nas habitações familiares”. Diz ainda: “O médico ... procurará combater com energia, mas sem violência, as práticas supersticiosas e de feitiçaria que atentem contra a saúde e robustez dos indígenas ou contribuam para o definhamento das suas raças”.

No entanto, os pontos chave na política de saúde, durante estes anos, são o combate à doença do sono (a *trypanossomíase*), a luta contra a malária e a tuberculose, assim como a vacinação contra a varíola e febre amarela.

O interesse pela Medicina Tropical estava tão presente que, em 1952, se realiza o I Congresso Nacional de Medicina Tropical, em Lisboa, sendo já uma realidade o Hospital do Ultramar para onde eram enviados os doentes das colónias e o Instituto de Medicina Tropical.

O Instituto de Medicina Tropical desenvolveu diversos estudos epidemiológicos sobre a doença do sono durante vários anos, assim como manteve um controlo estatístico de doentes, evolução e resultados face aos medicamentos que foram sendo introduzidos, tendo por isso sido uma grande mais-valia para a compreensão e tratamento de diversas doenças.

Durante a década de 50 foram sendo desenvolvidos diversos estudos na área da saúde, tendo sido a luta contra a tuberculose uma prioridade.

⁵⁷ No entanto o médico responsável por este hospital é um franciscano português.

Durante a década de 60 continuam as obras de beneficiação nas diversas estrutura, particularmente nos pavilhões de psiquiatria e do serviço de urgência e entra em funcionamento o pavilhão para tuberculosos no complexo hospitalar de Bissau, para além da luta constante contra as doenças endémicas.

No início dos anos 70 é construída a maternidade e são executadas obras de beneficiação de diversos pavilhões e obras de saneamento no Hospital Central de Bissau. Construíram-se e reabilitaram-se postos sanitários no interior, reapetrecharam-se hospitais sub-regionais e rurais que, no entanto, se resumiram a três hospitais regionais e a seis postos sanitários e onde a assistência médica só era feita quando os médicos se deslocavam a essas regiões (Pereira e Moita, 1976).

Foi criada a Escola de Auxiliares de Enfermagem. As missões católicas tinham um importante papel na área social, assim como na assistência aos doentes, sendo que muito do apoio no Hospital Central, era feito por religiosas.

A psiquiatria funcionava no hospital militar, com psiquiatras também eles recrutados para cumprirem o serviço militar. O seu papel era de extrema importância, uma vez que para além da assistência aos militares, também faziam serviço no hospital Central assistindo à população em geral.

Segundo comunicação pessoal a 19 de novembro de 2012 do psiquiatra José Barata, um dos últimos psiquiatras antes da independência e da retirada das tropas portuguesas, os casos mais graves e com necessidade de internamento eram transferidos para o hospital militar.

Ainda segundo este psiquiatra, as patologias mais comuns entre os militares eram as depressões reativas provocadas pelo afastamento da família e a difícil situação de guerra que se vivia, enquanto que nos civis predominava o paludismo cerebral e as anemias, muitas vezes acompanhadas com alucinações.

Também alguma população cabo-verdiana era tratada na Guiné-Bissau. No entanto, esta era uma cultura muito diferente da guineense e que apresentava patologias também elas muito diferentes, sendo as mais frequentes, e mais uma vez segundo o psiquiatra José Barata, as neuroses histéricas devido à repressão sexual que os cabo-verdianos viviam.

Também nas zonas libertadas e debaixo do controlo do PAIGC fazem-se avanços em termos de saúde e educação. Cada zona dispunha de um hospital, com cerca de 20 camas, um médico e diversos enfermeiros e socorristas, para além de existirem cinco hospitais de setor

com um “assistente médico”⁵⁸ e diversos postos sanitários. Toda esta rede era ainda apoiada por dois hospitais na Guiné-Conakry e um no Senegal, num total de 245 camas (Pereira e Moita, 1976).

O PAIGC apostou fortemente na formação de quadros e em 1972 já dispunha de dois médicos, 31 enfermeiros, 332 enfermeiros auxiliares e socorristas, 6 parteiras e 16 técnicos na área da saúde, tendo sido a cooperação dos médicos cubanos que preencheu este hiato e colmatou as necessidades que se vivia na altura (Pereira e Moita, 1976).

No início de abril de 1972 as Nações Unidas enviam uma missão especial com dezenas de observadores que confirmam a existência de 200 clínicas, 20.000 crianças a frequentarem escolas onde lecionavam 251 professores, cerca de 200 escolas primárias, 495 alunos do ensino secundário e universitário a estudar fora do território e 497 funcionários de nível médio e superior a trabalharem nas zonas libertas (Davidson, 1969).

1.5.2. Da independência à atualidade.

Após a independência, o governo guineense viu-se com a difícil tarefa, de pôr de pé o sistema de saúde deixado pelos portugueses, sendo que este consistia basicamente numa medicina curativa.

Durante o mandato de Luís Cabral⁵⁹ foi desenvolvida uma política externa de aproximação a Portugal, onde o então presidente se deslocou oficialmente, para conversações no âmbito da cooperação institucional.

Logo em 1974, Luís Cabral, faz um pedido urgente a Portugal no sentido de serem enviados médicos e outros profissionais da área da saúde por forma a fazer face às necessidades sentidas nesta área (Pereira e Moita, 1976)⁶⁰

O secretariado para a cooperação lança então um apelo ao sindicato dos médicos e consegue que dez médicos e uma farmacêutica se disponibilizem para se deslocarem à Guiné

⁵⁸ Enviados pelo Partido para a ex-URSS ou ex- Bulgária para tirarem cursos médios de especialização com a duração de 5 anos.

⁵⁹ Presidente da Guiné-Bissau desde 1973 e reeleito em 1977. O acordo geral de cooperação e amizade entre Portugal e a Guiné-Bissau data de 11 de Junho de 1975.

⁶⁰ Também em Pereira e Moita (1976) é feita uma referência a que técnicos de saúde – portugueses, jugoslavos, soviéticos, cubanos e suecos se encontravam a trabalhar no terreno. No entanto haveria a necessidade que os portugueses ficassem no Hospital de Bissau pois esta miscelanea de línguas gerou alguma confusão.

por cinco meses. Neste primeiro contingente não seguiram enfermeiros por dificuldades organizativas por parte destes⁶¹.

Segundo parece, este esforço dos técnicos portugueses não foi considerado satisfatório pelos dirigentes do partido, tanto pelo reduzido número de cooperantes, como pela curta duração da estadia. Segundo o Comissário da Saúde esta situação obrigou a que fosse necessário recorrer à ajuda de outros países (Pereira e Moita, 1976)

Foi então organizado o serviço de psiquiatria, aproveitando-se as instalações do que tinha sido o hospital militar (Anexo 1).

O serviço passou a dispor, nesta altura de duas enfermarias, uma para homens com 30 camas e outra para mulheres com 20 camas. Paralelamente houve a necessidade de se criar uma enfermaria de segurança, para doentes considerados perigosos.

Também o hospital central passou a dispor de uma consulta externa de psiquiatria, que funcionava três vezes por semana e era assegurada pelos mesmos psiquiatras.

A nível de patologias, segundo o Dr. Trigo de Sousa⁶², o mais frequente eram as neuroses, o alcoolismo e o que hoje é conhecido por PTSD (Stress Pós Traumático), tanto em ex-combatentes como em civis.

O alcoolismo era uma situação bastante grave, uma vez que o vinho de palma é extremamente tóxico para o nervo óptico.

De Jong⁶³ descreve exatamente um quadro idêntico, quando chega à Guiné-Bissau nos anos 80, tendo entretanto a enfermaria para doentes perigosos passado de uma para duas, que ele descreve como sendo “...células com portas em ferro assim como janelas gradeadas, onde estavam encerrados 40 pacientes” (De Jong, 1987, p. 6).

O governo opta pela descentralização dos cuidados de saúde iniciando projectos de saúde comunitária, mantendo os hospitais coloniais em funcionamento cuja qualidade dos serviços entra em rápido declínio por diversas razões tendo o próprio presidente na altura, Luís Cabral, se queixado na Assembleia Nacional em 1976, da indolência do pessoal dos cuidados de saúde. Igualmente deixou de ser feita manutenção aos edifícios e equipamentos que rapidamente entraram em colapso (De Jong, 1987).

No início dos anos 80 o governo conseguiu algumas melhorias, com hospitais e centros de saúde a serem renovados.

⁶¹ Informação fornecida pelo Dr. Trigo de Sousa em comunicação pessoal a 29 de novembro de 2012, primeiro psiquiatra neste quadro de cooperação, de novembro de 1974 a março de 1975.

⁶² Primeiro psiquiatra no quadro de cooperação entre Portugal e Guiné-Bissau, de novembro de 1974 a março de 1975, referido anteriormente.

⁶³ Psiquiatra holandês responsável pela construção do hospital psiquiátrico nos anos 80 e que foi destruído durante os combates de 1998.

Segundo De Jong, em 1986 os pacientes, pagavam um valor relativamente baixo, 15 pesos⁶⁴ por uma consulta no centro de saúde e 25 pesos no hospital, comparativamente com o curandeiro que cobrava entre 50 e 100 pesos, mais a galinha usada para fazer o oráculo, sendo que esta custava cerca de 1000 pesos e seria morta.

As urgências eram gratuitas e um especialista custava 100 pesos, eram ainda cobrados os serviços do laboratório, excepto às crianças e grávidas.

Hoje em dia, o funcionamento dos hospitais públicos continuam a sofrer de muitas lacunas, debatendo-se com falta de pessoal qualificado e motivado, uma vez que os salários para além de baixos estão sempre em atraso⁶⁵.

Também segundo a AHWO⁶⁶, num relatório sobre os recursos humanos em saúde na Guiné-Bissau, elaborado em Março de 2009, é afirmado que este é um dos 36 países africanos onde a falta de recursos humanos na área da saúde se faz sentir com mais gravidade. E, apesar de existirem planos e estratégias para o desenvolvimento dos recursos humanos, são grandes os obstáculos encontrados à sua implementação.

Há uma enorme necessidade de formação técnica, que não está a ser desenvolvida por todos os agentes de saúde, desde médicos até aos administrativos. Para além da melhoria do desempenho e de capacitação, faz falta formação a nível da gestão e coordenação.

O sistema nacional de saúde é composto por um serviço público muito deficitário e um serviço privado reduzido. Paralelamente, existem alguns serviços ligados ao setor religioso que, apesar das dificuldades, ainda vão mantendo alguma qualidade.

Foi publicado um primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para o país (PNDS) que abrangia o período de 1998 a 2002, no entanto, devido ao golpe militar teve de ser adiado para 2003/2007.

Talvez se possa considerar como o pior período em termos de saúde pública o pós golpe de Estado de 1998/1999, em que o Hospital 3 de Agosto foi destruído (Anexo 1) e o hospital psiquiátrico construído por De Jong desapareceu completamente. Durante meses a população fugiu para o interior do país onde viveu em condições miseráveis.

O sistema público de saúde entrou em colapso e deu-se um aumentado considerável da mortalidade neonatal e infantil (< 5 anos) (Aaby, 2008) assim como a fuga para Portugal de muitos médicos, que acabariam por não regressar à Guiné-Bissau.

⁶⁴ Moeda usada entre 1975 e 1997, tendo sido substituído pelo Franco CFA quando da entrada na União Monetária dos Estados da África Oriental, tendo sido convertida a uma taxa de 65 pesos por franco CFA.

⁶⁵ Retirado da entrevista do cirurgião Romão Nhaga, então diretor clínico do Hospital Nacional Simão Mendes, ao Comité da Cruz Vermelha a 10/3/2009.

⁶⁶ African Health Workforce Observatory.

Atualmente, foi desenvolvido o PNDS II para o período de 2008 a 2017, sendo este um fio orientador para instituições do Ministério da Saúde e outros organismos ligados à área da saúde. Representa um instrumento fundamental de gestão, uma orientação estratégica que visa sustentar política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde.

A deficiente qualidade de serviços de saúde associada ao difícil acesso geográfico nas zonas rurais (inexistência de um serviço regular de transportes, fraca ou inexistente rede rodoviária no interior) tem permitido a disputa entre biomedicina e medicina tradicional. A população prefere recorrer à medicina tradicional, com quem se identifica mais por esta estar mais perto das suas tradições e modo de vida.

Para colmatar os casos mais difíceis que não são possíveis tratar na Guiné-Bissau, foi mantido o acordo de cooperação entre os Estados⁶⁷ português e guineense, no sentido da evacuação de guineenses que necessitem de assistência em Portugal. Também algumas ONG's procedem à evacuação para Portugal, de crianças em situação grave.

As diversas crises políticas que se têm verificado na Guiné-Bissau, particularmente o novo golpe militar em 2012, após as eleições, provocaram ao longo do último ano uma retração, pode-se mesmo dizer um cancelamento nas ajudas internacionais.

No espaço do antigo Hospital Militar /3 de Agosto, funciona o Centro de Saúde Mental, num barracão (Anexo 1) sem condições nem privacidade, onde dez enfermeiros psiquiátricos lutam por assegurar as consultas diárias.

Como se pode constatar o país vive em permanentes conflitos, caracterizando-se por uma constante instabilidade política que se reflete na degradação das estruturas da sociedade e inviabiliza as tentativas de projetos de apoio ao desenvolvimento.

As organizações de voluntários que procuram apoiar as populações, mas sem dimensão para se instalarem no país, promovem a ajuda diretamente à população da região que está no seu objetivo específico. É um facto assente que, se as doações fossem entregues às autoridades governamentais, não havia garantia da mesma chegar aos seus destinatários.

Tem sido permanente a ajuda que ex-combatentes portugueses⁶⁸ têm prestado às populações locais. Estes homens ficaram para sempre ligados a terras guineenses e com um

⁶⁷ Dec n.º 44/92, com Mário Soares como presidente, veio a rectificar o acordo de 1989 e a extinguir o acordo de 1978.

⁶⁸ Um destes grupos conseguiu com o apoio da Fundação João XXIII da Lourinhã enviar recentemente um contentor com material para recuperar a maternidade do Bom Samaritano, seguindo um grupo de voluntários para descarregar e fazer as reparações necessárias.
A Ajuda Amiga, de Paço d'Arcos que tem enviado todos os anos um contentor com material e equipamentos diversos, e da mesma forma vai uma equipa de voluntários para fazer a descarga e distribuição.

enorme sentido de solidariedade para com a população, criaram associações e ONG's⁶⁹ agregando ex-militares por zonas de Portugal e anos de serviço. Com vista a angariarem fundos e bens diversos para o desenvolvimentos dos seus projetos na Guiné-Bissau, estes grupos reúnem-se regularmente promovendo diversas atividades.

Sem esquecer a Tabanca Pequena de Matosinhos, cujo grupo de ex-combatentes nos chegou a dar uma boleia preciosa, e que desenvolve projetos educativos e formação na área da costura, com parceria com organizações locais para o desenvolvimento, a abertura de um centro materno-infantil, onde passaram a nascer as crianças da região, assim como a implementação de bombas de água e fontanários para as populações.

⁶⁹ A Associação Humanitária Memórias e Gentes desenvolve projetos em diversos países de expressão portuguesa. Segundo o senhor Raúl Soares desta ONG e ex-combatente na Guiné-Bissau, aqui criam um infantário em Varela, onde fornecem refeições a cerca de 100 crianças diariamente, Sempre que possível desenvolvem ações médicas às populações, levando médicos e médicos dentistas. Nesta altura estão a iniciar um novo projeto em Bindoro, uma tabanca na margem do rio Gêba.

Capítulo 2: Uma Visão Sobre a Doença Mental

“...man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law but an interpretive one in search of meaning”

(Geertz 1973: 5).

2.1. A Doença Mental em Perspetiva

A visão da saúde mental e das doenças ou distúrbios mentais tem sido muito influenciada pela visão biomédica e farmacológica do seu funcionamento. No entanto, segundo as diversas análises da Organização Mundial de Saúde⁷⁰, tanto a saúde mental em geral como muitas das doenças mentais⁷¹ comuns⁷² são moldadas em grande parte pelos contextos sociais, pelo económico e pelo ambiente em que as pessoas vivem, sendo que uma ação sobre estes determinantes pode prevenir as doenças mentais e melhorar a saúde mental das populações, principalmente tendo presente que cerca de 25% das pessoas têm um problema de saúde mental num qualquer momento da sua vida.

Este problema não tem de ser uma situação complicada, pode-se tratar somente de um caso de ansiedade por alguma mudança na vida, mas também é possível chegar a situações mais graves de depressão ou mesmo esquizofrenia, com o risco de se prolongarem pela vida fora influenciando as condições de vida, tornando-se por isso num problema psicossocial,

⁷⁰ Pode-se encontrar esta análise em diversos documentos: WHO Commission of Social Determinants of Health, The WHO Review of Social Determinants of Health and the Health Divide, The Marmot Review in England

⁷¹ Para a WHO (2013, p. 9) doença mental refere-se a “todo o sofrimento, incapacidade e morbilidade devido a doenças mentais, neurológicas e /ou uso de substâncias, com origem genética, biológica ou psicológica, assim como por condições sociais adversas e/ou fatores ambientais”.

⁷² Esquizofrenia, doença bipolar, depressão e ansiedade, segundo o relatório da Gulbenkian Global Mental Health Platform em colaboração com a WHO/OMS, 2010, mais de 300 milhões de pessoas sofrem de alguma destas doenças e mais de 800.000 pessoas suicidam-se, por ano, principalmente em países de baixo e médio rendimento, salientando mais uma vez que a saúde mental é determinada por fatores sociais, psicológicos e biológicos.

particularmente grave nos países de baixo rendimento como no caso da Guiné-Bissau, onde tanto especialistas de saúde mental como medicação são de difícil acesso.

Aqui, tal como em muitos outros países pobres e de baixos rendimentos, o tratamento destas doenças só está ao alcance de um número muito limitado de pessoas, apesar de por vezes serem de fácil tratamento e ao serem controladas trazem bem estar tanto ao doente como à família.

É sabido que todo o ser humano pretende ter uma vida plena (WHO, 2013), satisfatória, e o bem estar psicológico⁷³ é uma parte integrante deste todo a atingir. A perturbação mental quando não é tratada torna-se um entrave para se atingir esta plenitude.

No entanto, a ausência de doença mental não significa necessariamente a presença de uma boa saúde mental (WHO, 2013; Keyes, 2005; Barry, 2009) e a avaliação do que é bem estar psicológico varia entre pessoas (Sen, 1992, 1997) e entre culturas.

Fica, então, clara a importância de se compreender diferentes formas de olhar e de sentir o estado de saúde e de doença, não generalizando aquilo que é uma visão ocidental e de países de alto rendimento, para outras partes do mundo onde tanto condições de vida como culturas têm dinâmicas próprias.

Com o desenvolvimento e consolidação da etnopsiquiatria⁷⁴, o indivíduo, a doença mental e o meio cultural passaram a ser vistos como partes integrantes do próprio indivíduo.

O foco tem sido a criação e desenvolvimento de uma linguagem unificadora de todos os envolvidos no processo da doença, valorizando a cultura onde está inserido o doente e recorrendo a ela para procurar soluções que dêem um contributo para o processo de recuperação (Noronha, 2007).

Campos como a Psicologia Cultural, têm aberto portas ao estudo no que concerne ao papel regulador das tradições culturais e práticas sociais, de como transformam e expressam a psique humana, destacando as diferenças étnicas na mente, no *self* e na emoção.

Dentro da Antropologia, Laplantine⁷⁵ deu um enorme contributo no estudo e compreensão do que é estar doente, assim como da influência e importância do meio envolvente na doença ao desenvolver novas áreas⁷⁶, como foi a Antropologia da Doença e a aplicação dos métodos e conhecimentos antropológicos ao comportamento humano.

⁷³ Definido pela WHO como sendo “o estado de bem estar em que cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, consegue gerir o stress normal da vida e consegue trabalhar de forma produtiva, contribuindo para a sua comunidade”.

⁷⁴ George Devereux (1908-1985) deu um enorme contributo para o desenvolvimento desta área no século passado, sendo mesmo considerado um dos fundadores desta disciplina.

⁷⁵ François Laplantine (1943-2008) investigador francês nas áreas da antropologia, etnografia e etnopsiquiatria.

⁷⁶ Também a Antropologia das Religiões e mesmo a relação entre Antropologia e escrita.

Não podemos deixar de referir o contributo mais recente de Kleinman⁷⁷, para quem a trajetória de pacientes e agentes da saúde no contexto cultural deve ser observada, de forma a perceber-se a organização social do sistema cultural de cuidados de saúde correspondendo a práticas que identificou em três setores⁷⁸: medicina popular/familiar, conhecida e praticada por todos, a medicina tradicional que exige um especialista (curandeiro) e, finalmente, a medicina dita erudita ocidental que se caracteriza-se por possuir escolas formais e hegemonia social.

E é nesta relação entre componentes socioculturais em torno do doente, que Collomb (1975) considerou que o doente foi subjugado no decorrer dos anos a uma visão reducionista do seu problema, sofrendo por isso uma série de consequências a nível pessoal, familiar e profissional. Defende que a esta visão deve-se contrapor uma abordagem abrangente e holística do ser humano.

Compreender as emoções e o que elas expressam através dos sentimentos, é entrar no íntimo de cada um. No entanto, podemos também olhar para as emoções como uma reação do organismo a um estímulo, que pode ser interno e/ou externo e que envolve tanto o corpo como a mente. Ou de uma forma resumida e tal como na perspetiva de Lopes (2006, p. 100) emoção é “...um sentimento em movimento expressivo”.

As mesmas emoções são olhadas e rotuladas de forma diferente conforme a sua intensidade e duração. Assim, o medo pode passar a ser visto como pânico e uma tristeza prolongada passa ser uma perturbação e o indivíduo considerado deprimido..

Para nós e neste trabalho, a depressão é vista não exatamente como uma perturbação mental, mas sim como uma reação subjetiva a agressões de diversas origens, particularmente a questões sócio-culturais⁷⁹ com as quais o indivíduo sente que não consegue lidar.

Apesar da sobreposição que normalmente é feita entre sintomas e emoções, consideramos que no caso da depressão é importante olhar primeiro, para o individuo como pessoa que sofre no meio e com o meio e depois para os sintomas apresentados e com necessidade de serem tratados, mas não necessariamente⁸⁰ com antidepressivos ou ansiolíticos. Estes devem ser vistos como a exteriorização das emoções em que as influências da cultura ou da situação estão presentes e que precisa de resolvida, não para que os sintomas desapareçam mas sim para que se encontre forma de resolver a situação, evitando recaídas.

⁷⁷ Um dos grande inspirador do presente trabalho.

⁷⁸ Questão a ser desenvolvida no Capítulo 3.

⁷⁹ Também referido pela WHO.

⁸⁰ Não negamos a sua necessidade em determinados casos, mas defendemos que hoje em dia se verifica uma excessiva medicalização em muitas das doenças.

Não podemos deixar de considerar e valorizar os aspetos culturais representativos das doenças mentais, como no caso referido por Kleinman (1988, p. 15) sobre o relato de Ebigbo, um doente psicótico nigeriano e cuja queixa frequente era “o sentir como que formigas a andar na cabeça”, sendo esta uma queixa própria desta cultura.

2.1.1. Da antropologia à psicologia.

Deve-se a Malinowski⁸¹ a abertura da relação entre etnologia e psicanálise através da investigação das relações familiares na sociedade trobriandesa (Laplantine, 1978; Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003). Dizemos então, que estamos nos primeiros passos da etnopsiquiatria e da psicologia transcultural.

Esta nova área de estudo traz um contributo valioso tanto para a psiquiatria, como para a psicologia, ao demonstrar a importância da cultura no desenvolvimento das doenças mentais (Devereux, 1977). E enquanto que a psiquiatria olha o indivíduo no seu estado de doente, isolando-o enquanto ser social, para o tratar e devolver à sociedade (Laplantine, 1978) a etnopsiquiatria e a psicologia transcultural enquadram o doente e a sua doença dentro do seu simbolismo social, e olhando-o como uma peça do seu puzzle cultural.

Arriscamos mesmo a ir ainda mais longe, nesta visão da influência da cultura, ao partilhar com Devereux (1977, p. 92) a ideia que “conceitos como psicologia feminina ou psicologia infantil são criações culturais”.

Paralelamente a estes primeiros passos do que viria a ser a psiquiatria intercultural, também o campo da antropologia se vai alargando com a intervenção de antropólogos, durante a década de 50, com programas de saúde pública, em países em desenvolvimento (Foster, 2010).

A antropologia veio então trazer uma enorme profundidade nas investigações na área da saúde, identificando a influência da cultura na saúde/doença (Janes & Corbett, 2010) e nos comportamentos associados tanto à doença como ao tratamento desta.

⁸¹ Bronislaw Malinowski foi um importante antropólogo polaco, representante da escola funcionalista. Viveu entre 1884 e 1942. Esta corrente interessava-se pelas relações funcionais que se desenvolviam entre os diversos elementos num preciso momento, não lhe interessando a dimensão histórica, mas sim a forma como os diferentes sujeitos se relacionavam de maneira a satisfazer as suas necessidades.

Efetivamente, a população em geral e a saúde pública, acabaram por se tornar um campo de estudo para antropólogos, sendo a vasta literatura e trabalhos científicos produzidos nas últimas décadas prova disso mesmo.

Está então aberta a porta a uma antropologia médica mais abrangente, que olha as diferenças de saúde e de comportamentos no estado de doença não só em terras longínquas, mas também nos diferentes grupos sociais da sua própria cultura.

Assim a saúde/doença passou a ser olhada como uma situação influenciada por fatores exteriores ao indivíduo, tanto ambientais, como pelas pessoas com quem se vive e com quem se relaciona (Silva, 2004).

Também na perspectiva da antropologia médica⁸² é analisada a forma como pacientes de diferentes culturas usam os diversos sistemas de saúde, não só o oficial representado por uma medicina sofisticada e onde existe uma barreira cultural entre técnico e paciente, mas também as diversas medicinas tradicionais, em que feiticeiros⁸³ e curandeiros⁸⁴ locais atuam no sentido de encontrar a causa e cura das doenças.

Também o fenómeno da imigração veio criar novas necessidades, tanto a nível do alargamento dos Direitos Humanos para esta nova situação, como a nível da necessidade de compreensão do impacto que tem sobre o indivíduo o facto de se deslocar do seu meio para outra cultura, por vezes totalmente desconhecida e com realidades culturais tão distintas ao que estava habituado.

2.1.1.1. A antropologia cultural.

Vivemos numa época de rápidas e dramáticas mudanças em todas as áreas, que levam tanto Homens como organizações a viverem em permanente ansiedade e questionamento. A antropologia cultural desenvolveu-se tendo por objeto de estudo a análise dos factos sociais e culturais à volta destas mudanças (Lima, Martinez & Filho, 1990).

⁸² Conforme já descrito, esta sai da antropologia social e cultural, com raízes na medicina, mas com uma visão mais alargada da relação doença/cura, olhando a forma como o indivíduo vê e reage à doença e quais os sistemas de saúde que utiliza. Também usada a denominação de socio-antropologia da saúde (Silva, 2004).

⁸³ Feiticeiros são vistos como indivíduos que utilizam a magia para fazer mal.

⁸⁴ Curandeiros entre outras atribuições, tratam das doenças e repõem o equilíbrio familiar.

Podemos, então, dizer que o homem social é um dos objetos de estudo da antropologia⁸⁵, inserido nestas dinâmica de permanente mudança e que embora evolua, é sempre o homem intemporal, mas como reflexo do seu tempo e sociedade onde se insere.

Nesta abrangência a antropologia teve de se dividir em diversos ramos, que têm vindo a especializar-se nas múltiplas naturezas do Homem.

Dentro destas, a antropologia cultural é um dos principais ramos que se debruça sobre a forma como a cultura⁸⁶, as regras e normas sociais influenciam e modelam o Homem. Mas ao observar estes factos sociais mantém uma postura de imparcialidade, tanto sobre os factos positivos como sobre os negativos, pois o seu papel não é de indutor de mudança mas de observador e relator ou tradutor desses factos.

A expressão “antropologia cultural” criada por Boas⁸⁷, no século XIX, teve um longo trajeto até se assumir com um corpo próprio e individualizado dentro da antropologia.

Pode-se dizer, que desde a descoberta dos “novos mundos”, que os Homens têm tido uma curiosidade lata pelos povos que foram conhecendo tanto no contacto directo como através dos relatos e histórias dos viajantes sobre os seus costumes “exóticos” (Bernardi, 2007; Lima, Martinez & Filho, 1990).

Durantes diversos anos o interesse pelas populações descobertas resumia-se à descrição dos locais e das tradições, sendo este o campo de investigação da etnologia⁸⁸, que pelo seu carácter restritivo⁸⁹ foi sendo substituído por “antropologia cultural”.

Mas estas questões de denominações relacionam-se de forma muito direta com escolas e linhas de investigação que sustentam a antropologia como ciência. Se por um lado os europeus⁹⁰, com exceção dos ingleses, apelidavam-na de “etnologia”, os americanos preferiam “antropologia cultura” e os ingleses “antropologia social” (Lima, Martinez & Filho, 1990), onde o aspeto social é enfatizado. Hoje em dia a tendência é a utilização de “antropologia social e cultural” por ser um termo mais lato com ligação a outras ciências sociais e humanas com as quais se relaciona e se complementam mutuamente, fazendo um estudo comparativo da vida diária em sociedade e os seus sistemas culturais, uma vez que o Homem encerra em si as vertentes psicológica, social e cultural (Colleyn, 2005; Lima, Martinez & Filho, 1990).

⁸⁵ Etimologia: *anthropos* - homem; *logos* - tratado.

⁸⁶ Tudo o que recebemos do ambiente em que somos criados. (Linton, 1962/1967).

⁸⁷ Franz Boas (1858-1942) antropólogo americano integrado na corrente difusionista, que pôs em causa a “... ideia evolucionista de grandes etapas da história ...” (Rivière, 1995, p.38).

⁸⁸ Etimologia: *ethnos* – povo; *logos* – tratado.

⁸⁹ A ideia de “povos primitivos” tem vindo a desaparecer uma vez que devido aos contactos destes povos com outras civilizações têm deixando de viver em isolamento levando-os ao desenvolvimento técnico e científico.

⁹⁰ É criada em França a *Société Ethnologique de Paris*, em 1839 por William Frédéric Edwards (Bernardi, 2007).

Umas das áreas com grande impacto na antropologia cultural é a psicologia, tendo tido um papel preponderante nesta área a antropóloga americana Margareth Mead⁹¹, ao demonstrar no seu estudo na Melanésia com adolescentes (Rivière, 1995) a importância da socialização na formação da personalidade da criança (Lima, Martinez & Filho, 1990).

Esta antropóloga verificou a clara existência da influência da cultura nas crises da adolescência, negando os efeitos biológicos: “Ao contrário do que acontece na sociedade norte-americana, a crise da adolescência não existe nas ilhas Samoa, graças a métodos de educação progressivos e maleáveis, a uma atitude liberal em relação à sexualidade e a uma ausência de responsabilidades económicas e sociais” (Rivière, 1995, p. 46).

Concluiu assim, que a personalidade de cada um forma-se com base numa interseção entre a sua história pessoal, sociocultural e a sua própria psique, com ênfase na cultura como factor chave.

Para Ruth Benedict⁹² a maioria dos indivíduos teriam uma enorme plasticidade ao se adaptarem às necessidades, criando as suas vidas com base no material fornecido pela cultura (Lima, Martinez & Filho, 1990). Segundo esta autora os indivíduos cujo temperamento não fosse coincidente com a sociedade onde estavam inseridos, teriam duas possibilidades de comportamento: ou aceitavam as normas sociais, violentando a sua própria integridade e entrariam em dissonância com o seu Eu interior, ou reagiriam de forma violenta contra estas normas e seriam considerados, pela sociedade, como sendo anormais.

Também dentro da corrente antropológica americana, Ralph Linton⁹³ salientou-se como sendo, também ele um dos principais membros desta escola, tendo-se distinguido pela elaboração da teoria das relações entre cultura, personalidade, relação entre rituais e psicologia humana.

Linton ao defender a importância dos modelos culturais e da cultura como sendo um fenómeno socio psicológico, demonstrou que o grau de integração do indivíduo nesta seria determinante para o seu saudável funcionamento psicológico (Linton, 1967). Para este autor é a própria sociedade que fornece os sintomas “prontos a usar” (Colleyn, 2005, p. 62) levando o indivíduo a ser “anti-social de modo socialmente aprovado” (Colleyn, 2005, p. 62).

Também Jung estudou a relação entre personalidade e cultura, desenvolvendo o conceito de “inconsciente coletivo”, ao verificar que é através do próprio ser humano que é

⁹¹ Margareth Mead (1901-1978). Antropóloga americana discípula de Franz Boas e de Ruth Benedict.

⁹² Da escola americana. (1887-1948). Autora de. “Os Padrões de Cultura”, 1934.

⁹³ Ralph Linton (1893-1953).

criada a capacidade para compreender as diversas manifestações de outras culturas através de figuras comuns a todas as culturas (Lima, Martinez & Filho, 1990).

Vemos pois, que não têm sido somente os psicólogos a verificarem a importância e influência da cultura no bem estar psicológico do indivíduo, mas que também os antropólogos e de uma forma bastante vincada têm vindo a demonstrarem esta relação.

2.1.1.2. A antropologia médica.

É com o processo de industrialização e para dar resposta às novas necessidades de forma a manter a mão de obra com capacidade para trabalhar, que a partir do século XIX, a doença e o processo de estar doente se individualiza e socializa (Silva, 2004).

O doente passa a recorrer aos medicamentos, deixando as mézinhas e tratamentos caseiros. Entra-se na era da medicalização da doença e o indivíduo passa a ser considerado responsável pelo seu estado de saúde, através de comportamentos e estilo de vida adequados para a manutenção deste estado.

Têm sido diversos os pontos de vista sobre o papel do doente face à doença e ao sistema de saúde, mas não podemos deixar de referir duas que nos parecem diametralmente opostas e por isso devem ser salientadas.

Na primeira, defendida por Parsons, a medicina tem o predomínio absoluto e onde o doente é visto como um ser ignorante, e como tal deverá de se submeter à autoridade do médico. Até há pouco tempo esta era a visão da biomedicina sobre o doente, exigindo que ele deposite total confiança no diagnóstico e tratamentos prescritos pelo médico (Silva, 2004).

Em relação à segunda, defendida por Foucault, a doença é “uma construção social da própria medicina” (Silva, 2004, p. 31) e onde o hospital tem o papel de validação do poder médico. No entanto, a sua relação com o doente tem vindo a burocratizar-se e o médico a ser sobrecarregado e ultrapassado pela tecnocracia (Milliez, Laborit, Foucault *et al*, 1972).

Nos últimos anos, o modelo biomédico assente numa conceção biologista da doença tem perdido terreno face à perspetiva da saúde como sendo uma realidade biopsicosocial, em que saúde e doença são conceitos construídos segundo o contexto social. Os aspetos psicológicos e sociais passaram a ser vistos como fatores condicionantes do estado biológico do indivíduo e a sua compreensão a chave para se atingir a cura, de tal forma que “tanto os processos que ocorrem a um nível macro (*e.g.* existência de suporte social quando da presença

de doença), como aqueles que ocorrem a um nível micro (*e.g.* desequilíbrios no sistema imunitário), interagem no sentido de criar um estado de saúde ou doença” (Martins & Moleiro, 2012, p. 31).

Tanto estas como outras questões ligadas às desigualdades sociais, diferenças de género e diferenças no estado de saúde de grupos mais desfavorecidos, têm sido objeto de estudo da antropologia e dos seus recentes ramos, como sendo a antropologia da saúde, a antropologia da doença e mais recentemente a antropologia médica.

Apesar que, do ponto de vista formal estas três vertentes da antropologia são áreas de estudo diferentes, ao lermos os seus conteúdos verificamos que elas se entrecruzam, fundindo-se quase que num único saber, tornando a antropologia numa ciência social dinâmica, “... não experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados” (Geertz, 1989, p. 15).

Ao longo da história, podemos verificar e identificar diversos modelos de saúde e doença moldados pela cultura, que ultrapassam o indivíduo como ser individualizado, para um todo, o grupo social onde está inserido, num processo de influência contínua.

A Antropologia Médica⁹⁴, com origem anglo-saxónica, desenvolvida em grande medida por Kleinmam⁹⁵, é um dos ramos da antropologia, que tem como foco uma abordagem bio-cultural da saúde e da doença, abarcando fatores tão vastos como a dualidade da interação médico-paciente, práticas tradicionais de cura, epidemiologia, etnomedicina, classificações em psiquiatria, construção social do corpo e da doença, o olhar clínico, tendo presente a complexa questão de como uma vida embebida em cultura pode influenciar o lado biológico de cada um.

O desenvolvimento deste ramo da antropologia apesar de relativamente recente, tem nos últimos anos despertado um enorme interesse na comunidade científica, comprovado pela vasta produção literária que tem sido publicada.

O processo de globalização e de mobilidade das populações, apesar de promover o desenvolvimento económico, traz consigo a intensificação das desigualdades sociais que se reflete na saúde destes grupos e na forma como procuram os sistemas de saúde. A antropologia médica ao procurar compreender estes comportamentos tem tido uma visão

⁹⁴ Organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) ou a United Nations International Children’s Fund (UNICEF) têm sido uma grande ajuda na área da antropologia médica apoiando comunidades e doentes assim como no planeamento e avaliação de diferentes formas de assistência médica e educação para a saúde.

⁹⁵ Artur Kleinmam, professor na Universidade de Harvard desde 1982, onde deu início ao programa de estudos sobre Antropologia Médica e Psiquiátrica,

alargada da complexidade e da inter relação entre o que é local e o que é global e as mudanças dos valores culturais e pessoais.

Por outro lado a associação dos cultos aos santos e os novos rituais de cura, executados nas assembleias religiosas tem vindo a despertar o interesse da antropologia médica, alargando assim, o seu campo de estudo ao se debruçar sobre este fenómeno, procurando perceber quais os condicionantes e determinantes para que tais curas tenham lugar (Kamp, 2011).

Na realidade a antropologia médica faz um inter face entre a antropologia da doença, de origem francesa⁹⁶, cujo campo de investigação passa pelo simbolismo da doença , num processo de compreensão individual das “alterações percebidas no seu estado de saúde” (Martins & Moleiro, 2012, p. 31) e, a antropologia da saúde virada para a “relação entre indivíduo, sociedade e doença” (Pereira e Pussetti, 2009, p.17).

Esta disciplina, mostra que tanto antropólogos como médicos estão interessados em refletir sobre os fatores que influenciam e condicionam o estado de saúde das populações, assim como sobre o choque entre medicinas tradicionais e biomedicina e a possível forma de integração destas duas medicinas. Neste sentido, tem contribuído para a formação de médicos e outros técnicos de saúde, uma vez que abre à reflexão as questões associadas à cultura e aos aspetos sociais, reforçando a ideia que as doenças não são só biológicas, mas também culturais e que as relações que se estabelecem entre doente e família são de extrema importância.

2.1.1.3. A psiquiatria transcultural.

Mesmo antes do desenvolvimento da etnopsiquiatria⁹⁷ já existiam diversos trabalhos e investigações etnográficas sobre xamanismo, “medicinas tradicionais” e “medicinas populares”, como por exemplo os trabalhos de Marcel Mauss⁹⁸ sobre as práticas mágicas, religião, curandeiros e analisando o poder dos feitiços nos seus aspetos sociais e psicológicos.

⁹⁶ Criada por François Laplantine.

⁹⁷ Área pluridisciplinar que abarca conceitos da psiquiatria (como o de normal e patológico) e da etnologia (categorias universais da cultura) para se constituir num saber próprio – antropologia psiquiátrica, tendo tido como fundador Georges Devereux (Laplantine, 1978).

⁹⁸ Marcel Mauss (1872 – 1950). Sobre os seus trabalhos ver referências bibliográficas.

Na escola francesa o sociólogo Roger Bastide⁹⁹ investigou e publicou sobre o fenómeno religioso¹⁰⁰, estabelecendo um paralelismo com as doenças mentais¹⁰¹.

Um dos trabalhos que continua a ser uma obra de referência na relação saúde /doença é o livro de E. E. Evans-Pritchard¹⁰², “*Bruxarias, Oráculos e Magia entre os Azande*” com uma minuciosa descrição da farmacopeia mágica e outras características religioso-étnicas dos Azande, um povo da África Central.

Para o antropólogo George Devereux (1972, p. 18) não existiam doenças, mas sim doentes, uma vez que para este autor, as perturbações seriam “reações subjetivas” a agressões de diversas origens, sendo famosa a sua frase: “Le symptôme n’est que le reflet de sa propre culture”.

Na nossa investigação verificámos efetivamente a existência de uma estreita articulação da representação da doença com a história do indivíduo e onde a doença surge como que numa estratégia de sobrevivência do indivíduo a um condicionamento socio cultural.

No entanto os trabalhos na área da etnopsiquiatria nem sempre foram levados a sério, sendo muitas vezes vistos como excentricidades dos psiquiatras nos encontros de psiquiatria transcultural.

Recentemente o panorama mudou, sendo questionado o etnocentrismo implícito nas noções de indivíduo, psicoterapia e de atendimento psicológico (Duarte, 1986).

É nesta perspetiva que se desenvolveu a psiquiatria transcultural, inicialmente somente como uma psiquiatria comparativa dos comportamentos desviantes e estranhos de populações distantes, que estimulavam a curiosidade através dos relatos dos viajantes e levando a que estes povos fossem classificados de “bárbaros” (Kirmayer, 2007, p. 3).

Durante a época das colonizações foram criados grandes asilos onde os doentes eram encerrados e que serviam como centros de estudos de psicopatologia comparativa (*Vergleichende Psychiatrie*, Kraepelin, 1904) que se focava no exótico esquecendo o que havia de comum entre as doenças psiquiátricas (Kirmayer, 2007).

Emil Kraepelin¹⁰³, considerado como sendo o pai da moderna psiquiatria, teve um importante papel como impulsionador da psiquiatria transcultural/comparativa¹⁰⁴ ao ter ido

⁹⁹ Roger Bastide (1898-1974).

¹⁰⁰ *Les problèmes de la vie mystique*, 1931.

¹⁰¹ Ver referências bibliográficas.

¹⁰² E. E. Evans-Pritchard (1902-1973).

¹⁰³ www.mentalhealth.com/mag1/wolfgang.html, consultado a 12-10-2013.

¹⁰⁴ www.congressoabp.org.br/boletim/arquivos/bol8_Some.pdf, consultado a 12-10-2013.

para o sudoestes asiático, Java e Indonésia, com o objetivo de estudar o *amok*¹⁰⁵, focando-se nos aspetos étnicos e culturais da doença mental.

Dá-se forma a uma nova visão da psiquiatria, a partir do momento em se passou "... a olhar o Homem no seu todo ..." (Milliez, Laborit, Foulcault *et al.*, 1972, p. 22) e em que os distúrbios mentais são analisados tendo em consideração os contextos étnicos e culturais do paciente.

Este novo ramo da psiquiatria estruturou-se a partir de 1950¹⁰⁶ e foi introduzida por Eric Wittkower na McGill University, Montreal, onde em 1955 foi criado um programa de psiquiatria transcultural que contava com a colaboração de psiquiatras e antropólogos.

Mas na realidade foi com Arthur Kleinman, 1977, que estabeleceu uma nova psiquiatria transcultural, ao defender que 90% das categorias estabelecidas no DSM-IV estavam baseadas na cultura norte americana e da europa ocidental, não devendo por isso ser aplicada fora desse contexto.

Em Portugal¹⁰⁷ a importância dada à psiquiatria transcultural tem sido extremamente limitada e poucos têm sido os estudos e trabalhos nesta área¹⁰⁸, que relacionam distúrbios mentais com fatores culturais, mergulhando nas raízes das culturas para perceber como é que cada cultura resolve as suas patologias.

Em 2002 foi criada a Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural (APPPT)¹⁰⁹, estando a sua génese no já extinto, Núcleo de Psiquiatria Transcultural (NPT) do Hospital Miguel Bombarda (HMB), que por sua vez tinha sido fundado em 1995. Com uma

¹⁰⁵ Considerado um Cultural-syndrome típico nos homens da Malásia, em que se dá uma explosão de raiva, atacando pessoas, animais ou mesmo objetos. Ver Anexo 15 do livro de Steph Zweig (1967, pp. 7-102) onde descreve o *Amok*, no conto com o mesmo nome. Ver referências bibliográficas. Também em Good, B. J. & Good, M.-J. D. é feita a descrição deste síndrome.

¹⁰⁶ www.congressoabp.org.br/boletim/arquivos/bol8_Some.pdf, consultado a 12-10-2013.

¹⁰⁷ De referir os trabalhos de Berta Nunes (1997) sobre cultura rural e onde encontrou uma explicação com diversos níveis entre causa e doença: - natural, psicológico e espiritual/sobrenatural (Silva, 2004).

¹⁰⁸ Numa pesquisa on-line sobre etnopsiquiatria em Portugal foram encontradas como referência Chiara Pussetti e Marie Rose Moro e um trabalho de: Mota, Patrícia Sofia Caldeira e Sampaio, Francisco Miguel Correia. "Os transtornos típicos de cultura e a enfermagem transcultural: running amok". *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. 2011, n.6 [citado 2013-10-13], pp. 28-35. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1647-2160.

Em relação a formação na área, em Portugal existe apenas um mestrado em Antropologia Médica, ministrado pela Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra. No ano letivo de 2012/13 abriu no ISCTE o curso de mestrado em Mediação Cultural Clínica.

Também foi encontrado em <http://hdl.handle.net/10284/3315> o relatório apresentado à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção do título de pós-doutoramento em Antropologia Médica de João Paulo Ferreira Leão, com o título "Uma Abordagem Antropológica sobre Corpo, Doença e Saúde", 2009.

Diversos investigadores têm publicado artigos em revistas de outras áreas científicas.

¹⁰⁹ Informação obtida em: <http://psitranscultural.pt>, consultado a 20 de novembro de 2013. Em 2003 nasce a Revista Transcultural que depois de um interregno foi relançada em 2012 para que trabalhos nesta área possam ser divulgados.

equipa interdisciplinar prestava serviços clínicos de psiquiatria transcultural à população migrante – Consulta do Migrante (2004/7) – em parceria com o HMB.

2.1.1.4. A psicologia transcultural.

Apesar da psicologia se basear em teorias e princípios considerados universais, podemos dizer que toda a psicologia é cultural uma vez que os comportamentos dos indivíduos têm por detrás a cultura em que estão inseridos.

Tal como noutras áreas científicas, a psicologia tem tido a necessidade de se especializar em diferentes ramos. A psicologia intercultural, também chamada de transcultural¹¹⁰, sendo um desses ramos estuda as possíveis tensões geradas pelo contacto entre culturas tanto em contexto migratório como entre diferentes classes sociais ou mesmo dentro de pequenos grupos.

Segundo Berry, Poortinga, Segall e Dasen (1987, p. 3): “A psicologia intercultural é o estudo das semelhanças e das diferenças no funcionamento psicológico individual em vários grupos culturais e étnicos e das relações entre variáveis psicológicas e sócio-culturais, variáveis ecológicas e biológicas, como também das mudanças progressivas nestas variáveis”, apesar de longa e complexa, no nosso ponto de vista é a que abarca todas as vertentes da psicologia intercultural, por isso a sua referência.

Alguns psicólogos optam por uma abordagem, ou mais específica ou mais abrangente dos atributos do comportamento humano. No primeiro caso será uma abordagem émica em que se procura perceber o comportamento a partir do interior do sistema e só se estuda uma cultura. No segundo caso estamos face uma abordagem ética em que o comportamento é estudado a partir do exterior do sistema, assim como são comparadas diversas culturas (Neto, 2002).

Na realidade os impulsionadores dos conhecimentos a nível das diferenças no desenvolvimento e em comportamentos, foram os antropólogos nas suas viagens exploratórias.

¹¹⁰ Também se pode considerar que a psicologia intercultural analisa os aspetos psicológicos dentro de uma cultura e como as forças culturais modelam o comportamento humano (Neto, 2002) enquanto que a psicologia transcultural faz a comparação entre as manifestações psicológicas entre culturas.

Tem sido apontado como pioneiro nestes trabalhos W. Rivers, que em 1901 ao integrar uma expedição ao Estreito de Torres¹¹¹ fez a primeira verificação na área do desenvolvimento, ao medir algumas ilusões visuais¹¹² entre “nativos”¹¹³ e entre estes e crianças e adultos ingleses.

Por sua vez Bartlett¹¹⁴, 1932, desenvolveu o primeiro estudo sobre a influência da cultura na memória, com recurso a trabalho de campo e em laboratório (Neto, 2002).

Também nesta altura, Freud demonstra no seu livro “Totem e Tabu” a semelhança dos comportamentos entre povos “primitivos” e povos “civilizados”.

Mas é na década de setenta que se verifica um grande desenvolvimento desta área da psicologia, com a criação de duas publicações que darão voz às novas investigações: o *Journal of Cross-Cultural Psychology*, assim como a *International Association of Cross-Cultural Psychology* (Neto, 2002).

Apesar do enorme desenvolvimento, a psicologia intercultural e transcultural são claramente dominadas por países ricos, ocidentais, basta ver a localização das conferências mundiais da World Association for Social Psychiatry (WASP) desde a sua criação em 1964¹¹⁵, o que mostra a necessidade em alargar estas áreas a outras esferas de influência.

2.1.2. Síntese.

Nesta primeira parte do Capítulo 2, procurou-se dar uma visão, da forma como da antropologia e particularmente da antropologia cultural, foi dado o salto para a psicologia transcultural. Com efeito, estas duas áreas entrecruzam-se no seu interesse pelo Homem como ser social, inserido na sua cultura e onde estabelece uma relação entre ele próprio como doente, com a doença e com as formas de tratamento.

Estamos convencidos que o alargar destes conhecimentos, permite a todos os intervenientes no processo de tratamento, não só da doença em geral mas da doença mental em particular, a abertura a novas perspetivas e do simbolismo a ela associada.

¹¹¹ Entre a Austrália e a Nova Guiné.

¹¹² Ilusão de Müller-Lyer e a ilusão horizontal vertical.

¹¹³ Habitantes da Ilha de Murray.

¹¹⁴ Aluno de Rivers.

¹¹⁵ WASP JUBILEE CONGRESS, terá lugar em novembro, Londres.

É pela compreensão da universalidade do sofrimento do doente e familiares, que se pode chegar ao que é comum no sofrimento, tornando possível a escolha do tratamento adequado a cada indivíduo.

2.2. A Depressão

A depressão é atualmente a perturbação mental mais comum e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 cerca de 350 milhões de pessoas, sofreram um episódio depressivo.

Com a constante tendência para este número aumentar¹¹⁶, a depressão é já considerada um problema de saúde pública (Widlöcher, 2001), uma vez que se espera que em 2030 seja o diagnóstico mais frequente (OMS, 2012). Estes números mostram a importância que deve ser dada a esta perturbação, à qual Rosenhan & Seligman (1995, p. 362) chamaram de “...common cold of mental illness”.

Têm sido apontados como fatores de risco¹¹⁷, o sexo, a idade, o estado civil e a classe social (Maia, 2001).

Em estudos entre sexos, sobre a prevalência da depressão, tem sido comprovado que as mulheres são mais vulneráveis¹¹⁸, com valores superiores aos dos homens (Unger, 2001).

A relação depressão e idade não está claramente estabelecida. Alguns estudos indicam que as mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas têm níveis mais baixos de depressão, enquanto que outros autores indicam como sendo as mulheres entre os 25 e 44 anos, separadas ou divorciadas as que apresentam níveis mais elevados de depressão (Weissman & Klerman, 1977) e por sua vez, as que se separaram recentemente são quem atinge valores mais altos (Wetzel, 1984). Por outro lado as que têm maus casamentos apresentam valores mais elevados (Weissman, 1987).

Apesar da universalidade da maioria das doenças, estas podem assumir características próprias da cultura. A depressão é um desses casos. Segundo alguns estudos, referem que 44% dos americanos sofrem de depressão num qualquer momento das suas vidas (Heine,

¹¹⁶ “Estima-se que cerca de cem milhões de pessoas em todo o mundo sofam, num dado momento, de perturbações depressivas ... estas estimativas ... arriscam-se mais a pecar por defeito, que por excesso ...” (Widlöcher, 2001).

¹¹⁷ Daí também a nossa escolha na análise quantitativa como sendo as variáveis em estudo, tendo acrescentado a religião praticada.

¹¹⁸ Questão desenvolvida mais à frente.

2012) sendo constatante com o que se passa na China onde a taxa, em média, é de um-quinco do que foi encontrado nos Estados Unidos. Por outro lado na Nigéria, a taxa de prevalência é quatro vezes superior à dos Estados Unidos.

Quando se faz o diagnóstico da depressão, é importante distinguir o que é realmente depressão das normais flutuações do humor e de emoções que acontecem na vida diária como sendo a resposta emocional aos diversos acontecimentos e desafios que vão surgindo na vida de cada um.

A esta perturbação está associada a incapacidade em desenvolver as normais atividades tanto a nível de trabalho, como escolares e mesmo familiares. A intensidade do sofrimento é uma das características desta perturbação, que nos casos mais graves pode mesmo levar ao suicídio e que se estima andar na casa de 1 milhão de mortes por ano.

Apesar da existência de tratamentos eficazes, pouco mais de metade dos indivíduos doentes recebe tratamento (WHO, 2012). O motivo para esta situação deve-se essencialmente à falta de recursos humanos e à existência do estigma em volta das doenças mentais, que continua a existir.

Apesar dos importantes avanços que têm sido dados no conhecimento da depressão e formas de tratamento, a realidade é que esta é uma perturbação conhecida desde a antiguidade, que tem sido desde sempre referida pela biomedicina mas que continua a provocar um enorme sofrimento.

2.2.1. Nosologia da depressão.

Muito antes da existência de profissionais de saúde mental, já as doenças/perturbações mentais eram referidas nos escritos médicos, como o caso da depressão¹¹⁹, referida no Papiro de Eber, datado de cerca de 1900 a.C. (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

No entanto, só no século IV a.C. é que Hipócrates desenvolveu a ideia que as doenças mentais teriam causas naturais, organizando-as em três categorias: mania, melancolia e febre cerebral, passando o comportamento patológico a pertencer, parcialmente à esfera médica¹²⁰.

¹¹⁹ “Depressão” é um termo relativamente recente. O termo mais usual era “melancolia” (Lawlor, 2012).

¹²⁰ As doenças mentais continuaram a ser olhadas como castigo de deus, ou seja pertenciam à esfera religiosa. Na Europa, a partir do século XV, os doentes mentais eram acusados de estarem possuídos pelo demónio e torturados até à morte (Pires, 2003). A melancolia em religiosas era sentida como falta de uma análise rigorosa à alma e um obstáculo à salvação (Lawlor, 2012).

Para Hipócrates seria o desequilíbrio entre os quatro humores: sangue, linfa, bÍlis amarela e bÍlis negra, a causa das perturbações mentais, sendo esta última a responsável pela depressão, que Galeno descreve como “A melancolia é uma doença do espírito, sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face à coisas mais queridas. É uma aflição desmedida” (Widlöcher, 2001, p. 20).

Também a forma de tratar estas doenças distanciou-se muito da forma como eram tradicionalmente tratadas, acreditando-se que, por exemplo, para a melancolia a solução passaria pela tranquilidade, sobriedade, cuidados dietéticos e abstinência sexual (Pires, 2003).

Durante o século XVIII foram desenvolvidas novas visões do corpo humano e seu funcionamento (Archibald Pitcairn¹²¹, Friedrich Hoffmann¹²², Hermann Boerhaave¹²³)¹²⁴ e no século XIX, Philippe Pinel introduz uma perspectiva moral detetando e identificando causas psico sociológicas para a melancolia¹²⁵ (Lawlor, 2012). Mas é com Kraepelin que as doenças mentais são agrupadas, sendo esta a ideia subjacente nos critérios de diagnóstico.

Foi com Kraepelin que são criadas as categorias de insanidade maníaco-depressiva e dementia praecox, hoje conhecidas, respetivamente como perturbação maníaco-depressiva e esquizofrenia (Beutler & Malik, 2002). A mania e a melancolia fariam então parte de um *continuum* estado mental derivado a uma irregularidade metabólica (Pires, 2003).

As mulheres teriam, aparentemente uma maior predisposição para sofrerem de depressão, podendo mesmo ser esta hereditária. Por serem as mulheres pela sua fragilidade, consideradas com os nervos mais delicados e imaturas que os homens (Lawlor, 2012) tanto causas internas como externas, como questões amorosas ou morte, poderiam ser responsáveis pelo distúrbio (Lawlor, 2012).

Como tratamento sugeria-se a mudança psicológica e física de ambiente, em que o indivíduo seria alojado numa família alegre e as visitas dos familiares deveriam ser proibidas de forma a prevenir o stress emocional¹²⁶.

Também os conselhos sobre a prática de exercício físico não são novidade, foi assim que floresceu a famosa cidade britânica de Bath, com o seu famoso spa para onde eram

¹²¹ Importante médico escocês (1652-1713) e professor em Leiden.

¹²² Professor de medicina na universidade de Halle (1660-1742).

¹²³ Médico holandês (1668-1738).

¹²⁴ Conceitos como o do corpo humano ser um sistema de tubos por onde percorriam os fluídos e que a melancolia seriam excesso de fluídos no cérebro (Lawlor, 2012, p. 77).

¹²⁵ Passa de melancolia a *lypemia* com Esquirol, a *folie circulaire* com Falret, a *melancholia simplex* com Heinroth (Lawlor, 2012).

¹²⁶ Interessante verificar que estas indicações coincidiam com as dadas pelos curandeiros.

enviadas as senhoras que sofriam da “English Malady”¹²⁷ (Lawlor, 2012) com a receita de uma boa dieta¹²⁸ e exercício físico¹²⁹.

No fundo, cada autor foi desenvolvendo tanto o seu conceito tanto de doença mental como de depressão, consoante a sua perspetiva e em que diversas teorias e hipóteses foram coexistindo paralelamente.

2.2.2. Caracterização da depressão.

A depressão caracteriza-se pela perda de energia, cansaço, perturbações do sono e do apetite, um estado de tristeza persistente, um pessimismo muitas vezes acompanhado por ansiedade ou irritabilidade, assim como perda de auto estima, sentimento de culpa e pensamentos recorrentes sobre a morte ou mesmo sobre suicídio. Também o desinteresse pelas atividades que anteriormente o indivíduo desenvolvia e sintomas diversos sem qualquer justificação física¹³⁰ (dores, palpitações, dormência dos membros) são sinais de uma provável depressão.

Apesar de nem sempre estes sintomas estarem presentes¹³¹ nos deprimidos, o que é comum e claramente observável, é o sentimento de vazio, que se traduz na lentificação psicomotora. A voz perde volume e vivacidade, o agir torna-se doloroso, não que tenha deixado de gostar das coisas, mas as atividades tornam-se difíceis, não que tenha perdido o amor pelos seus, só que “já não retira disso nenhuma alegria” (Widlöcher, 2001, p. 28).

O indivíduo deprimido não consegue visualizar uma saída para o problema com que se está a debater, sente-se culpado pela sua situação e seu estado de incapacidade, agravando ainda mais a sua situação e aumentando os níveis de ansiedade. Para o doente deprimido tudo é vivido com extrema gravidade, em que o passado é transportado para o presente, o futuro mostra-se pouco animador e o presente deixou de fazer sentido.

¹²⁷ Assim chamado por ser dito que era induzido pelo clima inglês.

¹²⁸ Esta ideia da necessidade de uma dieta equilibrada de forma a restabelecer o equilíbrio interno continua a fazer parte da moderna perspetiva da visão do corpo humano, como sendo um sistema de fluídos que necessitam de estar em equilíbrio.

¹²⁹ Na altura era aconselhada a prática de equitação.

¹³⁰ Também designadas de queixas somáticas e para as quais não se encontram causas médicas.

¹³¹ Estes sintomas devem estar presentes há pelo menos duas semanas (WHO, 2012).

A tristeza e a depressão podem ser vistas como “pólos” de um mesmo processo, sendo a primeira considerada “fisiológica” e a segunda “patológica” e por isso tantas vezes relacionadas entre si e relacionadas em termos neurofisiológicos¹³².

Para Patel (Helman, 2007) o referencial indicativo da depressão é a alteração do humor acompanhado com sentimentos de tristeza e desespero, que podem ser acompanhados por um conjunto de sintomas somáticos de longa duração e que se aplicam a qualquer cultura, como sendo o cansaço, a fraqueza, as dores, as tonturas, as palpitações e os problemas com o sono.

Dos sintomas não somáticos Patel refere a perda de interesse nas atividades diárias, os pensamentos suicidas, a dificuldade de concentração e a ansiedade excessiva.

Patel também alerta, que pelo facto de nas sociedades ocidentais à depressão se associar alterações do humor, são muitas vezes feitas associações erradas entre estados de tristeza e depressão. É pois importante, segundo este autor, que psiquiatras que tratem imigrantes, tenham um especial cuidado com a questão linguística e tradução para não deturparem o real sentido do que o doente quer expressar.

Por exemplo no Zimbabwe a *kunfungisia*, na China a *neurasthenia* e o *susto*¹³³ na América Latina apesar de semelhantes à construção psiquiátrica da depressão, não são o mesmo.

Já para os imigrantes asiáticos na Grã-Bretanha, a depressão é manifestada através de sintomas somáticos, tais como a fraqueza generalizada, o sentir constantemente os intestinos, o medo de ter um ataque cardíaco, a preocupação com a saúde dos órgãos genitais e emissões noturnas com perda de sêmen na urina (como sendo *dhat* ou *jiryan*) no entanto a presença destes sintomas não implica necessariamente uma situação depressiva (Helman, 2007). Este sintomas que são comuns a muitos momentos mais difíceis da vida, só são sinal de depressão quando se prolongam no tempo e interferem com a vida diária, chegando a torná-la insuportável.

Segundo o DSM-IV-TR (2002) os diferentes tipos de depressão pertencem à categoria dos perturbações do humor¹³⁴ e em que cada um dos subgrupos¹³⁵ se caracteriza por um conjunto de critérios de diagnóstico próprios.

¹³² www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n2/55.htm. Consultado em 5-2-2013.

¹³³ Acontece após um acidente não explicável ou de uma situação de medo, também chamada de “perda da alma” e pode acontecer durante o sono.

¹³⁴ No DSM-5 passaram a “Perturbações Depressivas”.

¹³⁵ Perturbações Unipolares - Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica, Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação.

Dependendo do número e sintomas apresentados e da sua severidade, o episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave. No geral podemos considerar duas categorias nestas desordens: A desordem depressiva ou depressão major, também referida como depressão unipolar e a desordem bipolar anteriormente designada por psicose maníaco depressiva. Tanto depressões unipolares como bipolares podem-se tornar crónicas.

Em 2002, as depressões unipolares ocupavam o 4º lugar da classificação dos principais contribuidores para a carga global de doença (OMS, 2008) tendo passado para o 3º lugar em 2011 e estima-se que chegue ao 1º lugar no ano de 2030 (WHO, 2012).

Segundo Widlöcher (2001) não há grande interesse na distinção entre tipos de depressão, com exceção da proposta por Kielholz por se basear nas causas, que segundo este autor podem ser “... causas físicas e psicológicas” (Widlöcher, 2001, p. 33). Vemos então, que as primeiras são as depressões somáticas, provocadas por uma qualquer forma de lesão ou acidente cerebral e, as segundas, as depressões exógenas ou reacionais, provocadas por “um conflito psicológico interior permanente” (Widlöcher, 2001, p. 33). A estas ainda podemos acrescentar as depressões com base hereditária¹³⁶ e as depressões endógenas, que surgem sem causa aparente e que para Hallstrom & McClure (2000) são consideradas as mais graves.

Para além dos fatores emocionais envolvidos e determinantes na depressão, também não podemos deixar de referir a existência da implicação de determinantes genético e biológicos, particularmente as alterações ocorridas no sistema imunológico¹³⁷.

Já segundo DSM, as duas categorias com maior relevância são as depressões major ou unipolares e as perturbações bipolares (Pires, 2003).

Uma vez que a gravidade da depressão vai limitar e moldar a capacidade de desempenho laboral e social do indivíduo, será então importante prever o risco da sua recorrência, para que em pacientes com alta probabilidade se mantenha a medicação com antidepressivos (Hardeveld, Spijker, De Graaf, Nolen & Beekman, 2013) e o acompanhamento psicoterapêutico.

Perturbações Bipolares - Perturbação Bipolar I, Perturbação Bipolar II, Perturbação Ciclotímica, Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação.
Perturbação do Humor Devida a um Estado Físico Geral, Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, Perturbação do Humor Sem Outra Especificação.

¹³⁶ Esta questão é discutível pois o comportamento deprimido pode resultar de uma aprendizagem com o meio envolvente (Hallstrom & McClure, 2000; Widlöcher, 2001).

¹³⁷ “Fatores psicológicos e doença oncológica: estudo da relação entre psicoticismo, hostilidade e depressão com a evolução da doença”. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, por José António Ferreira Pinto Sargento, 2012. Exemplar cedido pelo autor.

Na depressão bipolar estão presentes de forma alternada, episódios tanto maníacos como depressivos. Os episódios maníacos caracterizam-se por um excesso de energia, assim como um exagerado sentimento de grandiosidade, envolvendo um período de hiper atividade durante o qual a necessidade de dormir diminui substancialmente.

A nível das classificações das doenças mentais, tem sido desenvolvido um enorme esforço para uniformizar as categorias e critérios de diagnóstico, nos dois grandes sistemas classificativos, CID-10 e DSM (atualmente na 5ª versão).

Podemos ver na Tabela 1 a comparação da classificação da depressão nestes dois sistemas.

Tabela 1

Comparação da Classificação da Depressão pelo CID-10 e DSM-IV-TR

CID-10	DSM-IV-TR
Distúrbios do Humor	Perturbações do Humor
▪ Perturbação Afetivo Bipolar ▪ Perturbação Depressivo Recorrente ▪ Perturbação Persistente do Humor - Ciclotímica - Distímica - Outras Perturbações Persistentes do Humor ▪ Outras Perturbações do Humor ▪ Perturbação do Humor não Especificado	▪ Perturbações Depressivas: - Depressão Major - Distímica ▪ Perturbações Bipolares: - Perturbação Bipolar I - Perturbação Bipolar II - Ciclotímica ▪ Outras Perturbações do Humor: - Perturbações do Humor devido a um Estado Físico Geral - Perturbação do Humor Induzida por Substâncias

O indivíduo deprimido pode apresentar sintomatologia depressiva diferente ao longo da vida, da mesma forma que esta também se altera consoante a idade do paciente.

Podemos então dizer, que existe uma relação entre mente e corpo, em que estes interagem permanentemente e influenciam-se de tal forma que se torna possível pela ação de um ou do outro, uma desregulação física e/ou biológica (Quartilho, 2001).

Foi pela compreensão desta relação que Karl Jaspers introduziu na psiquiatria a interpretação da saúde mental e a conexão entre vivências e estados de espírito (Pio Abreu, 2006).

Mas também é possível olhar a doença psicológica como uma forma do organismo se defender de algo que sente que lhe irá causar dor ou desprazer. Nesta perspetiva podemos então dizer, que a depressão é um mecanismo para evitar determinadas emoções.

Um dos riscos que a depressão acarreta, devido ao enorme sofrimento que o doente vive, é o suicídio, em particular nos casos de perturbação bipolar, em que cerca de 20 por cento de quem sofre desta perturbação acaba por cometer suicídio (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Quase um milhão de vidas são perdidas devido a suicídios, o que significa cerca de 3000 de suicídios por dia. Por cada suicídio conseguido, há por dia, 20 ou mais tentativas frustradas (WHO, 2012).

É com Durkheim que surge o interesse e o primeiro estudo sobre o suicídio. Segundo a sua visão, o suicídio teria como causa a ausência e/ou o desregulamento de normas¹³⁸, o que leva a um estado de desorganização pessoal. Só com a existência de limites nas normas sociais os indivíduos seriam felizes.

Segundo Émile Durkheim, as necessidades humanas, ao contrário do que acontece com os animais, têm uma capacidade de se prolongarem de forma infinita. Seria então esta inexistência de um limite natural aos desejos do Homem, a responsável pelo desejo de realização e satisfação. Este desejo uma vez incorporado na consciência social, legitimaria o comportamento dos indivíduos ao ditar as regras sociais (Durkheim, 2001).

Em relação às queixas físicas, Kleinman (Helman, 2007) refere que muitas vezes estas queixas são uma forma de *coping* para lidar com a doença, pois é mais fácil e mais aceitável socialmente dizer “Tenho uma dor” do que “Sinto-me deprimido”.

Segundo algumas novas teorias são os indivíduos que aprendem, o que Martin Seligman¹³⁹ chama de “learned helplessness”¹⁴⁰ (Widlöcher, 2001, p. 154) pois o indivíduo acaba por acreditar que não tem poder sobre os acontecimentos, tornando-se “helpless”¹⁴¹. Na opinião de Seligman seria necessário passar por grandes e vários traumas para que a depressão se instalasse, assim a tristeza seria uma reação à própria incapacidade do indivíduo.

¹³⁸ A que o autor chamou de anomia.

¹³⁹ Antigo presidente da American Psychological Association (APA).

¹⁴⁰ “Desamparado aprendido” (tradução da autora).

¹⁴¹ “Desamparado” (tradução da autora).

2.3. Modelos Explicativos da Depressão

Com o desenvolvimento da Psicologia têm sido publicadas diversas teorias sobre depressão e comportamentos depressivos, no entanto consideramos que no contexto deste trabalho não faz sentido analisar cada uma destas teorias, todas com o seu valor científico e explicativo da origem para a depressão, mas pela sua importância histórica não podemos deixar de referir, de forma breve algumas destas teorias.

O maior legado na psicologia foram os trabalhos de Freud em psicanálise, onde é explicada a importância tanto do inconsciente como da sexualidade, assim como de que forma irão ser os causadores das neuroses por via de traumas da infância e que se irão repercutir na idade adulta¹⁴² (Leal, 2005).

Diversos estudos e investigações, em particular os desenvolvidos na área da Psicologia do Desenvolvimento, têm demonstrado a influência do comportamento dos pais para o desenvolvimento de personalidades depressivas. Estes têm-se debruçado sobre a relação e influência das relações afetivas, não só durante a infância e adolescência mas também durante a idade adulta e a saúde mental.

Apesar do conceito mais frequente ou antes mais corrente e popular, sobre a saúde ser o de ausência de sintomas de doença, a realidade é que doença e saúde não são dois conceitos totalmente opostos e separados. Eles entre cruzam-se num *continuum* permanente (Sarafino, 2005) de equilíbrio e só em escassos momentos é possível encontrarem-se num ponto neutro.

De seguida iremos abordar alguns modelos da depressão que consideramos serem os mais relevantes. Não serão, contudo aprofundados uma vez que não é esse o objeto desta tese.

2.3.1. Modelo biomédico.

Segundo a conceção biomédica, a doença mental é vista como um desvio ao funcionamento dito “normal” do comportamento e cuja definição mais usada é a do manual da Associação Americana de Psiquiatria – o *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais):

¹⁴² Freud, S. 1905. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

“...Cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que se manifesta numa pessoa e que está associado com mal-estar atual (sintoma doloroso) ou incapacidade (impedimento de funcionar em uma ou mais áreas importantes) ou anda com um aumento significativo do risco de se verificar morte, dor, debilitação ou uma perda importante de liberdade”. (American Psychiatric Association, 1994, p. xxi)¹⁴³

Sendo este o modelo mais divulgado para explicar a depressão, tem sido a base justificativa para a proliferação da prescrição de antidepressivos.

Nos anos 90 surgem alguns estudos que procuram demonstrar a influência de determinados genes no surgimento de algumas doenças. Este seria o caso do gene 5-HTT na depressão e da relação de acontecimentos stressores com o risco de depressão (Lawlor, 2012).

Ms a teoria mais conhecida é a hipótese bioquímica. O indivíduo deprimido sofre de um déficit de neurotransmissores, isto é, tem um desequilíbrio a nível das monoaminas, em particular da noradrenalina, da serotonina e da dopamina, o que deu origem ao modelo das aminas biogénicas. As justificações para este desequilíbrio podem ser diversas, sendo a mais utilizada a hipótese monoaminérgica¹⁴⁴ (Pires, 2003, (Widlöcher, 2001).

Fica em aberto a questão se serão as mudanças na serotonina que refletem os acontecimentos stressores ou vice versa, uma vez que as investigações não levaram ainda a um consenso (Lawlor, 2012).

Também as disfunções hormonais têm sido apontadas como causadoras da depressão. Apesar de se verificar efetivamente uma alteração a nível hormonal, não está comprovado que seja a causa da depressão (Saraiva *et al.* 2005).

Uma vez que os indivíduos se deprimem devido à insuficiência de neurotransmissores, o tratamento passa, segundo esta abordagem, pela necessidade do tratamento bioquímico com drogas capazes de aumentar e repôr os níveis dos neurotransmissores.

¹⁴³ Tradução da autora.

¹⁴⁴ Segundo esta hipótese existe uma deficiência dos neurotransmissores monoaminérgicos, em particular da norepinefrina e da serotonina, devido a processos patológicos como doenças, drogas, stress e que ao provocarem a diminuição destas aminas resultam os sintomas depressivos (Pires, 2003).

2.3.2. Modelo psicanalítico.

Segundo Freud, as pulsões existentes dentro do indivíduo não podem ser domadas e ao serem reprimidas durante algum tempo acabam por vir à superfície. No processo de procurar reprimir estas pulsões de forma a ter um comportamento social aceitável, o ser humano acaba por estar dividido dentro de si, numa luta inconsciente constante, provocada pela ansiedade dos pensamentos e desejos proibidos, que segundo Freud acabava por se manifestar na forma de histeria¹⁴⁵ (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

No modelo psicanalítico o processo de desenvolvimento do indivíduo tem como objetivo final a obtenção do prazer. Para que esta meta seja atingida o indivíduo tem de estar integrado e adaptado a uma comunidade humana, daí a importância do sentimento de pertença e de aceitação por parte do grupo social.

Segundo o ponto de vista de Freud e que levantou diversas críticas abrindo caminho a uma nova corrente psicanalítica – os neofreudianos, os aspetos sociais não eram fatores a considerar, uma vez que o desenvolvimento emocional do ser humano acentava na biologia e a doença mental teria causas mentais e não necessariamente causas físicas (Lawlor, 2012).

A melancolia, segundo esta abordagem era vista como sendo a resposta a uma perda na infância, envolvendo na maioria das vezes um sentimento de zanga contra o próprio. A depressão ainda sem a forma atual seria, então um conflito inconsciente.

Freud focava-se particularmente na energia da libido e outros aspetos da mente que se poderiam converter em ansiedade e depressão ou em outras consequências físicas (Lawlor, 2012).

Freud aproximou o luto (depressão normal) da melancolia (depressão patológica) em que o luto seria a reação normal à perda de um objeto importante, com um carácter transitório e necessário para permitir uma readaptação do investimento a novos objetos. A melancolia seria uma reação patológica de uma personalidade marcada pela extrema, ainda que inconsciente, dependência objetual (Matos, 2007; Lawlor, 2012).

Segundo este modelo, na depressão há uma perda no concreto dos objetos idealizados, mas mantendo-se estes objetos na fantasia, daí que a depressão é vista como “estado de tristeza e abatimento relacionado com a perda dos laços afetivos com o objeto, real ou fantasiado, de amor e proteção” (Matos, 2007, p. 64).

¹⁴⁵ Efetivamente encontrámos diversas pacientes com manifestações de histeria, a que hoje se chama “síntomas dissociativos” (DSM –V/CID-10).

Esta ideia de perda do objeto vai ser explorada por Melanie Klein que via o desejo ambivalente da criança entre o amor e o ódio para com a mãe, particularmente para com o peito que a amamentava. A depressão envolvia um intenso sentimento de separação e perda que acontecimentos na idade adulta faria despoletar esses sentimentos depressivos.

Para o psicanalista húngaro Sándor Radó, a melancolia seria como “a great despairing cry for love” (Lawlor, 2012, p. 146).

Contrariamente a Freud, para os neofreudianos os conflitos internos não são biologicamente determinados, mas sim resultantes do meio cultural em que a criança está inserida (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003) sendo que os padrões de comportamento verificados por Freud não têm que se aplicar a pessoas de outras culturas e de outras épocas.

Tendo por base a permissa que o indivíduo está absorvido por objetos perdidos mas que continuam a fazer parte da sua realidade em forma ilusória e que por isso provocam a insatisfação, criando um bloqueio ao relacionamento satisfatório com o mundo exterior, o caminho para a cura passaria pela “desidealização desses objetos internos” (Matos, 2007, p. 55). Este processo seria como que uma “digestão” dos restos “cadavéricos e mumificados” num sentimento de um “alimento podre que foi vomitado” (Matos, 2007, p. 59).

2.3.3. Modelo biopsicosocial.

Com a combinação dos processos psicossociais com o modelo biomédico foi tomando lugar um novo modelo de olhar esta combinação entre saúde e doença – modelo biopsicossocial (Engel, 1977). Segundo este novo modelo são três os fatores que influenciam e são influenciados pelo estado de saúde da pessoa:

- **Fatores biológicos** - como a predisposição genética e os processo funcionamento do organismo e metabolismo;
- **Fatores psicológicos** - como as expectativas, medos, processos cognitivos e respostas emocionais;
- **Fatores socioculturais** - como a influência familiar, de amigos, modelos de papéis sociais desempenhados e expectativas.

O indivíduo passa a ser visto como tendo um papel próprio nos seus estados de saúde e de doença, numa combinação entre as dimensões biológica, psicológica e social (Straub, 2007). Daí que a relação entre estas dimensões está na base da origem da saúde e da doença, sendo então a relação corpo/mente a base para o bem estar global (Taylor, 1990, 1995). Autores como Gurung (2006) têm uma visão mais alargada, em que incluem a cultura e a sociedade na forma como a saúde e a doença são conceptualizadas.

A abordagem biopsicosocial de Adolf Meyer¹⁴⁶ levou a psiquiatria para uma visão focada no paciente, ao se distanciar da visão psicanalítica de Freud, libertando os pacientes dos tratamentos e teorias dos séculos anteriores.

Crítico da perspectiva de Kraepelin, Meyer defende em 1905, que a categorização da melancolia deveria de ser substituída pela categoria de depressão.

Com base na ideia que a doença mental é a resposta errada a uma situação que correu mal, Meyer sugere que a depressão reativa seria uma tentativa de ajuste à situação (Lawlor, 2012).

A proposta de tratamento, segundo esta abordagem passa pela terapia ocupacional em que as atividades diárias seriam determinantes para o estado de saúde tanto físico como mental. Para além de que cada pessoa necessitaria de uma abordagem personalizada, devendo o psicólogo ajudar o indivíduo “a service in behalf of the patient” (Lawlor, 2012, p. 153) a transformar os sentimentos negativos, de forma a restabelecer o equilíbrio.

2.3.4. Modelos de aprendizagem.

Dentro dos modelos de aprendizagem dos comportamentos salientamos:

O Modelo do Condicionamento de Skinner, que defende que todo o comportamento é adquirido, mantido ou isolado em função das consequências que se obtém dele.

A Teoria das Crenças Disfuncionais de Aaron Beck, que tem por base a ideia da construção de uma visão negativa do indivíduo sobre o mundo e sobre o seu futuro (Pires, 2003). Os acontecimentos negativos são desencadeadores de “reações anormais” (Widlöcher, 2001, p. 55), tornando-se na causa para o surgimento do desânimo, da tristeza e sentimentos de culpa, sendo por isso a depressão o resultado de um erro cognitivo (Lawlor, 2012).

¹⁴⁶ Adolf Meyer (1866-1950).

Baseada na teoria de Beck, Martin Seligman desenvolve a Teoria da Desesperança Aprendida, onde acentua que a tristeza surge com a percepção de perda de controlo da própria vida. Esta perda é sentida como sendo da responsabilidade do indivíduo, tornando-o responsável pelos insucessos obtidos, que atribui à sua própria incompetência, dando origem à depressão (Lawlor, 2012; Pires, 2003).

Segundo Pires (2003) serão três as terapias que têm demonstrado sucesso no tratamento da depressão: a Terapia Interpessoal, a Terapia Comportamental e a Terapia Cognitiva. Estas abordagens têm em comum o orientarem o indivíduo para uma série de atividades com o objetivo de promover o aumento de atividades e de contactos satisfatórios, assim como a modificação de atitudes e esquemas cognitivos disfuncionais.

Mais recentemente têm sido usadas técnicas de meditação budista (Mindfulness – Based Cognitive Therapy) onde o indivíduo aprende a focar o momento presente em vez de estar ligado ao passado ou ao futuro, assim como conseguir aceitar pensamentos e sentimentos sem lhes atribuir valores (Lawlor, 2012).

2.4. Relação Entre Género¹⁴⁷ e Depressão

Segundo o relatório da OMS de 2012, hoje em dia cerca de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão. Com o estudo que esta organização promoveu em 17 países, verificou que em média, uma em cada vinte pessoas indicavam ter sofrido de um episódio depressivo no ano anterior (WHO, 2012).

Apesar da prevalência das doenças mentais ser idêntica entre homens e mulheres, em relação à depressão é dado aceite que este equilíbrio se altera, sendo mais elevada nas mulheres em 50% (WHO, 2008, 2012), verificando-se a mesma situação quanto às perturbações da ansiedade (Maia, 2001). A explicação para esta incidência prende-se com a maior vulnerabilidade da mulher, particularmente associada às alterações hormonais e ao período reprodutivo. Também a depressão pós parto, que atinge uma em cada cinco mães contribui para o desequilíbrio entre os números encontrados (WHO, 2008, 2012).

¹⁴⁷ Como construto social que distingue mulheres de homens.

As situações que envolvem relações de poder¹⁴⁸ agravam as desigualdades sociais e em particular as de género, uma vez que, em geral, as mulheres estão numa posição de maior fragilidade social e familiar.

Na Guiné-Bissau, tal como em muitas outras sociedades, a mulher continua a ser olhada como o **Outro** mas imprescindível para que o equilíbrio social se mantenha.

Esta é uma das ideias subjacentes na escrita e pensamento de Simone de Beauvoir (1975, p. 16), como sendo “...o laço que a une aos seus opressores não é comparável a nenhum outro (...) ela é o Outro dentro de uma totalidade cujos dois termos são necessários um ao outro”.

Apesar de disporem dos mesmos direitos legais, as mulheres nas comunidades islamizadas e animistas são vistas como mães e procriadoras, assumindo-se assim uma dimensão simbólica do que é o seu papel como propagadora da espécie, sendo raro encontrar uma jovem adolescente que sendo ou não casada, não tenha já um filho.

Apesar dos múltiplos papéis que desempenha e da sua importância a nível da economia familiar, a mulher vê-se atirada para uma subalternidade uma vez que: “ A construção social da pessoa do sexo masculino e do sexo feminino estabelece uma diferença conceptual entre estes dois seres que é claramente assimétrica” (Amâncio, 1994, p. 179).

Nas famílias poligâmicas¹⁴⁹ é a mulher mais velha quem detém o estatuto da dona da casa, sendo da sua responsabilidade o controlo e distribuição das tarefas a serem desempenhadas pelas diversas esposas.

Das mulheres com quem falámos nenhuma gostava que o marido tivesse outras mulheres, apesar de muitas dizerem que compreendiam da necessidade¹⁵⁰ do homem ter várias mulheres.

Também nas sociedades onde não existe apoio social no desemprego e particularmente na velhice é a família que tem de desempenhar esse papel, justificando-se assim a necessidade em se ter uma larga descendência, apesar de hoje em dia as mulheres já terem menos filhos, recorrendo a meios contraceptivos.

Têm sido efetuados diversos estudos sobre a influência da poligamia na saúde mental da mulher (Abbo et al., 2008, Abou-Saleh et al., 2001, Al-Krenawi, 2010, 2011, Shepard, 2013). Shepard procedeu a uma revisão sistemática destes artigos e após uma criteriosa

¹⁴⁸ Controlo assimétrico sobre outros.

¹⁴⁹ Poligamia como sendo uma relação marital envolvendo diversas esposas. Segundo Shepard (2013), a poligamia é praticada em mais de 850 sociedades, principalmente na África Sub Sariana, Médio Oriente, Ásia e Oceania.

¹⁵⁰ Esta “necessidade” era uma questão sexual. Segundo os relatos a justificação teria a ver com o período pós parto, em que a mulher não pode ter relações sexuais, daí a necessidade de haver mais mulheres em casa.

seleção ficou com vinte e dois artigos, de onde concluiu existirem mais problemas de saúde mental nas mulheres em casamentos poligâmicos, comparadas com as mulheres em casamentos monogâmicos.

São significativamente mais elevados, nas mulheres em casamentos poligâmicos, os casos de somatização, depressão, ansiedade, hostilidade, ideias paranóicas, doenças psiquiátricas, diminuição de satisfação com a vida em geral e particularmente a conjugal, assim como os conflitos familiares.

As queixas em relação aos homens são muitas, principalmente de falta de responsabilidade em relação à casa e aos filhos, a incapacidade de serem fiéis no casamento, um alcoolismo quase que crónico que piora na época das campanhas do caju. No entanto viver sem marido também não é fácil pois têm de garantir as necessidades dos filhos e de algum parente doente ou mais velho sozinhas.

As mulheres têm de se socorrer de todas as armas para fazer face à violência imposta pelas tradições, sentem-se revoltadas e o olhar mostra cansaço e desalento, mas a maior parte das vezes não conseguem estabelecer uma relação de causa/efeito entre o seu estado de tristeza e a sua vida diária.

Sabem que não têm escolha, este é o seu destino, e tal como Agustina Bessa Luís escreveu e apesar do distanciamento cultural, a sorte e o destino são os mesmos, as lutas são iguais: “ A mulher teve uma prolongada aprendizagem de humildade, esteve durante milénios sujeita ao seu drama biológico, à sua natureza restringida à defesa da prole que todas as adversidades iam dizimando. Aprendeu as artes dos fracos, a duplicidade, a mentira, a exploração e a lisonja” (1968, p. 82).

Podemos dizer que há uma perda do **Eu** valorizado, em que se perspetivou/sonhou com um caminho que não se consegue concretizar, vivendo numa nostalgia do que poderia ter sido, no fundo é a destruição do seu projeto de vida.

Durante o trabalho de campo, fomos muitas vezes confrontados com contrastes chocantes. Vimos o desespero nos olhos de muitas mulheres, o abatimento como sinal de doença depressiva¹⁵¹, mas ao mesmo tempo vimos como eram capazes de descobrir meios para obter algum rendimento extra para a casa.

Já Einarsdóttir (2004) que fez trabalho de campo na região do Biombo¹⁵² entre 1993 e 1998, dizia que via como as mulheres eram infelizes, exploradas, oprimidas, com baixa auto

¹⁵¹ “...a alteração do humor, a tristeza, não é sintoma essencial de depressão. O certo é que há depressões sem tristeza, mas não existe depressão sem abatimento”. (Matos, 2007, pp. 442-443)

¹⁵² Região onde se localiza a vila de Quinhamel, cerca de 30 Km de Bissau.

estima, dificuldade em expressar os sentimentos e acima de tudo pobres, mas também referia o facto de serem engenhosas nas soluções que encontravam.

Também Farmer (1996, p. 274) faz uma referência às mulheres, dizendo que “no mundo dos pobres são as mulheres quem mais sofre da violência estrutural”.

Mas como distinguir o estrutural/cultural do natural, quando tudo faz parte do todo onde se vive e se propaga ao longo do tempo? Como impor alterações quando não são claros os limites? Lembremo-nos que: “A distinção entre natural e cultural é difícil de estabelecer¹⁵³. É especialmente difícil destrinçar os aspectos naturais, biológicos do comportamento masculino e feminino (sexo) e os aspectos culturais adaptativos (género)” (Delamont, 1985, p. 23).

Tal como nos dizia um religioso com longa experiência da Guiné-Bissau, a maior parte das mulheres acaba por conseguir integrar o inevitável das suas vidas, numa atitude conformista que muitas vezes é meramente superficial, pois apesar do comportamento ser de aceitação existe dentro delas uma mágoa permanente, sendo o apoio familiar de extrema importância para que consigam ultrapassar as dificuldades diárias.

Mas também há os outros casos, as que não conseguem fazê-lo, aquelas em que o sofrimento vai para além do que conseguem suportar e aí a procura da cura do estado de tristeza leva a que muitas adquiram medicamentos no mercado¹⁵⁴, que vão tomando como se de aspirinas se tratasse e cujo resultado é muitas vezes dramático.

A vida familiar das mulheres, tradicionalmente desenvolvida nas tabancas tem-se alterado com a debandada dos campos para a cidade de Bissau, na busca de uma vida melhor ou pelo menos mais fácil. A vida da cidade é uma relação de força entre a modernidade e o tradicional, em que a vida da tabanca tende a recriar-se nos bairros, reproduzindo-se as relações e obrigações sociais de entre ajuda. É comum os guineenses que atingem uma posição mais elevada verem-se pressionados pelos familiares, no sentido a uma redistribuição parcial dos seus rendimentos. Podemos chamar-lhe uma solidariedade imposta, no entanto resulta duma percepção muito forte do **Eu** como pertença a um grupo familiar e étnico.

Fica-nos a pergunta se o segredo de se viver bem está na capacidade adaptativa do Ser Humano ao seu meio, conjugado com o reconhecimento do grupo desta adaptação, uma vez que a conceção do real é validada pela confirmação dos outros (Gleitman, Fridlun &

¹⁵³ Por isso é difícil fazer uma distinção entre grupos religiosos.

¹⁵⁴ Sabe-se que no mercado do Bandim se compra os mais variados medicamentos e que têm acontecido casos de mortes, não por suicídio mas por falta de conhecimento da dosagem correta a tomar.

Reisberg, 2003)? Com base na *teoria da dissonância cognitiva*¹⁵⁵ e conforme verificámos as pessoas farão o possível para reduzirem a dissonância sentida procurando adaptar-se (através de aprendizagens) às suas tradições culturais. Este comportamento vai muito de encontro com a teoria proposta por Festinger (1962) ao defender que a motivação para a aprendizagem depende do interesse por esse assunto, ou no presente, ou em perspetiva para o futuro.

Representativo do descontentamento das mulheres face à sua existência de subalternidade foi o surgimento em 1984, no sul do país um movimento (Kiyang-yang) liderado por uma mulher balanta.

Ntombikte vivia em profundo desespero devido à morte dos filhos à nascença, vendo-se assim incapacitada para gerar filhos, o que acarreta um grande peso social e a rejeição por parte do marido.

Recebe o *chamamento* através de uma mensagem do deus N’Ghala. Através deste chamamento esta mulher teria de tratar de doentes com plantas medicinais.

Sem filhos ela não encontraria um local para reencarnar após a sua morte, paralelamente entre os balanta a morte de uma criança é atribuída a feitiçaria, que envolve a mãe, a sua família e a vila onde habita (De Jong e Reis, 2010).

O grupo de aderentes foi crescendo, sendo a maioria mulheres inférteis, que exigiam uma maior independência face aos homens, criticavam as tradições balanta e incentivavam as mulheres a escolherem o seu próprio marido.

De Jong e Reis, interpretaram este movimento como uma estratégia de *coping* por parte das mulheres de forma a enfrentarem o seu grupo social.

O grupo entrou em declínio, após a sua líder ter conseguido dar à luz um filho que sobreviveu e que na sua opinião se deveu a um preparado com raízes que N’Ghala a forçava constantemente a procurar para os tratamentos dos doentes que a procuravam.

A existência de uma outra dinâmica social criada pelas mulheres como forma de solidariedade social, são as *mandjuandades*, que funcionam como associações femininas com um largo leque de objetivos. Para além da ajuda financeira aos membros do grupo, dão apoio psicológico e social, fazem aconselhamento e atuam com as suas danças em cerimónias familiares e espectáculos recreativos, como forma de angariar fundos para ajudar os elementos do grupo, normalmente a montarem o seu próprio negócio.

¹⁵⁵ Teoria que defende que uma inconsistência entre experiências, crenças, atitudes e sentimentos, desencadeia um estado desagradável que as pessoas tentam reduzir, reinterpretando algumas das suas experiências, a fim de as tornar consistentes com as restantes (Gleitman, Fridlun & Reisberg, 2003, p. 1232).

2.5. A Era dos Antidepressivos

Graças ao crescente interesse tanto de antropólogos como de outros profissionais de saúde mental, foi possível tanto a reforma da visão da doença mental como das instituições psiquiátricas que até à década de 80 não eram mais que asilos para doentes mentais.

Esta corrente, conhecida pelo movimento antipsiquiatria que teve início em Itália com Basaglia nos anos 70 não deixou a antropologia indiferente abrindo um novo entendimento à doença mental e da influência da cultura.

Estavam então abertos novos caminhos para a prática de uma nova psiquiatria e para novas teorias sobre a doença mental.

Com a criação dos sistemas classificatórios das doenças e neste caso das doenças mentais¹⁵⁶, chegou-se a um ponto em que qualquer comportamento fora do padronizado é classificado como anormal e medicalizado, parecendo não haver mais espaço para comportamentos como a necessidade de isolamento ou de emoções como a tristeza. Este é um sentimento que se inicia com um desgosto ou perda e nos leva à necessidade de quietude e recolhimento, a um tempo de luto e choro, em que o indivíduo necessita de um espaço para si e para se reestruturar.

Os antidepressivos foram a fórmula “mágica” para se ultrapassar estes momentos quase que num abrir e fechar de olhos, num mundo onde deixou de haver tempo para o luto e a tristeza.

Apesar de se poder olhar para esta enorme panóplia de antidepressivos lançados no mercado como uma vitória da indústria farmacêutica, o certo é que vivemos numa época de um uso excessivo destes medicamentos (Matos, 2007).

Os tratamentos para as depressões têm variado conforme o olhar dos psiquiatras e investigadores. Com a divisão de depressões psicóticas e neuróticas, por Audrey Lewis em 1934, verificou-se que as psicóticas respondiam de forma diferente aos tratamentos com eletrochoques e com imipramina (o 1º antidepressivo dos tricíclicos desenvolvidos nos anos 50) e não tão bem em doentes com uma depressão menos grave considerada “reactiva ou neurótica” (Lawlor, 2012).

¹⁵⁶ O CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão. Esta Classificação foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde, realizada em Genebra no ano de 1989, tendo a CID-10 entrado em vigor apenas a 1 de Janeiro de 1993, após a necessária preparação de material de orientação e formação. A sua implementação em Portugal ocorreu antes do ano 2000, sendo já utilizada nas estatísticas oficiais de saúde.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) é uma publicação da American Psychiatric Association, que tem vindo a crescer ao longo dos anos. O DSM-I de 1952 tinha 130 páginas, passando para 947 da versão mais recente – DSM 5.

George Ashcroft, em 1950, introduz a ideia da origem da depressão estar na deficiente quantidade de serotonina no cérebro, acabando por desistir dela nos anos 70, declarando no *American Psychiatric Press Textbook of Clinical Psychiatry*, “Additional experience has not confirmed the monoamine [of which serotonin is a subgroup] depletion hypothesis” (Watters, 2007, p. 235).

A relação que foi estabelecida entre os baixos níveis de serotonina encontrados no cérebro de indivíduos com depressão, tem sido largamente discutida, com acusações contra as farmacêuticas por estas pagarem e estarem por detrás das investigações e estudos que comprovam o efeito positivo dos antidepressivos.

Pode-se dizer que a teoria do desequilíbrio bioquímico e metabólico a nível dos neurotransmissores do sistema nervoso central, como a serotonina e a noradrenalina ainda não está clara, havendo mesmo autores que a contestam (Pires, 2002; Healy, 2003).

Não existem provas suficientes no sentido de se ter a certeza se o desequilíbrio químico no cérebro é causado pela depressão, ou pelo contrário se é efeito desta.

Através de Ressonâncias Magnéticas pode-se verificar que um cérebro de um doente com depressão tem efetivamente alterações, mas não está igualmente claro se é a depressão que provoca as alterações ou vice versa, sendo a medicação antidepressiva a causadora das lesões verificadas no cérebro (Lawlor, 2012).

Se formos olhar os estudos sobre a depressão, e tal como Pires (2002) refere ao citar Breggin (2001), toda a investigação biopsiquiátrica é feita com patrocínio de laboratórios, que têm procurado alargar o consumo de antidepressivos. Não podemos por isso acreditar, que os resultados sejam totalmente imparciais, para além de serem sempre minimizados os efeitos secundários, tal como aconteceu com a paroxetina¹⁵⁷.

O mesmo autor (Pires, 2002, p.33) refere ainda que a indústria farmacêutica tem procurado fazer crer que a “depressão é uma doença em que existe um défice em bioaminas e que existem fármacos recuperadores deste défice”.

Segundo a GlaxoSmithKline¹⁵⁸, (Watters, 2010) a serotonina ajuda a que as mensagens se movimentem entre as células no cérebro, esta comunicação fica interrompida quando o nível deste neurotransmissor químico é alterado, surgindo assim a depressão. No

¹⁵⁷ Substância ativa utilizada em alguns anti depressivos.

¹⁵⁸ A GSK é uma companhia de produtos farmacêuticos multinacional britânica, está sediada em Londres e é a 4ª maior do mundo. Esteve recentemente envolvida num enorme escândalo por promoção fraudulenta de medicamentos, entre eles o antidepressivo cuja substância ativa – a paroxetina, aumentaria o risco de tendência suicida em jovens adultos. www.rtp.pt/noticias/index.php?article=127092&tm=7&layout=121&visual=49, consultado a 12-10-2013.

entanto, é sabido que o efeito dos antidepressivos não é manter o equilíbrio dos níveis de serotonina, mas sim alterar o equilíbrio químico do cérebro (Watters, 2010).

Estudos recentes desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde revelaram um quadro bastante diferente no que respeita a tratamentos, sendo mais indicado para as depressões, a prescrição de um tónico ou de um sedativo em vez dos antidepressivos que, por sua vez devem ser prescritos nos casos de ansiedade (Healy, 2003).

Sabendo que não se poder generalizar a todo o tipo de depressões¹⁵⁹, somos levados a pensar que efetivamente se pode chegar à cura sem antidepressivos.

Apesar de todas as doenças terem uma expressão externa, esta é muitas vezes olhada somente no momento, sem se analisar uma continuidade do que aconteceu antes do despoletar do que se tornou visível.

Mas não são só os sintomas que fazem uma doença, mas sim esta combinação de sintomas com crises e situações, que tal como Foucault aponta (1998, p. 32) “...é o situar um sintoma numa doença”, para que o doente não um mero recipiente de uma patologia.

Também é corrente a ideia, que o tratamento com psicoterapias ou mesmo as ditas terapias alternativas só se aplicam a casos de depressão ligeira. Nos casos de depressões mais profundas e porque se aceita o princípio da depressão ser o resultado de um desequilíbrio bioquímico, o tratamento com psicofármacos é sempre obrigatório.

No entanto, o que se verifica é que muitos doentes ao serem medicados com antidepressivos, muitas vezes por estarem a passar por momentos de tristeza ou melancolia, acabam por ver aumentar os sintomas, para os quais se vai dando mais fármacos, como calmantes e comprimidos para dormir, aumentando a dependência a estes, (Breggin, 2001, citado por Pires, 2002) que mais tarde irá obrigar a um “desmame”, por vezes nada agradável.

Por outro lado diversas experiências têm demonstrado que o tratamento com placebos¹⁶⁰, fazem os pacientes interpretarem os sinais do corpo como resultado do fármaco, reagindo com um aumento de atividade e mobilidade.

Na Guiné-Bissau, não foi possível ver o resultado do tratamento com fármacos, pois por falta de medicamentos, ou por falta de possibilidade financeira para os comprar ou mesmo pela recusa em prosseguir o tratamento devido aos efeitos secundários¹⁶¹, considerados muito desagradáveis e limitadores da vida diária, os pacientes nunca prolongaram a toma de medicamentos mais do que três semanas.

¹⁵⁹ Caso das depressões com uma base biológica/genética.

¹⁶⁰ Placebo – é qualquer produto quimicamente inerte ou pelo menos não contendo o princípio ativo indicado para a situação que normalmente é prescrito.

¹⁶¹ As doentes queixaram-se de secura na boca, tremores, ansiedade e náuseas.

Aquilo que sabemos é que a depressão é a primeira causa de incapacidade a nível mundial e que os tratamentos usados são os antidepressivos e as psicoterapias breves¹⁶².

Segundo a OMS (2008) diversas análises económicas demonstraram que o tratamento da depressão é possível nos cuidados primários e relativamente barato (menos de um dólar) e com bastante sucesso usando um genérico¹⁶³ antidepressivo, intervenção psicossocial, ao que Healy, (2003, p. 261) acrescenta “a participação em grupos de encontro”¹⁶⁴.

2.6. A Antipsiquiatria e a Crítica à Universalidade do DSM

Contrariamente à maioria das perturbações físicas, que podem ser diagnosticadas através de análises clínicas ou de qualquer um outro meio de diagnóstico, para se efetuar o diagnóstico nas perturbações mentais os clínicos utilizam a entrevista clínica e apoiam-se num dos sistemas de classificação em vigor, o DSM (*Diagnostic and Statistics Manual*) ou o ICD (*International Classification of Disorder*) existindo ainda um terceiro sistema pouco conhecido e criado especificamente para os cuidados de saúde primários, o ICPC-2 (*International Classification of Primary Care-2*), (OMS, 2008, p. 218). A elaboração de qualquer um destes manuais partiu da experiência clínica.

Emil Kraepelin¹⁶⁵ que apesar não ter desenhado o atual sistema classificativo, é referido como o responsável pela criação das fundações deste mesmo sistema com a publicação do *Compendium of Psychiatry* que mais tarde passou a *Short Textbook of Psychiatry* (Beutler & Malik, 2002), tendo sido largamente lido. Mas na realidade o manual mais utilizado nos Estado Unidos foi desenvolvido pelo U. S. Census Bureau em 1840 e que distinguia somente as doenças mentais em “idiotice” e em “insanidade”.

Em 1952 foi publicado o DSM – I, que já vai na versão V, ao qual tem sido levantado muitas críticas à sua “universalidade”.

¹⁶² Cujos objetivos são pontuais e virados para ultrapassar uma crise e minimizar os efeitos traumáticos que a experiência possa ter provocado (Leal, 2005, p. 127), aqui incluímos as de duração limitada.

¹⁶³ O uso dos genéricos é aconselhado pela Organização Mundial de Saúde, que por serem mais baratos, o permite a sua aquisição pela população mais pobre, conforme: How to Develop and Implement a National Drug Policy (Second Edition), <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2283e/5.2.2.html>, consultado a 15/9/2013.

¹⁶⁴ A sugestão deste autor vai para os grupos de encontro rogerianos.

¹⁶⁵ Emil Kraepelin, psiquiatra alemão do século XIX/ XX.

Os autores¹⁶⁶ do DSM – IV procuraram ultrapassar a crítica da dificuldade em comunicar com profissionais fora dos Estados Unidos, que usavam um outro sistema classificativo, tentando assim aproximar-se do contido na seção das perturbações mentais da 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças e Problemas de Saúde Relacionado (ICD – 10)¹⁶⁷.

A crítica tem como fundamento o facto que a organização dos diagnósticos e tratamentos se baseia demasiado no modelo biomédico, excluindo as visões dos psicólogos e assistentes sociais, já vindo desde o DSM – III¹⁶⁸ e continuou a manter-se nas versões posteriores.

Tal como Watters (2010) antevia sobre o DSM-5, houve uma “dança” de doenças mentais a entrar e a sair da classificação, com o apoio das indústrias farmacêuticas que entretanto já tinham anunciado a criação de 301 novos medicamentos¹⁶⁹, sendo 36 para a depressão e 54 para a ansiedade. Com base em situações anteriores, é sabido que após a publicação do DSM-5 os técnicos ocidentais irão promover as novas doenças em “lugares exóticos”, através de conferências e seminários internacionais, assim como ensinar os curandeiros locais a detetar estas novas doenças (Watters, 2010, p. 253).

Uma das críticas ao novo DSM¹⁷⁰ que mais se tem ouvido nos congressos é sobre a inclusão de cada vez mais doenças/categorias, sendo esta a forma de aumentar o uso e consumo de medicamentos.

Com este novo manual é difícil não sofrermos de uma qualquer patologia ou disfunção mental ou comportamental, que apesar de retirar algumas categorias, introduz 15 novas doenças, ou seja mais 12% do que as 300 categorias do DSM-IV.

É igualmente sabido que existe o interesse em incluir tudo o que é possível neste manual, de forma a que as seguradoras paguem os tratamentos, psicoterapias e hospitalizações.

¹⁶⁶ Uma das críticas prende-se ao facto do grupo de trabalho ter sido constituído somente por homens, brancos e psiquiatras académicos, apesar da tentativa em incluir mulheres, diferentes grupos raciais e étnicos, assim como outros profissionais como sendo os psicólogos e assistentes sociais.

¹⁶⁷ Em português CID – 10, publicado pela Organização Mundial de Saúde, 1992.

¹⁶⁸ No DSM – III, publicado em 1980, foram introduzidas importantes modificações metodológicas e estruturais que em parte se mantiveram até à atualidade. As alterações no DSM – IV também se relacionam com o facto que desde os anos 70, os psiquiatras, eram pressionados pelas seguradoras no sentido de produzirem diagnósticos mais precisos (Lawlor, 2012).

¹⁶⁹ Grupo PhRMA (Associação Americana da Indústria Farmacêutica) pelo Vice Presidente Senior Ken Johnson, (Watters, 2010).

¹⁷⁰ O número de categorias/desordens tem vindo a aumentar de edição para edição. Começou com 198 em 1952 e em 1994 já abrangia 340 categorias.

O DSM – I era um manual de 65 páginas, que passou para 134 páginas no DSM – II, 494 páginas no DSM – III atingindo as 886 páginas no DSM – IV (Ver Anexo 17, Ronson, 2012, pp. 219, 220).

Outra das críticas feitas à forma como foi elaborado, é o facto de terem feito parte da comissão elementos das indústrias farmacêuticas com um grande peso financeiro.

A visão da depressão, tal como muitas outras patologias, tem sofrido grandes alterações nas diferentes versões do DSM. Verificamos que os critérios são cada vez mais específicos e detalhados, assim como em relação ao tempo em que sintomas têm de estar presente, tem vindo a ser reduzido.

No DSM-I a depressão é vista como o resultado de uma situação que o doente está a viver e que sente não ser capaz de lidar com ela, associada muitas vezes ao sentimento de culpa por falhas passadas (Lawlor, 2012).

Mas só após o DSM-III é que a depressão passou a ser vista como um problema, tornando-se o foco principal das indústrias farmacêuticas (Lawlor, 2012) e que culminou com o famoso Prozac, também conhecido pela “pílula da felicidade”.

Apesar do DSM – 5 ter algumas novas patologias no espectro das perturbações depressivas, em relação à *Depressão Major* tanto os critérios de sintomas para o diagnóstico como a duração requerida não sofreram alterações em relação ao DSM – IV (APA, 2013).

Paralelamente, têm sido desenvolvidos diversos estudos¹⁷¹ que contrariam esta “febre” por antidepressivos e em que se debate a questão do “efeito placebo”¹⁷² (Lawlor, 2012). Um destes trabalhos desenvolvido pelo psicólogo clínico Kirsch, tendo concluído que os antidepressivos são só marginalmente mais eficazes que os placebos e que mesmo face a depressões profundas, os antidepressivos só são ligeiramente mais eficazes que os placebos (Lawlor, 2012)

Uma vez que o DSM foi criado com base em sintomas que são expressão de emoções, não consegue ter a mesma aplicação universal, uma vez que noutras culturas esta relação não é feita de forma tão linear, ou seja não é feita da mesma forma e tem resultados diferentes (Pussetti, 2006; Leff, 1981).

Tem-se tornado claro que os modelos da psiquiatria ocidental não são totalmente e de forma cega, aplicáveis a outros enquadramentos sociais, tendo pouco valor os modelos de psicoterapia ocidental em contextos que não sejam aqueles para os quais foram criados (Boia e Errante, 2002).

Também a capacidade de *insight* difere entre culturas e, segundo Pussetti (2006, p. 13) nas entrevistas por ela elaboradas a médicos ocidentais, estes consideram que os africanos demonstram uma menor capacidade em verbalizar e em exprimir de forma abstrata, questão a

¹⁷¹ Em Watters (2010) esta questão é também analisada, chegando-se à mesma conclusão.

¹⁷² Tem por base a crença do doente sobre o tratamento, ou sobre quem o trata.

que esta investigadora discorda após trabalho desenvolvido na Ilha de Bubaque (Arquipélago dos Bijagós) onde ela encontrou: “...um vocabulário das emoções muito complexo e uma refinada capacidade de comunicar os próprios estados interiores”, sendo um dos exemplos o “coração queimado”, que quem sofre deste mal, fica sem esperança, sente-se cansado, não tem vontade de comer, de falar e chora por nada, toda uma sintomatologia do que nós classificamos como depressão (Pussetti, 2006, p. 17).

De Jong¹⁷³, que foi psiquiatra na Guiné concorda que não se pode fazer diagnósticos baseados somente no DSM, defendendo que na revisão do DSM devem estar presentes antropólogos, por estes serem quem melhor conhece e interpreta as diferenças culturais que devem ser levadas em conta nesta nova versão do manual.

Segundo Pires (2002, p. 27) a depressão “é um conjunto de reações psicofisiológicas, e outras, perante acontecimentos reais ou imaginados, nos quais a pessoa se sente literalmente afundada”.

Por outro lado Matos (2007, p. 451) refere a importância em “Desmedicalizar, despiquiatrizar” uma vez que também para ele as perturbações psíquicas resultam de uma história com várias “vicissitudes relacionais”.

Tal como William Glasser¹⁷⁴ (2011) psiquiatra americano, que levantou uma enorme polémica ao acusar os seus colegas de quererem diagnosticar os clientes com doenças mentais e prescreverem medicamentos, quando o problema destes era sofrerem de infelicidade e não de distúrbios mentais.

Fica-nos então a reflexão, tal como Watters refere: “We are engaged in the grand project of Americanizing the world’s understanding of the human mind” (Watters, 2010, p. 1), em que as perturbações mentais são vistas como universais tanto na forma como na sintomatologia e em que os tratamentos foram standardizados.

2.7. A Depressão na Guiné-Bissau

Não existem dados atuais sobre as perturbações mentais na Guiné-Bissau e sabe-se pouco hoje em dia, sobre quantos são os doentes, pois para além da falta de meios físicos e técnicos muitos são encaminhados para os curandeiros.

¹⁷³ Comunicação pessoal em janeiro de 2011.

¹⁷⁴ Ver referências bibliográficas.

Podemos dizer que verificámos uma grande passividade por parte da sociedade em geral, face à doença mental, o que permite que os doentes fiquem sem forma de obtenção da assistência médica necessária. Um outro fator determinante para a falta de cuidados com os doentes mentais é o medo que estas patologias provocam.

E é por causa do medo do desconhecido, que estes doentes são olhados com receio pois segundo a tradição local são perigosos e portadores de espíritos maléficos. É usual serem acorrentados a árvores longe do resto da aldeia e deixados à fome, pois há a crença que através da fome é possível exorcizar os espíritos que os perturbam.

Segundo o enfermeiro responsável pelo Centro de Saúde Mental os principais motivos das consultas são as depressões, as perturbações psicóticas e a ansiedade. Tem-se verificado um aumento no consumo de substâncias aditivas e o consumo de álcool é elevado, particularmente na época da apanha do caju, quando homens e mulheres procedem à sua fermentação, resultando uma bebida com alto teor alcoólico.

A saúde mental continua sem um programa orientador, nem legislação que regulamente a área. Também se pode dizer que existe uma enorme lacuna de formação e inovação dos enfermeiros e das condições onde trabalham, que com muito esforço e dedicação vão conseguindo assegurar as consultas no Centro de Saúde Mental.

Segundo De Jong (1987) os enfermeiros nos postos sanitários, quando da sua permanência na Guiné-Bissau, conseguiam em 75% dos casos psiquiátricos apresentados fazer um diagnóstico correto, assim como prescrever o tratamento adequado, desde que houvesse uma supervisão regular pelo médico regional. O problema punha-se que este médico, geralmente, só fazia visitas rápidas e que resultavam na indicação para trabalharem mais e limpar o centro. Só dois em 40 médicos demonstravam interesse na saúde comunitária.

Sendo Cuba o país que tem dado apoio e formação na área da saúde ainda não pensou na saúde mental e o país sozinho não tem capacidade para se organizar numa área tão empobrecida por anos de negligência e abandono.

Em relação à depressão e formas de tratamento, verificámos que os curandeiros podem ter um papel terapêutico, ao ouvirem as histórias dos pacientes e familiares, criando elos entre os humanos e o mundo espiritual, juntando peças de forma a dar-lhes um sentido. Podemos dizer que os curandeiros podem abrir um caminho para a cura, uma vez que partilham com a maioria da população do mesmo quadro conceptual.

Também ficou claro que existe uma enorme deficiência de informação na população em geral sobre doenças mentais. A crença no poder dos *irãs* e no seu poder sobre os vivos e sobre as suas vidas, é de certa forma determinante de como quem sofre de alguma perturbação

mental é olhado. Estas pessoas acabam por ver a sua participação na vida comunitária limitada e atiradas para a privação e miséria total.

A culpa é uma das emoções com uma forte componente cultural e em que o cristianismo tem sido responsável pela modelação dos diversos sentimentos, tal como Pewzner (1999) defende no seu livro. Talvez por esta ser uma sociedade de base animista, nunca foi referido este sentimento, entre os pacientes entrevistados, apesar de ser uma das emoções que segundo os manuais de psiquiatria está presente nos estados depressivos.

Ao estudarmos os problemas psicológicos realçando as relações entre cultura e comportamentos, procura-se compreender as variáveis que interagem nas diversas situações e que resultam em comportamentos que não são universalmente idênticos, tal como com o sentimento de culpa que não sendo uma questão étnica pode-se dizer que é uma questão cultural transversal à generalidade da população na Guiné-Bissau¹⁷⁵.

Uma questão étnica verificada por Aaby (2008) investigador dinamarquês com mais de 30 anos na Guiné-Bissau, é o facto das mães de etnia papel¹⁷⁶, comparadas com mães de outras etnias, terem uma maior tendência em deixar os filhos morrer, se esse for o destino da criança. Não quer isto dizer que estas mulheres não sintam a perda dos filhos, mas sim que têm uma maior aceitação daquilo que acreditam ser o destino a uma vontade superior que devem aceitar.

É comum numa cultura com tanta falta de assistência médica, onde as mulheres têm filhos desde muitos jovens e com uma mortalidade infantil tão elevada, é “normal” que alguns morram à nascença ou durante a primeira infância¹⁷⁷.

Em grupos de encontro, realizados pelos assistentes do Projecto do Bandim, as mães que tinham perdido uma criança estavam significativamente mais silenciosas, fracas, tímidas e mostravam uma maior falta de ambição que as outras mães, independentemente da etnia (Aaby, 2008). Daqui podemos pensar que apesar da haver aceitação, há tristeza e alguma tendência para a sintomatologia depressiva que seria interessante analisar e acompanhar.

No entanto não é fácil encontrar mulheres a quem tenha sido diagnosticada depressão pós parto, mesmo que tenham tido complicações relacionadas com o parto ou que a criança tenha morrido. Não que não existam estas depressões, mas o sentimento expresso é, tal como Einarsdóttir (2004) descreve de “downhearted”, ou seja um peso no coração, uma tristeza,

¹⁷⁵ Esta questão foi longamente debatida com religiosos a trabalhar no terreno há diversos anos, pois quisemos confirmar aquilo que observámos e não queríamos ter uma visão etnocentrica da questão.

¹⁷⁶ Etnia maioritariamente animista.

¹⁷⁷ Os seis primeiros anos de vida.

mas aceite como algo que é frequente acontecer com as mulheres à sua volta, fazendo por isso parte das suas vivências daí o não ser valorizado.

Quando as crianças morrem (ou mesmo as mães), a preocupação dos familiares vai no sentido de se perceber o porquê de tal azar, uma vez que tudo tem um motivo por detrás relacionado com o outro mundo ou com feitiçaria, sendo o acontecimento a prova da existência desses poderes do oculto.

Contrariamente a Foulcault (1998) para quem o sintoma é a forma como a doença se apresenta, tornando possível um prognóstico do que se vai passar, esta é uma realidade que não se aplica na Guiné-Bissau. Aqui o sintoma esgota e ultrapassa a descrição de doença, pois a significância dos sintomas vão para lá do mundo visível, enquanto que no sistema biomédico a doença é responsabilidade do indivíduo, nos sistemas tradicionais a doença pode ser causada por um espírito ou por feitiçaria e tirando de si a responsabilidade é mais fácil a recuperação (Collomb, 1972) podemos mesmo dizer que esta ideia de se desresponsabilizar pela doença está patente, hoje em dia, nos avanços da biomedicina e na culpabilização da falta ou desequilíbrio de serotonina no cérebro.

Aqui os curandeiros têm um papel que quase se confunde com o do psicólogo e do conselheiro, ao ouvirem as histórias dos pacientes e familiares, utilizando as representações da doença e adaptando-as à própria cultura, dando um significado ao problema.

A medicina tradicional é a mais velha prática curativa, que ao juntar as peças e integrar o doente no seu universo (Aguilar, 2003) permite, na maior parte das vezes um processo de melhoria mais rápido.

Um outro aspeto que permite uma verdadeira participação de todos no tratamento é a linguagem do curandeiro tradicional ser comum aos participantes (Collomb, 1972) enquanto que a complexidade da linguagem técnica e conceitos da psicologia, importados da Europa e dos Estados Unidos da América, são um grande obstáculo à sua compreensão.

O curandeiro é um intermediário entre os espíritos e a comunidade através da magia, permitindo que objetos inanimados como uma garrafa ou um pano adquiriram poderes e assim assegura a coesão social que Vygostki (1991) classifica como determinante em todo o processo curativo.

Se olharmos a depressão como sendo uma manifestação psicofisiológica face aos diversos problemas da vida, ou como resultado da pressão da vida atual, é de extrema importância pensar qual o processo para capacitar o indivíduo de forma a que este consiga um equilíbrio entre pessimismo e otimismo, para que não aconteça o que Pires (2002, p. 27) refere como sendo “o sentimento de dor na alma” e com as respetivas consequências

“...sentimento de incapacidade na resolução do problema tem como consequência alterações psicofisiológicas e bioquímicas”, tem de ser feito um esforço constante por parte de todos os envolvidos na situação, de forma a impedir que o estado depressivo se volte a instalar. Em relação ao tratamento é interessante verificar a semelhança entre a perspectiva de Friedrich Hoffmann¹⁷⁸ e o prescrito por muitos curandeiros. Hoffmann, professor de medicina da Universidade de Halle, defendia que a melancolia seria causada, ou por mal ou por excesso de sangue no cérebro e que esta deficiência na circulação ou mesmo estagnação¹⁷⁹ seriam a causa para o enfraquecimento do cérebro (Lawor, 2012).

A influência dos fluídos nos humores era comum nesta época, tal como o físico holandês Hermann Boerhaave¹⁸⁰ que via o corpo humano como uma máquina hidráulica com um sistema de diversos fluídos a circular.

Mas este modelo dos fluídos¹⁸¹, como sendo os responsáveis pelo estado de saúde ou doença não era exatamente uma novidade, uma que vez tinha sido desenvolvido por Hipócrates. As doenças seriam, segundo este modelo, causadas pelos desequilíbrios entre humores ou da quantidade de cada um, afetando todo o organismo (Healy, 2003).

Os curandeiros na Guiné-Bissau prescrevem chá de raiz de *Djutu*, precisamente para fazer circular o sangue que dizem estar parado quando alguém sofre de tristeza.

Apesar de existirem tratamentos eficazes para a depressão, sabe-se que em África há um défice de tratamentos para esta perturbação na casa dos 67% contra os 45% na Europa e também se sabe que há apenas 0,04 psiquiatras, 0,20 enfermeiros psiquiátricos e 0,05 psicólogos para cada 100.000 habitantes (OMS/WHO, 2008).

Com um quadro tão pouco animador, em que o tempo para formar especialistas e técnicos significa mais tempo para os doentes sem terem cuidados de saúde, a solução que tem sido proposta e experimentada é a integração da saúde mental nos cuidados primários com o acompanhamento comunitário. O ideal seria a combinação da medicação antidepressiva com o apoio psicossocial e com terapias breves viradas para a resolução de problemas.

Os antidepressivos podem ter um efeito determinante nas depressões graves e médias, mas não o têm no caso das depressões leves (Andrews et al, 2011).

¹⁷⁸ Friedrich Hoffmann (1660-1742).

¹⁷⁹ A causa seria um longo período de tristeza ou medo, amor excessivo, doenças, abuso de bebidas espirituosas ou medicamentos narcóticos.

¹⁸⁰ Hermann Boerhaave (1668-1738).

¹⁸¹ Este modelo era composto por quatro fluídos ou humores: sangue, que seria quente e húmido e proveniente do coração; fleuma, fria e húmida, vinda do cérebro; A bÍlis negra (melancolia), que seria fria e seca, vinda do baço e intestinos e a bÍlis amarela, quente e seca, vinda do fÍgado

Esta integração justifica-se, na opinião de Unützer, psiquiatra americano e diretor do AIM Center¹⁸² (Advancing Integrated Mental Health Solutions) e do IMPACT Program¹⁸³, tendo já implementado esta estratégia para o tratamento da depressão em mais de 600 locais de cuidados primários tanto nos Estados Unidos como fora. Refere ainda, este psiquiatra, que a forma de ser feita uma abordagem centrada na pessoa é tão importante para a recuperação dos pacientes.

Mas para se poder desenvolver estes projetos começa-se pela necessidade de formar equipas que possam identificar as diversas sintomatologias sob um ponto de vista local uma vez que a expressão da doença está submersa por aspetos culturais.

2.8. Síntese

Sintetizando, quais são as causas da depressão? Pela literatura chegamos à conclusão que não existe uma causa única para a depressão e que são normalmente uma combinação de fatores psicossociais (conflitos familiares, perdas) assim como fatores genéticos e biológicos, como o historial depressivo na família ou o uso de certas drogas. Também experiências de vida traumatizantes, o ambiente familiar, traumas de infância e condições de extrema pobreza são fatores determinantes para a depressão.

Na nossa abordagem e por impossibilidade para detetarmos outro tipo de depressões, devido à falta de meios disponíveis, assim como, a impossibilidade em manter os doentes em tratamento, as depressões com que trabalhamos estão classificadas no DSM e no CID, como distímicas ou reacionais.

No entanto, já em 1934, o psiquiatra Audry Lewis afirmava que seria ilusória a distinção entre depressões endógenas (causas internas) e exógenas (causas externas), uma vez que as endógenas tinham sempre associadas um factor externo que a teria precipitado, indo na direção de Kraepelin que defendia como infundada a divisão entre diferentes depressões (Lawlor, 2012) pois na maioria são um misto de fatores reacionais com fatores endógenos. Esta questão leva-nos à reflexão e ao questionamento, sobre a forma como a depressão tem sido olhada e equacionada¹⁸⁴.

¹⁸² www.uwaims.org, consultado a 5-10-2013.

¹⁸³ www.impact-uw.org, consultado a 5-10-2013.

¹⁸⁴ Questão a não ser desenvolvida aqui devido à sua subjetividade.

A nível de tratamento, o mais eficaz é a combinação de terapias com base comunitárias em que os pacientes têm possibilidade em falar e expor os seus sentimentos e emoções e os genéricos antidepressivos por serem mais baratos¹⁸⁵. Estes serviços devem ser gratuitos.

O tratamento passaria por o doente aprender a controlar os acontecimentos importantes para si (Lawlor, 2012). E foi o que observámos nas mulheres do presente estudo, ao aprenderem a controlar as suas vidas e a olharem-se de uma forma mais positiva, conseguiram melhorar.

A utilização das clínicas móveis, já em funcionamento na Índia¹⁸⁶ e em alguns países africanos como o Gana¹⁸⁷ e a Suazilândia¹⁸⁸, tem sido muito eficaz e com grande sucesso. Estas vão de manhã e voltam ao fim da tarde, com dias e local pré definidos (normalmente uma escola).

Estas clínicas têm por detrás o apoio de camas no serviço de psiquiatria em hospitais centrais ou regionais.

A grande novidade é o uso da telepsiquiatria¹⁸⁹ em que o diagnóstico e a terapêutica a seguir são feitos à distância, em que o paciente é acompanhado por um enfermeiro que faz a entrega da medicação e acompanha o doente no local.

Mas também podem existir outras alternativas com um custo muito reduzido, como o acompanhamento via telemóvel¹⁹⁰ tem tido uma boa adesão e com resultados muito positivos, uma vez que os doentes podem contactar rapidamente o enfermeiro que os acompanha.

¹⁸⁵ Estes medicamentos são os aconselhados pela Organização Mundial de Saúde. Ver Referências bibliográficas: WHO (2010). How to Develop and Implement a National Drug Policy (Second Edition), in <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2283e/5.2.2.html>

¹⁸⁶ Para mais detalhes consultar: [rajbhra.Com](http://rajbhra.com), que atua nas regiões de Gujarat e Kutch há mais de 10 anos. Consultado a 20/1/2014.

Também na região dos Himalaias, ver: karuna-schechen.org. Consultado a 20/1/2014.

¹⁸⁷ Para mais detalhes consultar: www.odulair.com. Consultado a 20/1/2014.

¹⁸⁸ Para mais detalhes consultar: www.solvingafrica.org. Consultado a 20/1/2014.

¹⁸⁹ <http://www.hospitalpsiquiatricocali.com/hdupv1/index.php/service/salud-mental-comunitaria/telepsiquiatria>, consultado a 11-10-2013.

<http://www.medicine.virginia.edu/clinical/departments/psychiatry/sections/clinical/telepsychiatry/telepsychiatry>, consultado a 11-10-2013.

¹⁹⁰ <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/34>, consultado a 11-10-2013.

<http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/using-a-mobile-phone-application-in-youth-mental-health/>, consultado a 11-10-2013.

Capítulo 3: Contexto Cultural: A Vivência da Doença

“When you lose your soul you lose interest in things
-basic things like food, sex, other people and life’s projects.
You stop eating and you stop sex. You lose weight and lose sleep.”
Shweder, R. A.
(In Kleinman, A. & Good, B. 1985:195)

3.1. A Cultura na Saúde e Doença

Quando há a crença da influência do mundo espiritual sobre o mundo humano a relação entre homens e espíritos é transposta para todas as áreas vivenciais e a saúde/doença tendem a ter uma explicação que para a perceber, é necessário entrar na cultura local.

Tal como afirma Bernardi (1974, p. 53) “a atividade humana processa-se num constante confronto com o universo”. As interpretações e explicações que resultam desse dualismo guiam o comportamento do homem e formam a cultura em todas as suas vertentes, assim como, as suas concepções espirituais, isto é, a visão cosmológica do mundo, as interpretações religiosas e rituais (Bernardi, 1974).

Pode-se mesmo dizer que a forma como o homem consegue adaptar estas interpretações à vida diária é uma tarefa que requer alguma capacidade imaginativa, pois coloca-o numa posição em que tem de ser capaz de corrigir os desvios e manter a ordem tanto a nível terreno como na sua relação com o além (Bernardi, 1974).

O mergulhar numa cultura¹⁹¹ para a compreender e descodificar os seus símbolos requer tempo e paciência. Não é fácil falar e fazer falar, sobre o sofrimento e as aflições da vida e muito menos do sobrenatural e das suas influências na vida diária com um estranho. É preciso ganhar a confiança dos interlocutores, o que por vezes exige um esforço a que não se está habituado e força a um exercício de compreensão permanente.

¹⁹¹ A mais famosa definição de cultura é a de Tylor, 1871: “Conjunto complexo que inclui conhecimento, crenças, arte, moral, lei, costumes e outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade”. Podemos perceber que cultura é um conjunto de linhas mestras, tanto explícitas como implícitas que os indivíduos adquirem como membros de uma determinada sociedade (Helman, 2007, p. 2).

Apesar da hegemonia e poder que o paradigma biomédico adquiriu, os seus conceitos não são universalmente integrados (Boia & Errante, 2002) e, tal como Noronha (2007, p. 111) refere sobre a relação entre homem e contexto cultural, “o ser humano está tão envolvido na sua cultura e no seu sistema simbólico, que dificilmente se consegue separar dele”, sendo igualmente difícil para quem vem de fora o perceber na sua globalidade.

No mundo atual, em que homens e mulheres de diferentes culturas convivem e trabalham numa cultura diferente da sua e em que o processo de aculturação pode levantar problemas difíceis de resolver, é importante que os profissionais da saúde conheçam e compreendam diferentes perspetivas de olhar as doenças e de caminhos para a cura.

A ajuda prestada pode passar por uma diversidade de áreas e, entre elas, fazem parte muitas vezes tanto a Psiquiatria como a Psicologia Transcultural, pois apesar das doenças e dos distúrbios mentais serem universais, estas assumem características próprias de cada cultura, que importa conhecer e perceber.

A sociedade tradicional da Guiné-Bissau assume uma preponderância imensa com todos os ritualismos a ela associada e apesar de não haver uma integração¹⁹² dos dois tipos de medicina, a medicina tradicional tem uma presença muito forte que não pode ser descurada.

Os emigrantes guineenses, e não só, quando saem do seu país levam consigo as suas raízes, a sua cultura, a sua forma de ver o mundo e de exteriorizar as doenças. Torna-se por isso importante que haja abertura e sensibilidade a formas diferentes de estar e de sentir a doença, para que, quando estas pessoas recorram aos serviços de saúde dos países de acolhimento, possam ser compreendidas, ajudadas e tratadas.

Tendo presente a importância da Etnopsiquiatria¹⁹³, assim como dos modelos representativos da doença, optámos por na nossa investigação, seguir o modelo explanatório de Kleinman (1980), o qual descreve os cuidados de saúde como um sistema cultural local composto por três “camadas” sobrepostas: o popular, o profissional e o tradicional (De Jong, 1987, Helman, 2007). Para este psiquiatra (1980, p. 105) os modelos explanatórios são vistos como sendo “as ideias formadas sobre um episódio de doença e o seu tratamento, usadas por todos os envolvidos no processo clínico”. Podemos mesmo dizer, que estes modelos são as linhas orientadoras para a explicação das doenças e da forma de as tratar de acordo com a especificidade de cada cultura. Assim, para que haja uma compreensão de todo este processo

¹⁹² Este assunto será explorado mais à frente.

¹⁹³ Na actualidade apelidada de Cross-Cultural Psychology/Psychiatry, o nome tem variado ao longo dos anos e segundo as correntes que têm desenvolvido este campo.

é necessário ter um conhecimento holístico da visão cosmológica do paciente e, neste caso, dos guineenses.

Da mesma forma que noutras cidades africanas, em Bissau as ofertas fora da biomedicina estão presentes em cada esquina (Anexo 1) e cada mercado, onde se vende toda uma panóplia de poções, raízes, plantas, amuletos e até produtos da indústria farmacêutica de origem duvidosa¹⁹⁴.

Apesar de se ter pensado que com o tempo a medicina formal iria conquistar e sobrepor-se às práticas tradicionais, verifica-se que tal não aconteceu e como Gemmeke (2008, p. 65) refere, “calcula-se que cerca de 80% da população da África ocidental, utiliza o setor/medicina tradicional¹⁹⁵, independentemente da área profissional e nível de educação dos pacientes”.

3.1.1. Conceito de cosmovisão.

A procura da explicação para a criação do mundo, do Homem e dos diversos acontecimentos que vão surgindo, é uma ânsia comum a todo o ser humano.

A capacidade em pensar de forma simbólica é o que distingue o Homem dos outros seres. Este simbolismo é organizado segundo o quadro de referências que rodeia cada indivíduo e por isso varia segundo a cultura, a educação e a própria busca individual para encontrar um sentido para a vida e para o mundo. Apesar de individual, cada povo e cada religião tem uma explicação da cosmovisão baseada no seu sistema de valores.

À visão do mundo suportada por um sistema de valores individual mas inserido numa cultura é também chamada de cosmovisão, conceito este criado e desenvolvido pelo filósofo alemão Wilhelm Dilthey (1833-1911) a que chamou de — *Weltanschauung*.

No caso desta investigação estamos perante três grupos religiosos ou seja três cosmovisões distintas: cristãos, muçulmanos e animistas. Iremos explorar, no próximo ponto

¹⁹⁴ Os comprimidos podem ser vendidos à unidade ou por lamina, não havendo a possibilidade de qualquer informação adicional, nem controlo de prazo de validade.

¹⁹⁵ Medicina tradicional – Segundo a Organização Mundial de Saúde, a medicina tradicional é a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências oriundos das mais diferentes culturas, sendo ou não explicáveis e usados na manutenção da saúde, assim como na prevenção, diagnóstico ou tratamento das enfermidades físicas ou mentais.

de forma mais aprofundada, a cosmovisão animista, por esta ser transversal a toda a sociedade guineense.

3.2. Princípios Básicos da Cosmologia

A vida na Guiné-Bissau continua a ser dominada pela religião, todos crêem na existência de um Ser Superior, situado algures no céu, criador do mundo e ligado a forças espirituais, que são evocadas quando necessário.

Tão típico das sociedades tradicionais é a crença no sobrenatural e no seu poder, que aqui continua a ter uma presença muito marcante, sendo mesmo um fator condicionante na vida das pessoas não só nas de etnias animistas¹⁹⁶, mas na população em geral.

Sempre que algo de negativo acontece, rapidamente é estabelecida uma interpretação com base no sobrenatural, procurando-se uma justificação e um culpado.

A perceção da existência de um mundo para além do visível, que controla a vida e morte dos Homens, explica muitos dos comportamentos e como tal importa estudar pois permite esclarecer as realidades subjetivas que surgem associadas a patologias. No entanto, estas práticas ligadas ao ritualismo e feitiçaria podem ser consideradas nefastas e retrógradas, tal como na opinião de Crowley (1987, pp. 112-126) que afirma: “este é um impedimento importante às estratégias “modernas” de desenvolvimento do país e pode envolver cerca de 95% de todos os guineenses”.

De seguida passamos a analisar as visões cosmológicas dos vários grupos religiosos, retratando as diferentes perspetivas do sagrado e do mundo para além do visível.

3.2.1. Grupos animistas.

As interpretações cosmológicas, ao interferirem com a conceção de si próprio, estão intimamente ligadas ao contexto sócio-cultural e, como diz em Berger e Luckmann, (1993, p. 209): “La aparición de las psicologías introduce una nueva relación dialectica entre la

¹⁹⁶ Animismo – Religião tradicional.

identidad y la sociedad: la relación entre la teoría psicológica y aquellos elementos de la realidad subjetiva que pretende definir y explicar”.

À veneração dos espíritos dos antepassados junta-se a crença nos *irãs* (No anexo 1 pode-se ver a imagem da reprodução em madeira de um dos muitos *irãs* respeitados e temidos) que segundo Belchior (s. d.) são uma divindade ou um génio protector dos povos animistas e que se crê viverem nas árvores de grande porte, particularmente nos poilões.

O recurso aos antepassados e aos *irãs* é o resultado da necessidade em obter proteção, tanto contra espíritos como contra feitiços que a todo o momento influenciam de forma negativa a vida individual e do grupo familiar. A crença nos *irãs* é de tal forma poderosa que Amílcar Cabral (1974), para conseguir que os guerrilheiros atravessassem territórios considerados sagrados teve de afirmar que o *irã* era “um nacionalista” (p. 71).

Na Guiné-Bissau antes da chegada do cristianismo e do islamismo prevalecia a religião tradicional - animista, no entanto, este quadro tem vindo a sofrer alterações, identificando-se hoje em dia como sendo etnias animistas os Balantas, os Manjacos, os Papel, os Mancanha, os Bijagós e os Felupes.

Embora exista a ideia do Deus¹⁹⁷ único (N’Ghala)¹⁹⁸ e criador de todas as coisas¹⁹⁹, nas religiões animistas a forma como os seres e as coisas são vistas, têm por base os fenómenos da natureza, tanto física – os espíritos da natureza - como humana – espíritos dos mortos e dos antepassados - que é preciso respeitar, mas também de quem se pode esperar ajuda e proteção.

Nada pode ou deve ser feito, particularmente as decisões importantes na vida, sem que haja a aprovação do mundo invisível, caso contrário corre-se o risco de se ser vítima de um espírito insatisfeito e vingativo. A vida diária submete-se à vontade dos espíritos dos ancestrais, que devem ser consultados a cada passo (Quintino, 1949).

As características da religião animista associam-se aos ritualistas – Djambacós²⁰⁰ e aos Balobeiros²⁰¹ que Carreira²⁰² (1961) estudou e classificou da seguinte forma:

- os evocadores e invocadores de espíritos de antepassados, de deuses e de génios (os ritualistas ou sacerdotes dos *irãs*);

¹⁹⁷ Contrariamente a Santos (2002, p. 56) que afirma sobre as sociedades animistas, “...ou seja onde não há na sua visão cosmológica do universo a existência de um Deus”.

¹⁹⁸ Pode-se ler em Cammilleri (2010, pp. 99-101) uma explicação muito interessante como o mundo foi criado por N’hala (Balanta).

¹⁹⁹ Inclusivé dos *irãs*, estes só têm poder porque Deus o permite.

²⁰⁰ Djambacó ou djambaku é um sacerdote, curandeiro, intermediário de deus ou dos espíritos.

²⁰¹ Responsáveis pela baloba – local onde se encontra o *irã*, pequena construção onde acontecem os rituais.

²⁰² *Boletim Cultural da Guiné*. 1961. N°63, Vol. XVI. pp. 505-539.

- os adivinhos, botadores ou deitadores de sorte, dizedores ou profetizadores do futuro, curandeiros bruxos, confeccionadores de amuletos e de poções que têm a finalidade de defender os indivíduos do mau olhado, da acção invisível de inimigos vivos, (...);

- os curadores de males físicos (os mézinhos ou homens-medicina)²⁰³.

A doença é encarada como sendo uma punição a uma falta, uma ofensa ou causada pela ação nefasta de alguém, normalmente através de um feiticeiro. Ela é combatida com recurso aos mézinhos, com a utilização de sacrifícios, oferendas e ritos apropriados. No caso da morte acontecer é sinal que a falta foi bastante grave ou o feitiço muito poderoso.

Apesar de terem uma base comum, as interpretações variam tanto na forma como no conteúdo de grupo para grupo, no entanto, as oferendas e os sacrifícios com imolação de animais são comum a todas as etnias.

António Carreira (1961) que se debruçou e escreveu sobre a cosmologia guineense, deu-nos uma explicação detalhada destas entidades que controlam e tantas vezes determinam a vida dos vivos e de onde nasce uma relação de dependência entre o terreno e o sobrenatural que é preciso saber gerir e aceitar, tal como na expressão popular “Jitu ka ten”²⁰⁴.

Diz-nos este autor que o *irã* é visto como o símbolo de Deus na Terra e que este deixou de dar importância aos comportamentos dos humanos desde o acto da criação e só o djambacó tem poderes para amansar as suas iras, conhecendo as ocasiões propícias e o modo de o fazer, sendo muitas vezes os antepassados que o aconselham enquanto dorme.

Estas entidades, pelo facto de serem incorpóreas e invisíveis suscitam o medo e o respeito, existindo um número não determinado de *irãs*, que vão depender da imaginação e necessidade do que se pretende obter.

Inicialmente os portugueses olhavam este termo (*irã*) como um fetichismo local, mas segundo Teixeira da Mota²⁰⁵ (1954), estes foram gradualmente percebendo, que o nome em si encerrava um poder mágico que se pretendia desconhecido dos brancos. Segundo Mota o dar um nome aos espíritos e à sua representação, tinha sido a forma que os guineenses tinham encontrado para se livrarem da curiosidade dos portugueses.

Os *irãs* podem assumir um papel coletivo ao protegerem uma mesma tabanca ou uma família. Por sua vez os régulos, como responsáveis tradicionais das tabancas dispõem dos seus próprios *irãs*.

²⁰³ Para nós estes últimos foram os que nos interessaram e que fizeram parte deste trabalho.

²⁰⁴ “Não há remédio”. Expressão guineense que traduz o desalento face à vida difícil deste povo.

²⁰⁵ Grande historiador português sobre a Guiné Portuguesa.

O termo *irã* simboliza um espírito, uma parte da energia universal, mas também se traduz no objeto artificial confeccionado que protege as habitações, como os corachacós²⁰⁶ colocados à entrada das casas ou as figuras em madeira em forma de forquilha (Ver Anexos) sendo que estes objetos encarnam os espíritos de antepassados ou de seres sobrenaturais.

Um dos *irãs* mais temido é a serpente²⁰⁷, que simboliza a divindade da terra, representado por uma enorme jibóia, que vive nos buracos do lodo e que tal como De Jong descreve (1988, p. 5) “...é a divindade mais poderosa à qual só os seres humanos fortes podem ter acesso”.

Associada a esta ideia encontramos aqui um aspecto comum a muitas sociedades e estudado através do mundo inteiro e que não podemos deixar de referir pela sua importância, particularmente para as mães, que é o infanticídio e que apesar de proibido consta-se que continua a ser praticado. Em termos restritos este acto não é visto como um crime, pois não se tira a vida à criança²⁰⁸, mas sim “devolve-se a criança à sua verdadeira casa” (Einarsdóttir, 2004, p. 162).

Crianças portadoras de Síndrome de Down, deficientes, com deformidades, pele pálida, olhos “estranhos”, fissura labiopalatal²⁰⁹ são vistas como sendo “filhos da serpente” ou “filhos do *irã*”. Estas crianças são levadas para o rio ou para o mar em oferenda à serpente conjuntamente com ovos e farinha, na expectativa de que se não forem filhos dela acabarão por sobreviver e podem então ser levadas para casa (Einarsdóttir, 2004).

Por muito chocante que possa ser, numa perspetiva ocidental e etnocêntrica, existem razões culturais para o infanticídio. Estas mulheres, que tentam muitas vezes esconder as crianças até mesmo dos familiares, têm como realidade diária o trabalho no campo e a consequente impossibilidade de tomarem conta de crianças deficientes, ainda menos para alimentarem crianças com fissura labiopalatal. No entanto, quando estas crianças morrem têm direito a funeral e são choradas como qualquer outra criança.

²⁰⁶ Ao *corachacó* que deve estar pendurado à entrada das casas como forma de proteção, é-lhe atribuído poderes mágicos, uma vez que ao ser atirado para o chão por um *djambacó* transformar-se-á numa serpente venenosa.

²⁰⁷ A serpente como ser a quem é conferido poderes mágicos também é referido por Mauss (2000) sobre alguns feiticeiros nas Ilhas Banks, a quem a língua terá sido furada por uma serpente verde (*maé*).

²⁰⁸ Acompanhámos durante algum tempo o caso de uma mãe que após 3 meses do parto continuava internada com o bebé, enquanto se aguardava que uma equipa de pediatras espanhóis chegasse para evacuar a criança que sofria de hidrocefalia. Apesar de diversas reclamações eram mantidos na enfermaria com outras mulheres pois era sabido que se fossem deixados sozinhos que a mãe o mataria uma vez que esta era vista como uma criança do *irã*. O estado de higiene desta criança era deplorável, pois tanto a mãe como as enfermeiras tinham medo da criança que diziam falar e fazer movimentar o berço durante a noite.

²⁰⁹ Termo científico para Lábio Leporino e Fenda Palatina conjuntamente.

Um dos rituais com particular importância na cosmologia guineense é o funeral²¹⁰, sendo para os animistas, o “interrogatório ao defunto” a forma de se apurar se a morte teve ou não causas naturais. Este é colocado numa padiola, envolto em panos coloridos e são feitas questões como: Qual o irã que está com ele? Se foi feitiço? Como foi feito?

A resposta é dada pelos movimentos dos transportadores da padiola, que só o djambacó sabe interpretar, traduzindo e informando a família do resultado. De qualquer forma nenhuma morte é considerada natural, envolvendo sempre a influência de algum espírito.

No dia do falecimento – *tchur* – estendem-se as esteiras durante uma semana, numa das divisões da casa do falecido. Aí os familiares recebem as visitas que vêm apresentar condolências. No fim deste período levanta-se a esteira – *labanta stera* – que fica guardada para outra ocasião.

Os católicos, tal como noutras partes do mundo, têm a missa do sétimo dia. Tanto entre os animistas como entre os católicos, os familiares do falecido por esta altura oferecem um banquete em honra de quem partiu.

Conforme as capacidades financeiras das famílias, assim que podem, organizam um *toka tchur*, para que a alma do defunto entre finalmente no outro mundo e descanse. No entanto pode ser necessário esperar meses ou mesmo anos para que o *toka tchur* possa ter lugar.

Os *toka tchur* refletem a forma como a pessoa morreu. Quem morre de velhice, sinal que não esteve ligado à feitiçaria (Einarsdóttir, 2004), tem uma cerimónia cheia de alegria durante três dias, sendo diversos animais abatidos de forma a alimentar todos os que se queiram juntar à festa.

Toca-se o bombolom ou tambor da morte, filhos e netos vestem-se de forma tradicional e a cara pintada com uma pasta feita com farinha. Um poster com a fotografia do defunto é exposto para que todos se recordem dele, a música e dança não param, assim como a bebida e comida.

²¹⁰ Ver a descrição em Crowley, 1987.

3.2.2. Grupos cristãos.

Tal como já foi referido, os cristãos representam uma minoria na Guiné-Bissau (cerca de 5%), divididos em diversas igrejas.

A igreja católica pela sua antiguidade e pelas suas obras sociais e humanitárias é a que está mais consolidada e com maior visibilidade. Oficialmente a igreja católica é contra as práticas tradicionais, no entanto, vemos que muitos dos elementos locais são incorporados na missa semanal²¹¹ e mesmo na catequese²¹², como que num reconhecimento e aceitação das tradições locais.

A catedral localizada na zona central de Bissau, junto a Bissau velho, é uma construção imponente da época colonial e onde se celebram para além das missas regulares, todas as cerimónias religiosas e festivas do calendário católico apostólico romano.

Um aspecto referido com muitas saudades por imigrantes guineenses, ao recordarem a sua terra, são os serviços religiosos onde a alegria, com canções e músicas de sonoridade africana são uma presença marcante durante as celebrações.

Nas cidades do interior encontramos diversas instituições ligadas à igreja católica particularmente na área da saúde, geridas por religiosas.

Também existe uma proliferação por todo o país, de pequenas igrejas evangélicas de origem brasileira. Estas são dirigidas por pastores e missionários que acompanhados pela família formam pequenas comunidades que lhes permitem um trabalho diversificado de apoio à população.

Geralmente estas igrejas estão mais voltadas para a evangelização paralelamente com a educação das crianças e educação para a cidadania, no entanto algumas têm desenvolvido projetos de desenvolvimento com parcerias locais.

Na Guiné-Bissau a organização evangélica mais antiga é a Casa Emanuel. Iniciou a sua atividade há mais de 15 anos, dispondo neste momento de três valências: o orfanato, a escola e o hospital com maternidade.

O batismo é um dos momento mais importantes na vida do convertido, pois a partir desse momento ao aceitar Cristo como seu único Salvador, deve renunciar a todas as crenças locais.

²¹¹ O uso dos tambores e das canções em crioulo acompanhadas por danças, assim como o uso de panos tradicionais nos paramentos.

²¹² Ver Anexo 2.

Estas igrejas são conhecidas pela posição radical contra as tradições locais, condenando a feitiçaria e o oculto, no entanto as sessões²¹³ de “curas divinas”²¹⁴, em que o pastor se apresenta com uma bata de médico com todo o simbolismo a ela associada (Ver Anexos), e que em tudo se assemelham aos exorcismos xamânicos, onde o transe e o histerismo se apoderam dos “possuídos” pelo demónio.

Nestas igrejas vemos uma repetição do que Van de Kamp (2011) constatou acontecer nos cultos das igrejas pentecostais moçambicanas, o facto de serem “uma verdadeira zona de guerra” (p. 23) onde os pastores transmitem repetidamente a mesma mensagem, de que a vida é uma luta constante entre a santidade e as forças do demónio, estando aqui englobados todo o tipo de curandeiros e de mézinhas locais.

Ao negarem o poder dos espíritos como causadores dos azares e doenças que cada um vai sofrendo, tiveram de os substituir pelos comportamentos impróprio e impuros que na visão destes crentes são os causadores da deterioração da vida e saúde dos indivíduos (Van de Kamp, 2011).

3.2.3. Grupos islâmicos.

Não tem sido unânime a opinião de diversos autores portugueses sobre a expansão do islamismo, diferindo em alguns pontos. Carreira (1966) era da opinião de que não existiam elementos válidos que determinassem a época da entrada do Islão na Guiné-Bissau. Já para Garcia (2003) a expansão do islamismo deveu-se aos discípulos²¹⁵ de Ibn Yassin, pregador muçulmano que na segunda metade do século XI funda um convento na costa da Mauritânia tendo-se aí estabelecido, de onde os seus discípulos partiriam para submeter diversas tribos berberes e espalharem a religião muçulmana.

Segundo Dias (2003) foram os comerciantes que abriram caminho ao islamismo ao levarem consigo mestres e homens santos que pelo ensino, prática religiosa e papel de mediadores, exerceram uma importante influência nas comunidades onde se iam instalando. Também o reconhecimento dos seus poderes místicos (*baraka*) permitiu a consolidação da sua posição como homens religiosos.

²¹³ Estes momentos fazem parte do calendário da Igreja Pentecostal Deus é Amor.

²¹⁴ Ver Referências Bibliográficas, Csordas, T. J. Elements of Charismatic Persuasion and Healing.

²¹⁵ Conhecidos pelos almorávidas.

No entanto, é conhecido que a confraria Qadiriya, fundada por Abd-al-Qâdir al Qîlânî ou al-Jîlânî, falecido em 1166 em Bagdade, seguiu a rota dos comerciantes com intuítos missionários (Cardoso, 1987).

Sabe-se que o Islão foi levado para a Guiné-Bissau por via do norte de África²¹⁶, zonas que hoje constituem Marrocos e Argélia, por viajantes ou por mestres que seguiam as caravanas dos comerciantes, tendo tido uma fácil aceitação devido a alguns pontos em comum com as culturas africanas²¹⁷(Garcia, 2003).

O desagregar do Império do Mali no século XV, dá origem a diversas unidades políticas independentes por via da partida de diversos grupos (Carreira, 1947).

No século XVIII, os mandinga, um destes grupos, estabelece-se em grande número num território que faz parte hoje em dia da atual Guiné e posteriormente espalhou-se para entre o rio Gâmbia e o Corubal e mesmo pelo Futa-Djalón (Garcia, 2003; Jao, 2002) onde vieram a crescer e enriquecer, dando origem a povoações como a atual Bambadinca.

Por sua vez os fula que vieram de Bundum²¹⁸, fixaram-se em território agora ocupado pelos mandinga, e apesar de inicialmente terem sido bem recebidos, acabaram por se verem na condição de subjugados e com a obrigação de pagar tributo (Jao, 2002).

Com a deterioração das relações entre os dois grupos, devido ao aumento constante da tributação, os fula alimentavam um único desejo: o de passarem de dominados a dominadores, tendo-se dado assim início a uma guerra, que iria durar vinte anos.

As “guerras santas”, entre 1868 e 1888, têm sido apontadas como a forma usada pelos fulas para espalharem o islamismo, que seria travado pelos franceses ao ocuparem o Futa-Djalón e pelos portugueses com a ocupação do Kaabu, entre os séculos XIX e XX, evitando a extensão dos fula desde o Atlântico até ao Chade (Garcia, 2003).

Um outro papel destas guerras foi o de libertar os fulas da longa dominação pelos mandinga (Dias, 2003) que de servidores passam finalmente a senhores, subjugando os mandinga.

Uma das consequências da expansão do islamismo, já sugerida por António Carreira, terá sido a desarticulação das estruturas sociais e religiosas dos grupos animistas (Cardoso, 1987). Esta situação era claramente do interesse dos portugueses que sempre apoiaram os

²¹⁶ Também existe uma corrente que defende que a primeira etnia muçulmana a chegar terá sido a dos fula cuja origem seria a Etiópia; todas as outras etnias seriam animistas. Muitos destes animistas ter-se-ão convertido ao catolicismo por ser a religião que fecha os olhos às práticas ancestrais.

²¹⁷ O comércio, a poligamia e a crescente alfabetização, são alguns desses pontos, www.africanos.eu/ceaup/uploads/AS06_065.pdf, consultado a 4-8-2013.

²¹⁸ Entre o alto Senegal e o alto Gâmbia.

chefes islâmicos, permitindo que estes sentissem uma certa impunidade devido à aliança estabelecida com administração local²¹⁹.

O general António Spínola enquanto governador e comandante das forças armadas da Guiné (Março 1968/Setembro 1973) desenvolveu um programa denominado “Uma Guiné Melhor” que continha medidas específicas para as comunidades muçulmanas, como por exemplo, o custear de despesas com a peregrinação a Meca de personalidades destacadas das comunidades islâmica e a construção de mesquitas (Cardoso, 1987, Garcia²²⁰, 2003).

No entanto, a relação do Islão com a política apesar de não ser recente seria notória a partir do 3º quartel do século XIX quando se dá a islamização de alguns grupos étnicos²²¹(Cardoso, 1987).

Tanto na Guiné-Bissau, como por toda a zona da Gâmbia e do Senegal, o Islão tem características muito próprias com conotações étnicas, em que “para além de se ser muçulmano também se é pertença de uma determinada etnia” (Garcia, 2003, p. 72).

Este é um Islão rural, dos marabouts e das confrarias²²², em que estas para além de desempenharem um papel político, são a forma de ligação entre os conhecimentos esotéricos dos mestres com os homens comuns (Garcia, 2003).

Tanto as escolas corânicas como as fundadas com capitais provenientes de países árabes, têm permitido que o islamismo se instale e consolide na Guiné-Bissau. Apesar de nas escolas corânicas os ensinamentos serem em árabe e os alunos não terem conhecimento desta língua, o importante é a criação do sentimento de pertença e de endoutrinação que se vai criando. Pode-se mesmo dizer que hoje em dia a verdadeira base do desenvolvimento do Islão é feita através da educação, assim como a instalação em Bissau da Agência Muçulmana para África, que tem apostado na tradução e transcrição do Corão para português (Cardoso, 1987).

Para além da crença em Deus, no profeta Maomé e na abstenção durante o Ramadão, outros aspetos da religiosidade podem variar como a crença nos anjos, céu, inferno e mesmo o conceito de fé.

²¹⁹ Esta situação alterou-se na actualidade face à “balantização” do Estado.

²²⁰ Este último autor acrescenta ainda, “...que o Estado português nunca apoiou ou custeou qualquer peregrinação a Fátima”.

²²¹ Fulas, beafadas e mangingas.

²²² Na Guiné-Bissau existem três grandes confrarias:

- A Qadiriya, maioritariamente de Mandingas, Balantas e Manjacos e que até 1995 detinha a dominância em todo o território, estendendo-se até à Gâmbia, Senegal, Mali e Guiné Conacry (Garcia, 2003);

- A Tidjaniyya com diferentes ramos de Fulas, Beafadas e Nalus sendo a sua área de domínio principalmente as zonas de Dakar, Casamansa, Gabú, Bamako e alguns pontos da Guiné Conacry assim como da Gâmbia;

-A Mouridiyya.

No entanto esta compartimentação não é totalmente estanque, havendo sobreposição parcial entre etnias e confrarias (Garcia, 2003).

Parece que a grande maioria dos muçulmanos guineenses prefere manter-se fiel à forma moderada do Islão tolerante, em vez de seguir os radicalismos de certos países. No entanto, com a crescente imigração de países circundantes vemos cada mais mulheres com a tradicional burqa, a quem os guineenses apelidam com alguma crítica de “corvos” por ser a imagem que transmitem com os seus fatos pretos.

3.3. Construção Cultural da Doença²²³

Na Guiné, tanto a doença como qualquer outro infortúnio quando acontecem têm sempre uma causa. Esta é normalmente atribuída à ação de um espírito ou de um feiticeiro, que apesar de fazer parte desta sociedade é sempre visto como um elemento desestabilizador da vida social.

O causador da desgraça ao ser descoberto chega a correr o risco de ser morto²²⁴, tal como referido por Nóbrega (2003, pp. 152-153) que cita alguns artigos publicados no *Semanário Banobero* a 4 de Fevereiro de 2000, onde são relatados alguns episódios demonstrativos do perigo de se ser acusado de feitiçaria: “Na Cumura, perto de Bissau, três pessoas foram amarradas e cercadas pela população que os ameaçava de linchamento, sendo salvas por pouco”.²²⁵

São notícia do mesmo *Semanário*, o caso de um jovem na zona de Xime acusado de feitiçaria, que é torturado até à morte e de um pai e um filho em Nhacra, acusados de feitiçaria e de canibalismo que foram igualmente torturados pelos populares até à morte.²²⁶ Ao lermos estes casos, somos forçados a admitir a força que a feitiçaria tem nesta sociedade.

Uma vez que a saúde/doença estão intimamente ligada às relações dentro da comunidade, não sendo percebidas e vivenciadas de forma individual e pessoal, no processo da construção e vivência da doença temos de considerar e contar com o poder que os feiticeiros têm, não esquecendo que as manifestações de doença dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos (Langdon, 2001; Good, 1994; Alves, 1993).

²²³ Construção predominantemente animista, nos outros grupos as opiniões variam entre as causas naturais e o não saber o motivo de se ficar doente. Para a determinação das causas usou-se uma ficha clínica (Anexos 9 e 10) e mais especificamente o questionário para determinar o modelo explicativo da doença (Anexos 11 e 12).

²²⁴ Ver Anexo 3.

²²⁵ In *Banobero*, Bissau, n.º 91, 4 de Fevereiro de 2000.

²²⁶ In *Banobero*, Bissau, n.º 107, 16 de Junho de 2000.

Para percebermos os sintomas e a doença, temos de começar por perceber o conceito de corpo e a relação deste com o mundo e a forma de expressar o sofrimento no seu quadro conceptual, que varia de cultura para cultura, sendo por isso importante que o investigador consiga perceber as influências e relações entre o “eu” e o “nós”, entre o indivíduo e a comunidade (Boia & Errante, 2001). E, é neste jogo entre o simbólico que a doença representa e a novidade do acontecimento, que, Moscovici (2003) criou o conceito de representação social. Esta será a forma de teorizar, dentro do contexto social do indivíduo, os novos fenómenos de forma a organizá-los e a dar-lhes um sentido.

O estado de saúde em muitas culturas, requer um esforço permanente no sentido da manutenção de um equilíbrio entre saúde e doença. Na China esta ideia de equilíbrio é traduzida no conceito de *Yin/Yang* onde a doença resulta de um desequilíbrio dos fluídos internos. Enquanto que na Índia, o corpo humano é visto como permeável a substâncias e a símbolos que o poluem (Kleinman, 1988).

Já na América Latina crê-se que o excesso de humor está relacionado com a produção excessiva de bÍlis, que resulta de uma alimentação rica em comida quente e só através de uma dieta e da ingestão de alimentos frios se consegue que o estado de saúde volte ao seu equilíbrio natural (Helman, 2007).

Também aqui o estado de saúde requer um exercício permanente entre as forças adversas, tanto do além com os espÍritos sempre à espera que os humanos falhem para entrarem em ação como forma de punição, como do meio ambiente com a quantidade de doenças que proliferam. A pior destas doenças continua a ser o paludismo²²⁷, que mata novos e velhos sem qualquer distinção e que se mantém sem qualquer controlo apesar de algumas campanhas de distribuição de redes mosquiteiras. Este é um país com grandes áreas de terreno alagadiço, propÍcio à multiplicação dos mosquitos e ao desenvolvimento da doença, mas também as inúmeras lixeiras a céu aberto pela cidade, são terreno fértil para os mosquitos, não permitindo até agora, o controlo da doença.

Para além do paludismo, as queixas mais frequentes que encontrámos tanto nos sujeitos diagnosticados com depressão e que fizeram parte da nossa amostra, como também nas conversas ocasionais que íamos tendo com guineenses, foram indicadas as dores de

²²⁷ Causado em mais de 90% dos casos pelo *Plasmodium falciparum*, é a principal causa de mortalidade hospitalar em todo o país. Constitui, em média, cerca de 50% dos casos em todos os estabelecimentos sanitários (centros de saúde e hospitais). Este número aumenta substancialmente durante a época das chuvas e varia para cada faixa etária. As crianças são geralmente as mais atingidas, chegando a constituir cerca de 65% dos casos na Pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes (Cá, 1999).

cabeça, as dores generalizadas, a febre, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias, as tonturas e os desmaios.

A nível de saúde mental, na atualidade não existem estudos feitos, no entanto as perturbações mentais com maior incidência, detetadas por De Jong (1987), foram as neuroses (62,9%), tal como tem sido encontrado noutros estudos desenvolvidos em países tanto ao norte e como ao sul do Atlântico (Harding et al., 1980; Ndetai e Munhangi, 1979).

Em relação às psicoses, De Jong verificou que estas eram em maior número comparativamente a outros países. Segundo o mesmo autor a justificação passaria pela falta de infra estruturas de apoio à saúde mental, não havendo qualquer tipo de tratamento tanto preventivo como curativo.

Verificámos que existe o reconhecimento pela população em geral e pelos curandeiros²²⁸ de algumas patologias mentais como a epilepsia, a psicose, a deficiência mental e a depressão, as diferenças estão nos nomes, no que poderá ser a causa e nas formas de tratamento²²⁹.

A epilepsia parece ser frequente, pois foram muitas as situações em que esta patologia foi referenciada como preocupante e sem cura. Aqui chamam-lhe “*druba cabeça*”, ou seja a cabeça que roda.

Alguns curandeiros²³⁰ dizem usar a *banana santchu*²³¹ no tratamento do epilepsia. As folhas são secas, piladas e fervidas em água, com cebola, alho e um qualquer tipo de perfume. Usa-se como água de banho, o qual deve ser tomado de manhã bem cedo e à noite. Nenhum familiar de doente confirmou a cura.

Também a psicose²³² é referida como sendo “*baria*”, que significa “ficar aos bocados”, e a deficiência mental, chamam-lhe “*tolu*” ou seja “maluco”.

Uma outra situação diversas vezes referida foi o “*abrir a cabeça*” que pode ter diversos sentidos, um deles é quando alguém não consegue gerir os seus problemas, e comporta-se de uma forma considerada “não normal”, identificado como sendo o indivíduo

²²⁸ Organizámos com o apoio da Direção de Saúde do Sector Autónomo de Bissau, em fevereiro de 2012, dois encontros com diversos curandeiros (um por cada bairro de Bissau) onde se falou doenças mentais, sintomas e tratamentos, o diretor adjunto, enfermeiro Félix, fez o favor de ter o papel de secretário e tradutor (Anexos 4 e 5).

²²⁹ Modelo explicativo da doença, também chamado de modelo cultural (Anexos 11 e 12).

²³⁰ Curandeiro – Homem ou mulher com conhecimentos e poderes para detetar e tratar doenças, produzir mézinhas, entrar em contacto com os espíritos, fazer e retirar feitiços.

²³¹ Nome científico: *Uvaria Chamae*.

²³² Esta informação foi fornecida pelo enfermeiro Tito Lima, responsável pelo Centro de Saúde Mental de Bissau.

psicótico. Um outro sentido dado a este estado, é quando um feiticeiro entra num estado que não é exatamente de transe, mas que diz conseguir ver “coisas”.

No caso do transe durante cerimónias, também se diz que a cabeça “abre”, mas aqui dá-se a entrada da alma do ascendente falecido que se pretende contactar.

A inveja dos vizinhos ou familiares é apontada como grande causadora de doenças e mesmo de mortes, que só os feiticeiros têm capacidade para curar, e tal como em muitas outras sociedades, aqui também se crê que a referência ao mal e às suas forças têm a capacidade mágica de o reproduzir.

Tal como nos dizia um marabout: “Tudo o que pode ser nomeado, existe”, sendo este um dos fundamentos da doença, paralelamente com a certeza que todos os acontecimentos que afetam de forma determinante a vida de cada um têm por detrás a mão intencional de alguém, daí a importância da pergunta a colocar ao *irã* sobre quem teria sido o causador do acontecimento/infortúnio ocorrido.

No geral, os guineenses partilham da crença que os médicos têm uma capacidade limitada para tratar algumas doenças, e portanto a importância da ida ao curandeiro. Mas ao mesmo tempo foi-nos transmitido o desejo de terem mais e melhor assistência médica.

Tanto doentes como familiares e cuidadores da saúde²³³ têm uma explicação própria, que Kleinman (1988, p. 121), apelidou de “*explanatory models*” (EMs) ou modelos explicativos da doença. Também autores como Weiss, Doongaji, Wyoij et al. (1992); Weiss, (1997); Lloyd, Jacob, Patel et al. (1998), têm usado diversas versões destes modelos nos seus trabalhos de investigação.

Os “*explanatory models*” são modelos culturalmente construídos²³⁴, onde se incluem sintomas, desenvolvimento da doença, causa da doença e a partir desta é feita a escolha do sistema de tratamento a ser utilizado pelo doente.

A utilização destes modelo ao clarificar a crença da causa da doença, permite ao técnico do sistema de saúde formal²³⁵ negociar com doentes e familiares uma estratégia de tratamento que envolva os diferentes sistemas, de forma a satisfazer as crenças locais e pessoais²³⁶ e assim garantir a cura.

²³³ Chamamos-lhe cuidadores da saúde como forma abrangente para todos os envolvidos no processo curativo, sejam médicos, enfermeiros ou curandeiros.

²³⁴ Na nossa investigação utilizámos a lista de questões propostas por Kleinman (Anexos 11 e 12) para percebermos se realmente o mundo dos *irãs* e da feitiçaria estariam tão presentes na vida dos pacientes, como as leituras nos tinham indicado.

²³⁵ Formal como sendo o biomédico.

²³⁶ Aplicável não só fora da Europa mas também, e de extrema utilidade com imigrantes.

O caso que relatamos em seguida, ilustra a permeabilidade entre sistemas terapêuticos, assim como a contribuição de cada um deles no processo terapêutico.

Soubemos de C. por uma amiga guineense, o que facilitou o contacto. Esta era uma situação que se arrastava há bastante tempo²³⁷.

C. atacava o marido com intenção de o matar, o que o levou a sair de casa.

Os seus problemas começaram pouco depois de terem construído aquela casa. Não dormia, não tinha vontade de tratar dos filhos, só tinha vontade de matar o marido. Sabia que ele tinha uma amante. Por causa da raiva que tinha dentro de si chamava nomes às vizinhas e chorava.

Segundo as vizinhas, o problema relacionava-se com uma questão de incumprimento da tradição, na falta de pedir autorização ao *irã*²³⁸ para construir a casa. Este ficou zangado pela desconsideração do marido em não respeitar, nem ao *irã* nem às tradições e por isso vingava-se na mulher.

Dias antes deste encontro tínhamos estado com o marido, que nos explicou que por não acreditar “nestas coisas”, se recusou a ir ao *djambaku*²³⁹ e a fazer qualquer cerimónia. Segundo ele, estas cerimónias e crenças seriam representativas de atraso cultural da Guiné-Bissau e da sua população em geral. Para ele, pedir autorização para a construção seria uma questão entre ele e a Câmara, no entanto para satisfazer a família e acalmar os parentes aceitou pagar a cerimónia e a galinha para que o oráculo fosse lido.

Foram os familiares que trataram dos procedimentos necessários e exigidos pelo *djambaku*, tendo a leitura do oráculo confirmado que o *irã* local efetivamente estava zangado por terem construído a casa sem lhe terem pedido autorização²⁴⁰. O curandeiro acabou por aconselhar uma ida ao médico pois o caso já era muito grave para ser tratado só por ele²⁴¹.

C. estudou com as freiras acabando por conseguir uma bolsa para se formar como ajudante de farmácia em Itália, onde conheceu o marido, estudante de medicina.

Quando regressaram à Guiné tiveram três filhos e no entretanto construíram a casa. Foi nessa altura que tudo começou. Depois do terceiro filho o marido arranjou outra mulher e C. não conseguiu aceitar como “normal” partilhar o marido com outra mulher.

²³⁷ Segundo consta na ficha clínica foi levado ao Centro de Saúde Mental em janeiro de 2009.

²³⁸ Já anteriormente explicado.

²³⁹ Curandeiro tradicional.

²⁴⁰ Esta autorização é acompanhada por ofertas de aguardente de cana e folhas de tabaco, tanto ao balobeiro, guardador da baloba (local onde está o *irã* e onde se efetuam cerimónias tradicionais), como ao *djambaku* que fará as cerimónias necessárias, tendo ainda de se adicionar umas quantas galinhas.

²⁴¹ Muitos curandeiros têm esta postura de aconselhamento da utilização da biomedicina quando verificam que a situação foge aos seus conhecimentos e/ou prática curativa.

Faz parte da cultura guineense o homem ter mais do que uma mulher, principalmente quando é bem sucedido a nível financeiro, havendo mesmo uma grande pressão por parte da família do homem para que tal aconteça. C. teve uma educação cristã onde a poligamia não é aceite.

A perturbação que C. sofre teve como início a interpretação cosmológica local, a vingança do *irã*, pelo não cumprimento do ritual que aquela situação exigia.

Vemos aqui um exemplo em que o setor popular, neste caso os familiares e vizinhas, sabem exatamente o que causou a doença e a forma como esta deve ser tratada. Após a ida ao setor tradicional, é normal que o setor popular faça uma avaliação do resultado obtido, para se decidir o que fazer a seguir (De Jong, 1988) e, neste caso, o marido conseguiu convencer C. a ser levada ao Centro de Saúde Mental onde seguiu um tratamento, que abandonou rapidamente, pois sentia-se pior com os medicamentos²⁴². Segundo nos explicou “sentia umas coisas estranhas na cabeça que lhe dava aflição e tinha sempre a boca muito seca” (sic).

Para nós foi como que um processo psicanalítico, em que queríamos descobrir “as peças do passado”, tal como na perspetiva freudiana (Quartilho, 2001, p. 34) para que a história fizesse sentido e conseguíssemos perceber o que estava realmente por detrás da situação.

Aquilo que nos era mostrado, era a questão da falta de cumprimento de uma tradição, falar do marido, da outra mulher e deste triângulo relacional teve de ser descoberto aos poucos.

Por sugestão de uma vizinha começou a frequentar uma igreja evangélica e começou a ter paz e, se quando estivemos com ela pela primeira vez era uma mulher triste e angustiada, passado quatro meses já sorria e voltou a ter uma relação cordial com as vizinhas e familiares. No entanto o marido não voltou para casa. O *irã* foi exorcizado pelo pastor da igreja que deixou de a atormentar.

A experiência de cura encontrada na igreja não é um caso isolado. Temos visto nos últimos anos um crescer desta vertente curadora através dos “grupos de cura”, que funcionam desde os diversos grupos cristãos passando pelos orientais baseados no yoga, budismo, meditação até às igrejas espíritas (Helman, 2007).

A paciente tinha a sua própria explicação para a doença, sendo o marido o causador do seu estado, no entanto os familiares partilhavam da opinião que a causa seria o *irã* ofendido, enquadrando-se no modelo tradicional.

²⁴² Ver Anexo 6 – Receita desta mulher, idêntica a muitas outras.

Por sua vez o marido que ao pertencer a um modelo diferente – o profissional ou formal, tenta o tratamento segundo este modelo.

Vimos aqui a utilização dos diversos setores, o popular, o tradicional e o profissional, que tiveram a sua função preenchida em determinado momento e que não devem ser menosprezados como caminhos para a cura.

Este caso enquadra-se na referência que Gemmeke (2008) faz ao trabalho de Lewis (1971), como sendo um dos mais importantes estudos sobre a relação entre o género feminino e as possessões. Esta autora afirma que as possessões são a forma da mulher se revoltar contra a sua posição de mais fraca dentro da sociedade e de sujeição ao homem.

Ela deixa de ser responsável pelo estado de “aflição”, transferindo esta responsabilidade para os espíritos, que Lewis descreve como “a culturally bound²⁴³ mechanism to cope with the suffering” (Gemmeke, 2008, p. 164).

O processo de cura também sofre desta transferência uma vez que a mulher está sujeita ao homem/marido, passando a ser este e a família os responsáveis pela cura: “Cure is to be sought not by the patient, but by her husband or family” (Gemmeke, 2008, p.164).

Também o caso de uma mulher de etnia fula²⁴⁴ que acompanhamos, 29 anos, casada aos 12 anos e atualmente com 3 filhos, ilustra a necessidade que estas mulheres sentem na responsabilização do marido e família no processo de cura. O marido já casou com uma segunda mulher com a idade da sua filha mais velha e que por saber ler e escrever assumiu uma posição de arrogância face à primeira esposa.

O marido é chamado à atenção pelo enfermeiro do Centro de Saúde Mental, que não pode permitir que a primeira mulher não seja respeitada. Tal como noutros casos o tratamento²⁴⁵ durou pouco tempo (cerca de 3 semanas) daí não poder ser considerado significativo. Mesmo assim foi possível ver melhorias, tendo sido suficiente para esta mulher que lhe dessem razão, sentir-se respeitada e a sua posição dentro de casa valorizada.

²⁴³ Sintomas que só fazem sentido se integrados na cultura.

²⁴⁴ Etnia muçulmana.

²⁴⁵ Os casos em que as pacientes recorreram ao Centro de Saúde Mental foram integrados no grupo “biomedicina” como forma de qualificação, mesmo que não tenham feito medicação.

3.4. Função de um Sistema de Saúde: Dar Sentido ao Sofrimento

O corpo do sujeito e principalmente quando doente torna-se na expressão da sua própria cultura²⁴⁶, revendo-se no mito e crenças locais, sendo o papel do curandeiro o da desconstrução da teia de significados, abrindo caminho para a construção de um processo curativo.

Com a doença acontece a alteração da percepção de si e da relação com o meio, sendo a sua experiência um caminho para uma nova vivência.

Mas tanto a doença como as manifestações “mágico-religiosas” também podem ser vistas em função ao seu importante papel regulador nas sociedades onde as instituições jurídicas e políticas, que deveriam regular os conflitos, não funcionam (Zempleni, 1982).

Tal como referido anteriormente vamos apresentar três casos de pacientes que acompanhamos. Estes não são casos especiais, pelo contrário são vivências muito comuns e que pela sua tipicidade considerámos que fazia sentido retratar.

Tal como noutras culturas, na Guiné-Bissau existem modelos de tratamento paralelos e que apesar de funcionarem em esferas diferentes, se entrecruzam constantemente como podemos verificar em muitas situações e até mesmo se complementam.

Muitas foram as histórias partilhadas, de dor e sofrimento, das quais seleccionámos alguns casos que relatamos por nos terem tocado particularmente e por serem tão frequentes nesta sociedade.

1º Caso

Conhecemos T. no centro de tratamento para toxicodependentes de Quinhamel. Ela não é toxicodependente, nem nunca usou drogas, só que ali juntam-se todos os que o Estado não consegue dar respostas e que têm capacidade financeira para pagar a estadia. Apesar das precárias condições, são poucas as famílias que podem enviar para aquele local os seus filhos.

T., 42 anos, vivia em Tires (Portugal) com o marido e cinco filhos, desde 1989. Trabalhava nas limpezas e era feliz até o marido arranjar outra mulher. Tenta o suicídio²⁴⁷.

²⁴⁶ Aqui vista como sendo uma “grelha de correspondências simbólicas, que constitui uma ordenação do Universo, da sociedade e do indivíduo” (Colleyn, 2005. p. 173).

²⁴⁷ Disse-nos que tinha sido com pilhas, mas não quisemos explorar a questão por não considerarmos relevante.

Diz que em Portugal os médicos²⁴⁸ não lhe deram importância, que a trataram e nada mais, que não se preocuparam com o problema dela.

O marido manda-a para a mãe e diz que T. está “louca”. A mãe bate-lhe consecutivamente, T. devia saber aceitar que os “homens gostam de ter outras mulheres”.

A mãe não sabe o que fazer com ela, que se recusa a trabalhar, a cuidar da casa e de si própria, consegue mandá-la para o hospital de Canchungo, depois de ter ido a um djambaku e a um mouro²⁴⁹. Nada parece resultar.

O hospital envia-a para o centro com a concordância da família.

O centro é da responsabilidade de um pastor evangélico²⁵⁰, que gere este espaço numa perspetiva terapêutica com base religiosa. Aqui têm orações, música e uma tentativa de terapia de grupo. A medicação é só dada a casos graves de esquizofrénicos e psicóticos, pois faltam meios e conhecimentos.

T. entra em agosto de 2010, encontramos-nos com ela em abril de 2011 e mais tarde em outubro de 2011. Fomos testemunhando a sua evolução no caminho da cura, na última vez que estivemos com ela já falava em voltar a Portugal, que estava cheia de saudades dos filhos e já nem se importava com o marido, estava disposta a deixá-lo e a ir viver com os filhos. Em dezembro tinha efetivamente regressado a Portugal e segundo o responsável pelo centro, estaria completamente restabelecida.

2º Caso

A., de 22 anos é uma triste história de amor. Vive em Bolama com a família muçulmana. Estava prometida em casamento pela família, mas apaixona-se por outro rapaz e fica grávida. O noivado termina, o rapaz que a engravidou tem medo e foge para Bissau. A. é considerada como tendo manchado a honra da família e a partir daí passa a ser escravizada e mal tratada.

Tenta o suicídio, mas é levada a tempo ao posto de saúde, onde um médico estagiário português consegue fazer-lhe uma lavagem ao estômago que a salva e logo que restabelecida enviam-na para Bissau, ao Centro de Saúde Mental.

²⁴⁸ Diz que esteve no Hospital Amadora-Sintra.

²⁴⁹ Idêntico ao djambaku só que é muçulmano e em vez de intermediário dos irãs trabalha com o Corão. Ver descrição dos diferentes tipos de curandeiros.

²⁵⁰ A descrição deste centro é feita no ponto “2.7. A Biomedicina e os Seus Agentes”.

A., está triste diz que para viver assim, mais vale morrer. Chora. A mãe diz que ela está cada vez mais preguiçosa, “anda pelos cantos a chorar”, que a culpa foi dela.

É difícil explicar a esta família que a filha está doente, que aquilo que tem não é preguiça e que é importante serem mais tolerantes com ela para que possa melhorar.

Para estes pais é difícil aceitar estas situações, quando seria suposto as filhas casarem e eles receberem o dote. Agora ficaram com duas bocas para alimentar.

Quando falamos sobre o filho anima-se um pouco. Talvez o pai perdoe ao rapaz que a engravidou e eles possam casar.

Quando vai embora leva consigo a receita que o enfermeiro lhe passou e promete tomar os medicamentos, mas sabemos que vai ser difícil, pois em Bolama não os vai conseguir comprar e mesmo que os quisessem comprar em Bissau, a família não tem posses para gastar dinheiro em medicamentos, já bastou a canoa para Bissau. Promete voltar passado um mês.

Passado o mês não voltou e somos nós²⁵¹ que acabamos por telefonar ao médico em Bolama. O enfermeiro do posto vai fazendo o controlo da situação e vai falando com A. Os pais estão com medo que ela volte a tentar o suicídio, por isso têm sido mais tolerantes, parece que o pai está disposto a perdoar ao rapaz que engravidou a filha e é possível que se casem. Quanto à medicação, nada foi feito.

3º Caso

N. é o primeiro caso para o qual somos chamados pelo enfermeiro responsável pelo Centro de Saúde Mental, em abril de 2011.

Uma jovem de 23 anos, que não aparenta ter mais do que 16 anos, é trazida pela mãe à consulta no Centro de Saúde Mental do Hospital 3 de Agosto. Queixa-se de dores de cabeça, não come, só chora, não consegue ir à escola e não dorme.

É uma jovem revoltada por não ter condições financeiras que lhe permitam o acesso a uma bolsa de estudo fora da Guiné-Bissau, onde ela não vê qualquer futuro para si.

A prima, sua melhor amiga foi estudar para Cabo Verde, o namorado conseguiu uma bolsa para a Rússia e outras amigas seguiram para a Polónia e Brasil, só ela ficou!

²⁵¹ Quando dizemos nós, referimo-nos ao pedido que fizemos ao responsável do Centro de Saúde Mental para entrar em contacto com o posto de saúde de Bolama durante a nossa estadia e continuar a manter o contacto para saber a evolução do caso.

O enfermeiro diz-lhe que ela tem de fazer os deveres da casa, limpar e arrumar a casa, que não pode gritar com a mãe e que lhe deve obedecer. Algumas destas indicações causam estranheza pois não fazem parte da nossa cultura. Isto mostra a necessidade de treino adequado para lidar com outras culturas. Nas culturas africanas e asiáticas é normal a odediência aos mais velhos, sendo grave a sua não observância.

N. diz que sim e é mandada para casa com uma receita de amitriptilina 25mg, 1 comprimido à noite.

Passado cinco meses voltamos a Bissau e contactamos a mãe²⁵², que nos diz com um ar de profundo sofrimento que a filha saiu de casa e que está em casa de uma amiga.

Está muito preocupada pois acha que a filha não cumpriu o Ramadão e que não deve andar a respeitar os princípios do Islão.

Conseguimos um encontro com N., que se mostra mais segura e disposta a lutar por um objetivo. Fez a medicação durante algum tempo, mas não soube precisar se um ou dois meses e decidiu que tinha de mudar, para isso saiu de casa da mãe, mas diz que é só durante um tempo, para organizar as ideias e que depois vai voltar.

O certo é que passado dois meses após este nosso encontro já tinha voltado para casa, estava a fazer um curso de informática no Centro Cultural Brasileiro e estava com grandes perspetivas em relação ao futuro, principalmente porque a mãe acabou por concordar em a deixar ir para Cabo Verde onde tem uma tia.

N. é uma nova rapariga, cheia de sonhos e com vontade de trabalhar para os concretizar.

Não nos pareceu, que o ter deixado os medicamentos prematuramente a tenha afetado, recusou-se a desempenhar o papel de doente “*sick role*”, assumindo por si própria a responsabilidade da cura.

Ficaram aqui algumas das muitas histórias que nos foram contadas e que retratam a vida da maioria das mulheres na Guiné-Bissau.

Todos os sistema de saúde têm uma diversidade de funções, sendo a primeira destas o dar significado à doença ou seja em que sistema é que o doente se sente reconhecido como tal para que seja possível o caminho para a cura. Os casos apresentados mostram-nos como é possível a cura sem a medicina formal, levando-nos a refletir sobre a dicotomia entre os

²⁵² O marido foi para Portugal, era N. pequena e nunca mais soube nada dele. Esta situação é bastante frequente.

conceitos de *disease/illness*, descrito por Kleinman (1988) e que nos leva à percepção da doença consoante a posição de quem a olha e de quem a vivencia

Há pois uma diferença fundamental, que infelizmente a língua portuguesa não consegue partilhar com a língua inglesa e que clarifica a experiência dos sintomas e sofrimento, em que *Illness* é a forma como a doença é vista e sentida pelo doente e membros da sua família, sendo a perspetiva da doença que pode ser controlada pelo doente e que o leva ao médico ou a outra forma de ajuda profissional. A este sentir, Pussetti (2009, p. 195) chamou-lhe *doença-facto*, em que o indivíduo sente a sua doença, sente que se passa algo com o seu interior, enquanto que *Disease* já é a perspetiva do profissional, para a qual foi treinado, fazendo a leitura dos sintomas segundo o sistema nosológico dentro do qual está inserido.

Também o modelo biomédico tem sido questionado de diversas formas entre as quais pelo modelo biopsicossocial. Este modelo olha o indivíduo e a doença nas suas diversas dimensões, lembrando que a doença para além da dimensão biológica também tem uma vertente psicológica, assim como social, que têm de ser consideradas.

Apesar de não questionarmos o modelo biomédico no seu todo, parece-nos ser importante e de todo o interesse que exista uma complementaridade entre os três sistemas terapêuticos de Kleinman, o popular, o tradicional e o profissional e que De Jong detetou e descreveu quando da sua permanência na Guiné-Bissau, nos anos 80.

O setor tradicional ou medicina tradicional pode ser visto como uma mistura de diferentes componentes e que na Guiné-Bissau, constituiu até há pouco tempo, conjuntamente com o setor popular, o principal sistema de cuidados de saúde e que continua a ter um papel preponderante para as populações.

O setor popular baseia-se não no conhecimento profissional, mas na cultura popular onde o sofrimento é reconhecido para depois se escolher e iniciar o tratamento. Este sistema apoia-se na auto-ajuda e na ajuda do meio ambiente de forma direta.

O doente, sempre apoiado pelos familiares começa por fazer oferendas aos *irãs* e se obtiver uma resposta satisfatória no sentido da cura, vai ao mercado comprar ervas e/ou raízes com as quais prepara beberragens ou chás. Pode ainda decidir comprar chloroquina²⁵³ e aspirina, pois há sempre a incerteza se o mal que se está a sentir se não será malária.

²⁵³ Para o tratamento da malária.

Desta forma pode-se dizer que está estabelecida a ligação entre setor popular e tradicional e ao analisar a evolução da doença e do tratamento pode sempre ser tomada a decisão de se mudar o sistema terapêutico.

Olhando para os casos anteriores e questionando se os sistemas terapêuticos na Guiné-Bissau conseguem dar um sentido ao sofrimento para que se encontre um caminho para a cura, podemos dizer que sim. Vimos que em determinado momento foi necessário dar uma interpretação segundo a cosmologia local em que a responsabilidade seria externa ao indivíduo, para se passar para uma segunda perspetiva ou abordagem em que seria o indivíduo responsável pela sua cura.

Nos casos em que houve intervenção de curandeiros, estes tiveram o importantíssimo papel da remoção de feitiços ou de acalmar os *irãs*, sendo depois possível outro tipo de abordagem. Este é um aspeto que os profissionais da medicina formal devem sempre ter presente, pois por muito que se queira fazer, se este aspeto não for acautelado dificilmente se conseguirá atingir a cura.

Ainda em relação aos casos anteriormente descritos, podemos-nos questionar: Se todos os organismos reagem no sentido da evolução, fugindo do que causa desconforto ou dor, porque é que estas mulheres se viram bloqueadas e incapazes de seguirem no caminho da libertação no momento necessário e deixaram a situação arrastar-se? Quais as forças que as impediram de se libertarem?

Mas ao analisarmos os fatores que intervieram no processo da cura, ficou claro que foi necessário um apoio, para que houvesse o tal crescimento que lhes permitiu seguir no caminho da cura. Também ficou visto que a intervenção da família num sentido positivo foi imprescindível.

3.5. Os Caminhos da Cura

A palavra terapia vem de *therapeia*, de origem grega, e relaciona-se com os cuidados de saúde e o tratamento de doenças. Por sua vez, se olharmos os sistemas terapêuticos como sendo as práticas de prevenção, deteção e tratamento de doenças, associados a uma determinada época e cultura, podemos dizer que os sistemas terapêuticos tradicionais serão as estratégias tradicionais organizadas com base nos conhecimentos culturais locais. É pois fácil de perceber que estes sistemas são anteriores à medicina moderna.

Estas práticas curativas integram as crenças e conhecimentos culturais, com uma perspectiva holística, onde todo o ambiente está envolvido e contribui tanto para a doença como para a cura, sendo por isso que estas práticas são mais facilmente compreendidas e aceites pelas populações.

Como parte desse todo, o indivíduo é olhado como responsável pela sua condição de saúde, que deve manter através das oferendas aos *irãs*.

O sistema terapêutico na Guiné-Bissau está alicerçado na cultura local no que diz respeito à saúde, causas de doenças, formas de cura e importância do grupo social para a cura. Os guineenses possuem o seu próprio modelo explicativo das doenças, variando em função das diversas subculturas, e correspondentes formas de tratamento. Estes modelos refletem o sistema terapêutico suportado pelas crenças e mitos sobre as origens das diferentes doenças e o restabelecimento da saúde

Esta visão da doença e tratamento combinam profundamente os feitiços, a ervanária e os rituais mágicos-religiosos.

As doenças podem ser atribuídas aos humanos através da prática de feitiçaria, tendo o tratamento nesse caso de passar por um feiticeiro, pois só ele possui conhecimentos e poder para anular o feitiço²⁵⁴, ou pelo ambiente e aí basta usar as plantas e raízes tradicionais como forma de tratamento.

Uma doença crónica que não se consegue curar apesar das idas ao curandeiro e ao posto de saúde pode ser um sinal para um ritual que não foi cumprido. A maior parte das vezes a falta de dinheiro é a grande justificação para o incumprimento, só que os *irãs* não olham a meios para alertar os mortais e por isso acontece a *mufunesa*, quer isto dizer os azares que muitas vezes se traduzem nas crianças da família ficarem doentes ou mesmo a sua morte, situação também verificada por Einarisdóttir (2004).

Os relatos sobre a origem da doença podem ser diversos, daí a necessidade do investigador ir para além do simbólico na busca das origens, de forma a que "...mostre as coisas de um modo diferente do que parecem ao vulgo, pois o objeto de qualquer ciência é descobrir..."(Durkheim, 1984, p. 7) não que o descortinar a origem seja sempre a chave para a solução, mas será pelo menos uma linha de orientação para a busca da cura.

Tal como na biomedicina, na medicina tradicional a perceção que se tem da doença e a forma de lidar com ela, vai influenciar todo o processo terapêutico e a descodificação dos

²⁵⁴ Pode acontecer reconhecer que não tem poder suficiente face àquele feitiço ou *irã*, aconselhando outro feiticeiro que possa solucionar o caso.

sintomas permite identificar a doença e só a partir daí é possível encontrar a melhor forma de a tratar.

Dependendo do status e da localização geográfica do doente e família, este será levado para a medicina tradicional ou para a medicina formal. No entanto é quase certa uma passagem, senão do doente, pelo menos de um familiar por um curandeiro, apesar dos indivíduos mais escolarizados não admitirem abertamente que o fazem e só após longa conversa acabam por admitirem que também eles vão ao curandeiro.

Também é frequente a ida a mais do que um curandeiro para que a origem da doença seja confirmada, mesmo que paralelamente seja utilizado o sistema biomédico.

Na cultura tradicional o doente tem pouco a dizer sobre a sua doença, delegando a terceiros a preparação da solução para a cura, acabando por não diferir muito do sistema formal ou biomédico, onde o doente deposita a sua cura nas mãos do médico e na indústria farmacêutica, que lhe prepara e prescreve como deve tomar o medicamento, sendo o seu papel muito pouco ativo.

A medicina e o ato médico foram desde sempre rodeados por uma aura de magia e secretismo com todo um conjunto de técnicas e saberes que ultrapassavam o entendimento humano. As prescrições, as restrições, os banhos, os vapores, as manipulações cirurgias são rituais tão mágicos²⁵⁵ como os praticados pelos curandeiros que também têm por base a aprendizagem e a experiência.

Na Guiné-Bissau a magia tem um poder muito forte e tal como Malinowski, (1948, p. 21) referiu sobre o poder da magia na esperança na vida, esta tem o papel de “ritualizar o optimismo do homem, aumentar a sua fé na vitória da esperança sobre o medo”.

Mas ao mesmo tempo que a magia tem esta capacidade criadora de otimismo e esperança, capaz de impulsionar o indivíduo para a vida, também pode ter o efeito exatamente contrário levando ao medo e à morte.

No entanto, para que possa haver uma cura o paciente tem de sentir que quem está do outro lado a ouvi-lo, seja em qualquer sistema terapêutico pelo qual tenha optado, que lhe está a dar importância, tentando perceber o seu discurso, tantas vezes carregado de angústia, sofrimento e desesperança.

Não podemos deixar de retratar o psicólogo que acompanhamos e que no final deste trabalho se mostrou como sendo o sistema de tratamento com maior sucesso em termos de recuperação das mulheres.

²⁵⁵ Tanto os ritos mágicos como a magia são “factos de tradição” (Mauss, 2000, p.16) que se repetem e cuja eficácia o grupo acredita.

O Dr. Cabi, mais conhecido por Didi como gosta de ser chamado, é um jovem com pouco mais de 30 anos, licenciado em terras brasileiras. Com uma prática muito aberta e uma postura humanista²⁵⁶ naquilo que são os seus princípios filosóficos e prática clínica, procurando valorizar as potencialidades das pacientes²⁵⁷, incentivando-as a irem mais além e a lutarem pela sua felicidade, num processo de transformação do “eu” vítima num “eu” lutador e vencedor.

Uma vez que estávamos presentes durante as consultas²⁵⁸, podemos observar a forma como as conversas entre psicólogo e paciente(s) seguiam um curso simples, sem grandes complexidades académicas, mantendo um baixo nível técnico de forma a que as mulheres se sentissem à vontade.

Quando aconteciam sessões em grupo, havia uma participação ativa das mulheres, que por não terem familiares por perto se sentiam livres para exporem as suas angústias, havendo uma discussão aberta e livre de constrangimentos²⁵⁹.

O Dr. Cabi deixava o diálogo fluir no sentido em que o grupo pretendia e quando era questionado por alguma mulher sobre o que fazer numa determinada situação, ele devolvia a questão para o grupo, perguntando o que as outras mulheres pensavam e como se podia resolver aquele problema, quer fosse sobre questões familiares ou sobre formas de ganhar algum dinheiro.

Contrariamente a outros sistemas, que acompanhamos da mesma forma, aqui as mulheres iam sozinhas sem a companhia dos maridos ou de qualquer familiar, permitindo a criação de um ambiente mais relaxado. Vê-se assim a importância dos pacientes se sentirem livres para se expressarem e falarem de tudo o que os magoa sem constrangimentos familiares.

Também não havia críticas, como acontecia noutras formas de tratamento, mas sim uma conversa onde as mulheres eram levadas a refletir sobre si, sobre a sua vida, onde

²⁵⁶ Segundo o Dr. Cabi a sua formação em psicologia, apesar de ter conhecido e estudado todas as correntes, foi basicamente cognitivo-comportamental. No entanto para ele, a utilização de uma só abordagem era limitadora, daí apoiar-se muito na corrente humanista e da utilização dos grupos como forma de partilha de situações multipessoais.

²⁵⁷ Apesar de não gostarmos desta classificação, vamos usá-la por uma questão de facilidade de identificação de quem pede ajuda.

²⁵⁸ Procurou-se nunca intervir, no entanto isso era impossível, pois frequentemente pediam a nossa opinião, conselho ou sugestão. Procurou-se devolver as questões de forma a que fossem as mulheres a chegarem a uma conclusão do que seria melhor para elas, mas nem sempre era possível pois não queríamos ser interpretados como estando a ser rudes.

²⁵⁹ Assistimos algumas sessões na prisão de homens de Bafatá e na de mulheres em Mansôa. Aqui os presos eram reunidos no pátio e a sessão era dirigida a um assunto específico. Os presos que sentiam necessidade de falar sobre algo em particular, no final tinham alguns momentos a sós com o Dr. Cabi.

queriam chegar e como o fazer, acima de tudo sentiam que não estavam sós e que havia esperança, pois se outras tinham conseguido elas também iriam conseguir.

3.6. Os Curandeiros e Rituais Curativos

Os curandeiros são homens/mulheres, que apesar de integrados no seu meio acabam por se distinguir da população em geral, constituindo mesmo uma categoria à parte, tanto pelas suas capacidades como pelo seu grande saber²⁶⁰, quer a nível de plantas quer na capacidade em se relacionarem com o mundo dos espíritos.

O seu poder vai para além do simbólico, é reconhecido como um poder mágico na sua sociedade, permitindo exercer uma “ação direta sobre os acontecimentos e sobre o mundo” (Bourdieu, 1989, p. 14). A sua história de vida (com relevância para o “chamamento” que normalmente é acompanhado por azares e doenças), a sua aprendizagem sobre plantas e métodos de tratamento feita com um mestre muitas vezes seu parente, são fatores relevantes no seu novo papel onde emergem as qualidades curativas, capacidades mediúnicas e divinatórias.

Não se é curandeiro porque se quer, mas sim porque pelo chamamento o indivíduo se vê obrigado a aceitar esta sua natureza mística, tanto para o seu bem como para o do grupo. Situação idêntica é descrita por Pereira (2000) sobre os *machi* do Chile, em que as doenças e conflitos se sucedem até à aceitação do chamamento, para então se dar início ao processo de aprendizagem do novo papel para o qual se foi “empurrado”.

Também Carvalho, no artigo “De Paris a Jeta, de Jeta a Paris. Percursos migratórios e ritos terapêuticos entre França e Guiné-Bissau” relata o caso de Sábtor que só após aceitar a escolha do espírito do pai, para que se tornasse *napene* (em manjaco) ou *djambakó* (em crioulo), é que conseguiu deixar de estar doente e cessaram os azares.

Caso idêntico foi-nos relatado por B. A primeira vez que nos encontrámos foi no encontro com curandeiros que organizámos no Direção Regional de Saúde do Setor de Bissau²⁶¹, em 2012, depois desse dia passámos a visitá-la em casa, no bairro de Missirá, onde nos foi contando a sua história.

²⁶⁰ Particularmente os marabouts que viajam entre países para recolherem plantas e estabelecerem consultórios, estendendo mesmo as suas redes pela Europa.

²⁶¹ Ver Anexos 4 e 5.

De etnia mancanha, católica, gostava de ir à missa, mas a certa altura da vida começou a correr mal, com azares uns atrás dos outros, até que um dia foi atingida num olho por uma pedra e teve de ser suturada.

Ninguém com quem ela estava, viu a pedra que logo desapareceu, nem de onde foi atirada, apesar de estar rodeada de várias pessoas.

O marido acabou por ir embora, o que ela justifica agora, com o facto de que os espíritos não gostam que as suas intermediárias “tenham homem”.

De noite ouvia vozes, tinha visões e de manhã as coisas estavam mudadas de lugar.

A família levou-a ao Centro de Saúde Mental. Começou com o tratamento²⁶², mas acabou por desistir pois sentia-se mal e as visões não desapareciam.

Foi então a um *djambaku*²⁶³ e acabou por aceitar o seu destino de curandeira.

Conta que tem 10 espíritos mancanha com ela, são todos militares e expressam-se em mancanha, atualmente há um papel²⁶⁴ que quer entrar, mas ainda não conseguiu, pois os outros não deixam. Cada espírito tem o seu dia, nunca são todos ao mesmo tempo. Ela chama-lhes “espírito santo”, no entanto não têm qualquer relação com o espírito santo da igreja católica. Diz que gostava de voltar a ir à missa, mas que os padres reconhecem os fios brancos²⁶⁵ que tem no pulso e por isso tem medo que a mandem embora.

Tem um discurso lógico e claro, é uma mulher muito afável, que gosta de explicar o seu percurso e o seu trabalho, não mostrando qualquer distúrbio psicológico.

Aqui, como em muitas outras situações, num primeiro momento a família optou pelo setor formal/biomedicina, mas quando ficou claro que os resultados não eram animadores, houve a necessidade de procurar o setor tradicional o qual deu resposta ao seu problema permitindo-lhe voltar a ter uma vida normal.

Os sintomas apresentados são manifestações locais que só neste quadro conceptual fazem sentido, enquadrando-se no que é descrito como “*culture-bound disorders*” (CBDs) ou seja, são doenças que só fazem sentido para um determinado grupo de pessoas, cultura ou área geográfica (Helman, 2007; Kleinman, 1980).

Estas doenças são identificáveis pelo grupo comunitário como tendo causas sobrenaturais e/ou causas relacionadas com o ambiente.

Tal como verificámos durante a nossa investigação, estas doenças apresentam um conjunto de símbolos sociais, morais e psicológicos reconhecidos tanto pelo indivíduo como

²⁶² Foi-lhe prescrito Haloperidol.

²⁶³ Curandeiro animista.

²⁶⁴ Etnia.

²⁶⁵ Sinal de que trabalha com o oculto.

pelo grupo, que acabam por ter uma função reguladora e apaziguadora dos envolvidos, sendo uma forma para expressar emoções segundo a cultura, recriando assim a união do grupo (Helman, 2007).

Muitas vezes não é fácil perceber as dificuldades que se apresentam para os indivíduos com uma cultura diferente àquela para a qual os manuais²⁶⁶ de psiquiatria foram escritos.

No fundo falta-nos a competência cultural para entender o outro na sua alternidade e com as suas doenças, na forma como expressa e fala das suas emoções e frustrações.

Este conceito de competência cultural foi desenvolvido na América do Norte nos últimos anos por força tanto da crescente imigração, como do aumento da diversidade étnica, tendo-se tornado popular entre os agentes da área da saúde (Helman, 2007; Like, Steiner & Rubel, 1996).

Dentro do que é descrito como “*culture-bound disorders*” ou também “*culture-bound syndromes*” (Pussetti, 2006), encontramos as patologias comportamentais e emocionais, que frequentemente apresentam uma larga vertente somática, em que os sintomas descritos como mais incomodativos são os que fazem mais sentido na cultura onde o indivíduo está inserido, daí o ser frequente encontrar para a mesma patologia diferentes sintomas.

Uma vez que encontrámos sintomas semelhantes a outras investigações, como o aperto no coração, o mal estar a nível do coração²⁶⁷ e a agressividade, não podemos deixar de nos referir a alguns “*culture-bound disorders*” estudados em diversas culturas.

Helman (2007) refere que Good (1977) identificou em Maragheh (Irão) o “*narahtiye qalb*” ou “coração stressado”, em que os sintomas apontados para esta patologia constavam de sintomas físicos como as irregularidades no batimento cardíaco, a tristeza e a agressividade. Good ao estudar esta doença concluiu que aparece após discussões e conflitos familiares, problemas de infertilidade, mortes de parentes próximos, gravidez e parto.

Krause em 1989 descreveu o “*dil ghirda hai*”, que se pode traduzir por “coração que se afunda”, entre os Hindus e os Sikhs Punjabis que viviam em Bedford, Inglaterra (Helman, 2007). Estes identificavam os sintomas que sentiam a nível do peito e do coração. Este sentimento está profundamente ligado ao sentimento de fracasso a nível social e relaciona-se com a capacidade, ou melhor incapacidade em controlar o que, para estes indivíduos consideram ser comportamentos promíscuos de algumas das suas filhas.

²⁶⁶ DSM – V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. No CID-10 Classificação Internacional de Doenças, capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais.

²⁶⁷ Pussetti, 2006, refere os “corações queimados” como queixa das mulheres em Bubaque – Arquipélago dos Bijagós.

Nestes casos tal como nos nossos, mesmo que exista algum fundo físico ou psicológico para o tratamento com a biomedicina, é e foi, muitas vezes importante o envolvimento dos curandeiros e líderes religiosos, que com toda a sua legitimidade que ascende a antes da biomedicina (Boia e Errante, 2002) acabam por ser em muitos locais, os únicos agentes da cura (Boia e Errante, 2002) sendo que a sua capacidade para a cura, advém da crença na eficácia da manipulação física e/ou psíquica.

O doente tem de acreditar no simbolismo do ritual da cura e que o curandeiro tem esse poder, tal como as prescrições do médico cujos comprimidos muitas vezes só têm um efeito placebo, só com a diferença que o curandeiro faz parte da cultura e mantém-se nela, enquanto que o médico saiu da esfera da crença e passou para o mundo da ciência, perdendo assim o contacto com os seus ancestrais e cultura tradicional.

Os rituais e todo o simbolismo que os envolve têm origem remotas e em geral com uma vertente religiosa. Os objetivos para a sua execução variam conforme a ocasião e necessidade, desde a purificação, à iniciação ou a todo um processo curativo.

Em todas as sociedades encontramos rituais e formas de ritualização de momentos de particular importância para o grupo e que importa assinalar, como os relacionados com determinadas fases da vida, como os ritos de passagem (batizados, casamentos, etc) em que o indivíduo adquire uma “nova identidade social” (Helman, 2007, p. 193) ou com o restabelecimento do clima de harmonia entre familiares ou vizinhos desavindos (Natal, Páscoa, etc.) provocando memórias e lembranças como forma de restabelecer a paz, muito na linha do que é feito nas psicoterapias.

O responsável ou mediador nestes momentos assume para si o papel mágico da cura, física ou social. É o xamã, o feiticeiro, o curandeiro, mas pode ser o padre, o pastor ou o rabi.

Apesar do lado dramático e mesmo assustador que acompanha os curandeiros, estes acabam por serem criadores de uma fenomenologia²⁶⁸ positiva, através da qual e da sua atuação e explicações dão sentido à doença, permitindo o reestabelecimento do equilíbrio no grupo.

No espectro oposto temos o feiticeiro, cujas práticas são vistas como maléficas e causadora de desgraças devendo o causador ser punido, se possível com a morte.

Tal como noutros países africanos (Beek, 2010) na Guiné-Bissau está a emergir um novo grupo de curandeiros que procuram a junção da medicina tradicional, com o lay-out e a imagem da biomedicina.

²⁶⁸ Não no sentido da corrente filosófica desenvolvida por Husserl (1859-1938), mas no sentido do fenómeno não ser um mero facto. “Estar aquém do facto” (Lopes, 2006, p. 293). Positivo, porque é dada uma explicação compreensível para o acontecimento

No Iémen, Underwoods foi encontrar os *sahi*, também conhecidos pelos “doutores injeção” ou os “homens agulha”, uma vez que na sua actividade como curandeiros fazem a aplicação de injeções com medicamentos ocidentais. Também no Kénia, Kimani encontrou estes novos curandeiros que administravam injeções, antibióticos e medicamentos diversos que conseguiam adquirir no mercado negro (Helman, 2007).

Este é o caso do curandeiro Sumba e da mulher Ana²⁶⁹, que apesar não utilizar injeções procura que o seu espaço se identifique o mais possível com um consultório e onde as mézinhas são vendidas em frascos que estão dispostos em prateleiras como se de uma farmácia se tratasse (Anexo 1).

Tudo tem um ar limpo e funcional e enquanto que Sumba desempenha o papel de curandeiro, a mulher, D. Ana, de bata branca funciona como secretária e ajudante.

A utilização da bata tem um forte poder simbólico pois associa ao processo de tratamento tradicional o poder curativo da medicina ciência, atribuindo de imediato um poder de cura superior ao dos curandeiros locais.

Tal como num posto de saúde, logo de manhã juntavam-se umas quantas pessoas à sua porta que eram atendidas por ordem de chegada.

Umás pela primeira vez, outras para fazer o controlo do tratamento, mas para nós só nos interessava quem sofria de tristeza.

Aqui não há internamentos, tanto pela falta de espaço e condições adequadas, como por toda a responsabilidade e logística a que isso obriga.

Para a tristeza prescreve um chá de raiz de *Djutu*²⁷⁰, 3 x dia, durante 7 dias. Segundo a explicação que nos foi dada, este chá vai provocar um “acordar” do corpo que está adormecido²⁷¹.

Para dormir prescreve *Pau de nya*²⁷² que se faz um chá e bebe-se 3 x dia durante 10 dias, mas refere que é muito importante o falar com a família nas situações de tristeza prolongada, para perceber o que está por detrás.

Para dar energia o indicado é o chá de *Pau de luto*, que se toma de manhã.

²⁶⁹ Não têm uma denominação específica para além de curandeiros, pois são católicos. Não podem ser considerados verdadeiros herbalistas uma vez que não tiveram formação na área das plantas. Estão inscritos na associação dos curandeiros PROMETRA – Guiné-Bissau.

²⁷⁰ *Securidaca longipedunculata*, nome latino.

²⁷¹ Corpo que perde a vontade de se movimentar.

²⁷² O investigador Bucar Indjai do INEP-Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa. Bissau, que trabalha com plantas medicinais não conseguiu saber os nomes latinos por não serem plantas guineenses.

A forma de preparação das mézinhas é idêntica em todos os curandeiros. É feita a secagem e trituração a pó para se fazerem chás, bebidas ou banhos, mas também se podem usar as folhas frescas que se juntam à água do banho.

3.6.1. Os *djambakós/djambacós/djambakus*.

Entre os animistas identificámos como intermediários dos *irãs*, os balobeiros ou sacerdotes e os *djambacós*²⁷³. Os primeiros apesar de não serem curandeiros têm um papel mais alargado pela responsabilidade de guardarem a baloba, local onde se encontra o *irã*, que como já foi referido pode ser uma pequena barraca ou um poilão²⁷⁴ mas que também podem transmitir pedidos²⁷⁵ ao *irã* em sessões onde a aguardente corre de mão em mão entre os diversos participantes. No início de cada rodada, são lançadas para o chão algumas gotas da aguardente que irá ser partilhada, como forma de convite ao *irã* para que participe na sessão, com a expectativa que sejam encontradas respostas aos diversos pedidos e questões colocadas. Esta é também a forma de mostrar respeito e temor pelos que estão para lá do visível.

Os balobeiros recebem o chamamento de forma idêntica a qualquer outro curandeiro, sendo a doença e os azares tanto a nível pessoal como com os familiares e particularmente com a doença de crianças da família, o sinal para desempenharem este papel.

Os *djambacós* apesar de serem pessoas simples (Anexo 1) não passam despercebidos sendo considerados como sendo homens sábios ou “homens grandes”, são os curandeiros e os adivinhos e tal como os balobeiros vêm as suas capacidades aumentadas quando entram em estado de transe.

Segundo o dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora²⁷⁶, este é um estado de êxtase ou de exaltação, mas também podemos dizer que será um estado alterado da consciência, muito idêntico ao que se generalizou no início do século XIX, na sociedade ocidental, por Allan Kardec, ao estabelecer a doutrina espírita.

²⁷³ Tal como António Carreira em 1961 e anteriormente referido.

²⁷⁴ Tipo de árvore com enormes raízes salientes à superfície formando verdadeiras grutas.

²⁷⁵ Só os balobeiros e os “homem grande” (ancião) é que conhecem os segredos que os rituais implicam e a sua divulgação é punida pelo *irã*, com risco de vida (Kipp, 1994).

²⁷⁶ Edição de 2006.

Considerando o estado de transe dos curandeiros como uma forma de possessão, vemos que o indivíduo parece adquirir uma nova personalidade que o passa a controlar. Os espíritos “entram dentro do corpo” assumindo o seu controlo e podemos observar, que o indivíduo possuído manifesta três alterações: a nível da face, a nível da voz e a nível do comportamento (Bastide, 2003).

Este estado de transe também pode ser visto como uma passagem ou uma via de entrada noutro mundo, provocado pelo som dos tambores, plantas ou defumações. A entrada neste estado requer um grande envolvimento físico do *djambakó*, com uma grande agitação física sempre acompanhada com a ingestão copiosa de aguardente.

É importante assinalar que este estado de transe não pode, nem deve ser comparado com a perturbação dissociativa, no sentido de patologia mental, uma vez que estas manifestações são aceites como “normais” dentro da cultura, apesar de em tudo serem semelhantes. Mas tal como Frances & Ross (2004, p. 253) alertam, estes estados “...são habitualmente aceites, em muitas culturas, como parte de experiências religiosas ou sociais”. Acrescentando que se “não provocarem mal-estar ou défice significativo” não deve haver diagnóstico de perturbação mental.

Já o transe hipnótico²⁷⁷ é em tudo diferente, uma vez que o indivíduo mantém sempre o controlo da situação, com a consciência moral sempre desperta²⁷⁸.

Apesar da hipnose estar muito associada ao fenómeno dissociativo, este opera dentro das expectativas do hipnotizado, que ao acordar diz não se recordar de nada. No entanto, se fizesse um pequeno esforço conseguiria lembrar-se do que foi dito ou feito, nem que fosse parcialmente²⁷⁹.

É em transe que os *djambakós* vão à noite²⁸⁰ apanhar as plantas que necessitam para os tratamentos. Quando saem fazem-no sem saberem para onde se devem dirigir, os seus passos são orientados pelos espíritos, que os fazem parar quando chegam à planta de que irão necessitar. Mas antes de o fazerem é necessário pedir autorização aos *irãs*, explicando quem é o doente e de que doença sofre, só assim há a garantia de trazer a planta certa.

²⁷⁷ Aqui usamos a definição de Oakley (2008) referida por Matos & Simões (2013, p. 53) como sendo “um estado alterado, independente das sugestões”.

²⁷⁸ A ideia que se é levado a situações embaraçosas foi proliferada através de programas televisivos, com aquilo que se chama de “hipnose de palco”.

²⁷⁹ Por reconhecimento prático.

²⁸⁰ Durante o dia é totalmente contra indicado devido ao grande calor que enfraquece as suas propriedades curativas.

Esta ida ao mato não acontece sem perigo, sendo imprescindível irem munidos de aguardente e alguns alimentos, como ovos cozidos para deixarem como forma de agradecimento em serem poupados pelo grande *irã*-serpente.

Apesar desta proximidade relacional com o mundo do além, também eles têm de andar protegidos usando diversos amuletos²⁸¹.

Mas a grande força e poder vem de Deus que se manifesta na natureza, permitindo que os *irãs* os guiem na busca das plantas que curam ou através dos encantamentos que produzem por palavras.

Todos os *djambakós* têm uma forma de trabalhar muito idêntica, daí serem consultados por indivíduos de diferentes etnias.

Não é fácil criar classes ou agrupar os curandeiros segundo um modelo ocidentalizado, uma vez que as variações na forma como praticam o seu conhecimento referem-se mais à forma de identificação da doença, do que às técnicas de tratar. A maioria dos curandeiros reconhece a doença pela descrição feita pelos pacientes, no entanto alguns referem a necessidade em consultar os *irãs*.

Muitos especializam-se em determinadas doenças²⁸² como a esterilidade, a impotência, as diarreias e doenças dos órgãos digestivos, as picadas de serpente, as dores de cabeça ou em ortopedia (ossos partidos, deslocamentos, problemas de coluna).

Qualquer tratamento tem início com a leitura do oráculo que irá garantir que o *irã* permite o tratamento e que irá inspirar o curandeiro para que o diagnóstico seja correto, este processo é conhecido por *bota sorte* e culmina com a determinação do preço do tratamento.

Depois do local da doença ser identificado, é soprado o chifre sagrado – *Ukwot*, nesse ponto para que o ar soprado leve o mal ou, pelo contrário é chupado, sendo sempre a ideia o fazer sair o mal causador da doença.

Para que o estado de saúde seja consolidado e mantido, o doente tem de voltar ao curandeiro - *torna boca*, com um animal para ser abatido.

Dos diversos *djambakós* com quem contactámos o mais difícil foi o “Homem Grande” Zé. De etnia balanta, este homem dirige um hospital tradicional de grande renome (Ver Anexos) e reconhecimento oficial na Ponta do Zé, localizado entre Bissau e Quinhamel.

²⁸¹ Os *djambakós* homens, de etnia papel usam uma pequena bolsa à cintura, a *barkafon*, enquanto que as mulheres usam como proteção uma garrafa, as mulheres mancanha usam um chifre cheio de areia. Não é a forma do objeto que conta mas sim o valor simbólico que lhe é atribuído.

²⁸² Soubemos que na ilha de Orango há um curandeiro especialista nas doenças do espírito, mas por falta de tempo não nos foi possível deslocar até à ilha, que por falta de transportes seria um exercício que implicaria pelo menos 10 dias para ir e voltar.

O pai Zé, como é conhecido iniciou a sua actividade de *djambakó* em 1994, quando recebeu uma mensagem de Deus no sentido de começar a tratar de doentes e desde aí nunca mais parou, tendo a sua fama vindo a aumentar ao longo dos anos.

Com 7 mulheres e 17 filhos para sustentar queixa-se dos tempos e da falta de dinheiro. Atualmente só tem possibilidade para acolher os 80 doentes que se encontram no hospital em tratamento, quando algum não pode pagar o arroz é ele que dá a alimentação, muitos doentes ficam meses e por vezes alguns membros da família ficam a acompanhar o doente, daí a restrição do número de internamentos.

Para além do arroz os doentes e os familiares, devem contribuir com alguns bens como tabaco, aguardente de cana, redes, roupa de cama, sabão e também algum trabalho físico como na reconstrução dos espaços, das enfermarias e mesmo nos campos.

As enfermarias extremamente rudimentares, tendem a seguir a disposição das enfermarias das unidades hospitalares (Ver Anexos).

O processo de marcação das diversas entrevistas que tivemos com este “grande homem” foi sempre longo e moroso apesar do intermediário ser um sobrinho do senhor Zé e de já sermos conhecidos. Sabemos que muitos curandeiros são desconfiados, tendo receio que lhe roubem os segredos, por isso temos de aceitar o processo, ser paciente e negociar cada encontro²⁸³.

Só depois de ter sido morta uma galinha e consultado o oráculo é que nos é dada a permissão para entrar no espaço e somos levados para debaixo de um enorme poilão.

O espaço sacralizado adquire uma nova dimensão deixando de ser homogéneo para se tornar num espaço restritivo onde imperam as normas e as advertências com o risco de sermos mandados embora. Temos de seguir determinado carreiro e não sair dele ou a proibição de tocar em certas árvores consideradas sagradas.

A espera parece interminável, pois é necessário esperar pela resposta do *irã* e cada vez que lá vamos a cena repete-se como se de uma primeira vez se tratasse.

Apesar de iletrado tem um conhecimento enorme sobre plantas e sua aplicação, diz que este conhecimento vem de Deus, os *irãs* fazem a ponte entre Deus e ele.

As misturas das plantas é feita com bastante cuidado e rigor, sendo utilizado um copo medida para o efeito. Há o reconhecimento que algumas plantas são tóxicas, sendo necessário tomar algumas precauções, mas que no entanto, não tem evitado a ocorrência de óbitos por intoxicação.

²⁸³ Tudo tem um preço. As fotografias têm de ser negociadas e só em determinados sítios, entrevistar doentes requer um pagamento extra, por cada vez que voltamos.

Também dá às suas pacientes, tal como Sumba, chá de raiz de *Djutu*, mas por menos tempo, só 5 dias. Diz que depois do sangue estar a circular é só preciso dar tempo e ficar por ali até as forças voltarem e sentirem vontade em voltar para casa, dando-lhes a liberdade de serem as mulheres a decidirem quando se sentem capazes e com vontade de voltar para suas casas e famílias.

Conseguimos entrevistar algumas pacientes, que dizem gostar de estar ali, têm os filhos pequenos com elas e indicam questões familiares como causadoras do que elas chamam de “tristeza”, motivo pelo qual foram internadas. No geral sentem-se melhores mas com algum receio em regressarem às suas casas. Ali gozam de alguma liberdade e independência que em casa não têm.

O ser *djambacó* não é restrito ao sexo masculino, Kintadju de etnia papel (Anexo 1) para além de ser régulo dos bairros do Caracol e do Bandim, é mulher e é *djambacó*.

Apesar de reservada é uma mulher de forte personalidade que vive sózinha e divide o seu tempo entre as suas múltiplas funções.

Diz que nunca sabe as plantas que vai utilizar pois é um espírito que entra dentro dela e que lhe indica o que apanhar, ela só tem de pensar na pessoa que precisa de ser tratada, o espírito faz o resto²⁸⁴, por isso não sabe que plantas usa, nem para que doenças.

O chamamento foi feito por um defunto²⁸⁵, tinha sonhos e ficou doente, até aceitar o que os espíritos exigiam, ser *djambacó*.

Em relação ao preço, diz que depende da gravidade, que alguns casos são muito difíceis de tratar e por isso são mais caros.

3.6.2. Os *marabouts*/marabus ou mouros.

Como em qualquer sociedade islamizada, na Guiné-Bissau nas etnias islâmicas a religião funciona como o centro da vida familiar e social.

A aprendizagem daqueles que um dia virão a ser *marabouts* começa logo na infância, nas escolas religiosas aprendem o Corão e com os avós a prática do diagnóstico e cura.

²⁸⁴ Esta questão já tinha sido referida por outro curandeiro.

²⁸⁵ Qualquer um da mesma geração do *djambacó* falecido pode vir a ser chamado, no entanto também há a possibilidade da alma do defunto reincarnar noutra geração. Geração: os filhos da irmã é que são da sua geração e não os próprios filhos (Sobre esta questão ver Somersan, 1984).

Esta aprendizagem também pode ser feita com um mestre conceituado e só após uma longa aprendizagem é que o novo curandeiro pode dar início à sua prática.

Tanto durante o processo de aprendizagem como durante os anos de prática, as viagens são uma constante, apesar dos custos financeiros que tal implica, mas a procura e recolha de determinadas plantas, a aprendizagem com *marabouts* famosos a tal exige. Mais tarde a procura de mercados mais populosos para os seus serviços e com maiores recursos financeiros, leva a que muitos viajam até à Europa e se possível até aos Estados Unidos da América.

Tal como descrito por Gemmeke (2008) em relação aos *marabouts* no Senegal e em toda a zona do oeste africano, também na Guiné-Bissau os *marabouts*, com uma forma muito própria de trajar (Anexo 1), aqui denominados de mouros são conhecidos pelas suas qualidades de adivinhos e desempenham um papel multifacetado, reunindo em si o filósofo, o conselheiro familiar, o curandeiro e a autoridade religiosa conseguindo encontrar explicações para as diversas situações pelas quais são procurados, desde as familiares até às políticas.

Ao *marabout*/mouro está também associada a função da produção de misturas a partir de plantas e raízes. Estas misturas são enroladas em versículos do Corão e protegidas por um pequeno invólucro de pele de cabra, que deverá andar sempre junto ao corpo (na cintura ou ao pescoço) como forma de proteção contra todo o tipo de mal. Este assunto tem sido descrito por vários investigadores em diversos trabalhos ²⁸⁶ (entre outros Brenner, 2001, 2000, 1984; Douthé, 1984; Fahd, 1966; Hamès, 1993; Mommersteeg, 1996).

Estes homens e mulheres são respeitados e receados pois crê-se que tenham poder para fazer mal por “encomenda”. No entanto aqueles com quem falámos referiram não aceitar tais práticas pois tudo o que se faz retorna ao próprio ou à sua família e “tudo o que é nomeado, existe”, por isso é importante ter cuidado com as palavras.

Em relação ao preço cobrado, nenhum dos *marabouts* contactados tinha um preço fixo para os diversos tratamentos, no entanto estes podem ir dos 1.000 CFA ²⁸⁷ até alguns milhares, consoante a gravidade, o tipo, a duração do tratamento e por último a negociação que é sempre possível fazer.

Todas as despesas extra são pagas à parte, ou seja as mézinhas, os animais necessários sacrificar e tudo o mais que seja exigido durante o processo de tratamento.

²⁸⁶ Também a cultura e processos curativos entre os grupos islâmicos não diferem muito dos praticados nos países circundantes, tendo sido estudados e descritos por diversos autores (Zempleni, 1985, 1982, 1974; Winkelman, 1990; Winkelman & Peek, 2004; de Jong, 1987).

²⁸⁷ 1 Euro = 655,957 CFA.

O diagnóstico pode ser feito recorrendo a diferentes técnicas, alguns curandeiros usam a colocação de cascas na parte interna e exterior do joelho, enquanto que outros preferem a auscultação do pulso, mas todos concordam que há doenças que devem ser enviadas para o hospital, tais como feridas para coser, hérnias e situações que exijam intervenção cirúrgica.

Também é usual após a obtenção dos resultados serem efetuadas ofertas, tanto em bens como em dinheiro.²⁸⁸

Contrariamente ao que acontece no Senegal, (Gemmeke, 2008) aqui os marabouts não fazem qualquer tipo de publicidade, sendo conhecidos pelos resultados que obtêm com os seus clientes.

Tal como acontece com os *djambakós*, entre os marabouts existe uma distinção entre os que se especializaram em determinadas doenças e os que tratam fraturas e endireitam ossos (Anexo 1).

Foi-nos dito que a família deve ser uma forma de apoio para quem está doente e que aconselham as mulheres que sofrem de tristeza a serem enviadas para casa da mãe ou de alguma irmã durante o tempo do tratamento.

Para a tristeza é prescrita, tal como nos foi indicado anteriormente, chá de raiz de *Djutu*²⁸⁹, 3 x dia, durante 7 dias.

A explicação para a utilização do *Djutu* é que quando se sofre de tristeza o sangue está parado dentro do organismo e esta planta vai provocar a sua movimentação.

A folha do limoeiro é indicada para colocar na água do banho (Anexo 1), também 3 x dia e para dormir a raiz de *Sunhi*²⁹⁰, que deve ser dissolvida (2 colheres) em litro e meio de água, deixar repousar cerca de 5 horas.

Já para Boca Jao, do Níger a tristeza trata-se com *Andjai*²⁹¹, que depois de moída deve ser usada tanto para lavar a cara como para fazer chá. Também se pode usar a *Bodadi*, que se moí e mistura no café devendo de se ter o cuidado de ferver bem. As mulheres devem tomar 4 x dia, enquanto que os homens 3 x dia e tanto uns como os outros tomar durante 4 dias.

²⁸⁸ Foi-nos confidenciado por diversas vezes que recebem dinheiro de clientes na Europa, particularmente em Portugal e em França.

²⁸⁹ *Securidaca longipedunculata*, nome latino.

²⁹⁰ Planta já anteriormente referida.

²⁹¹ Pelo facto de tanto esta como a *Bodadi* serem do Níger é mais difícil encontrar os nomes científicos.

3.6.3. Os herbalistas.

Os herbalistas ou mézinheiros são pessoas treinadas com conhecimentos de Botânicas e de Anatomia e que utilizam plantas medicinais para tratar doenças.

Muitos destes especialistas aprenderam com um familiar, mas os dois herbalistas com quem contactámos tinham feito a sua aprendizagem na Cáritas (em Bór), com as Irmãs da Consolata e com uma médica alemã. Ambos dizem ter muito cuidado com o que chamam de “contra efeito entre plantas” ou seja, as incompatibilidades entre plantas, pois este pode ser perigoso e mesmo mortal.

Estas religiosas para além da recolha de plantas, dispõem de um laboratório onde procedem à sua manipulação, fazendo diversos preparados que usam nas diferentes missões que têm pelo país.

O sr. Lopes, de 64 anos (Anexo 1) com larga experiência na área da cura pelas plantas tem um programa na rádio “Sol Mansi”, onde dá conselhos e responde a questões. A sua experiência permite-lhe dizer que a cura para a depressão passa pela ingestão de chá de alface ou mesmo o sumo de alface, que deve ser tomado 2 vezes ao dia, assim como beber água fresca 3 vezes ao dia.

Estes são conselhos que diz dar frequentemente no seu programa, para além de aconselhar férias, divertimentos e longas caminhadas.

Quando o cansaço é doença recomenda-se um chá de casca seca de maracujá, considerado como sendo um relaxante, que se toma 3 x dia durante três dias, ao mesmo tempo que é importante manter o contacto com a pessoa e falar com ela de forma a que esta possa “desabafar” os seus problemas.

Basicamente o que vemos em qualquer dos curandeiros é para além da utilização das plantas, o conselho para que haja um afastamento da vida diária, da casa e a necessidade em falar com a família e com a pessoa que sofre.

Em síntese pode-se dizer que os modelos de terapia são muito idênticos entre os diversos curandeiros. O doente é levado ao curandeiro para que seja feito o diagnóstico. É feita a ficha clínica do doente, apesar de nada ficar registado, os curandeiros querem saber qual a etnia, a localidade de origem e onde mora. Os sintomas são descritos, o tempo de duração destes é tido em consideração.

Com exceção dos herbalistas, tanto djambacós como marabouts lêem o oráculo nas entranhas de uma galinha, morta para o efeito. Só após um sinal positivo dos *irãs* é que o doente pode começar a ser tratado ou mesmo internado.

O conhecimento e os poderes são emanções de Deus, que permitem a distinção das plantas a utilizar. Os herbalistas não partilham desta visão, pois fizeram estudos com algum carácter científico sobre as plantas.

3.7. A Biomedicina e os Seus Agentes

A Guiné-Bissau independente, herdou o serviço de saúde deixado pelos portugueses ou seja, um serviço parcialmente gratuito, financiado pelos impostos e com um carácter curativo.

O Serviço Nacional de Saúde²⁹² não consegue dar resposta às necessidades da população, enfrentando grandes dificuldades, como uma grande escassez de recursos financeiros e humanos. A escassez de material básico (medicamentos, soros, luvas, material para pensos e até de limpeza) acaba por ser muitas vezes a causa da morte.

Também os Planos Nacionais de Saúde não têm tido continuidade devido aos diversos golpes militares e à grande instabilidade em que vive o país, tendo os países dadores retirado grande parte do seu apoio.

Algum sucesso na prestação de cuidados de saúde no setor público deve-se particularmente aos médicos cubanos²⁹³ que continuam no terreno, trabalhando nos hospitais públicos.

Quando falamos em populações rurais, do interior do País, então os riscos na saúde destas populações aumentam consideravelmente uma vez que têm de percorrer dezenas de quilómetros por picadas e sem transporte, para obterem cuidados de saúde em postos sanitários onde só se encontra um enfermeiro e onde o material é extremamente limitado.

A saúde pública é da responsabilidade do governo, mas também se podem encontrar algumas clínicas privadas que prestam cuidados de saúde a diferentes níveis, mas o grande apoio à população é feito através de organizações religiosas e particularmente com financiamentos italianos.

²⁹² Ver Anexo 14 sobre a situação atual, avaliada em junho 2013, por Ramos-Horta, representante especial do Secretário-Geral da ONU para a Guiné-Bissau..

²⁹³ Mas sem que haja psiquiatras.

Tal como já foi referido muitos doentes são enviados para Portugal, ao abrigo de acordos de assistência médica²⁹⁴, no entanto devido à incapacidade de continuação de tratamento na Guiné-Bissau são muitos que acabam por permanecer em Portugal.

O serviço de saúde público em Bissau é composto por:

- **Hospital Central Simão Mendes**, que para além das urgências dispõem de consultas e internamentos nas especialidades de medicina, cirurgia, ortopedia e oftalmologia²⁹⁵, pediatria e maternidade. Também encontramos um fisioterapeuta, que por ter sido formado na China tem conhecimentos de acupunctura, que usa na sua prática diária principalmente no tratamento para o reumático.

Os quartos têm 3 ou 4 camas, por vezes partilhadas por dois doentes e em muitos casos em vez de lençóis²⁹⁶ são usados panos africanos²⁹⁷, mas também não há qualquer outro tipo de equipamento²⁹⁸ ou material para a higiene dos doentes.

As urgências não dispõem de camas, estando os doentes deitados no corredor em esteiras providenciadas por familiares, e é aí que são vistos e avaliados pelos médicos.

É surpreendente a humildade desta gente que sofre em silêncio pois não há nada para acalmar as dores²⁹⁹.

O psicólogo Dr. Blowshande Cabi, durante o dia vai pelas enfermarias para conhecer os doentes e explicar que está disponível para ouvir quem sentir necessidade de falar, a partir das 16 horas, quando o gabinete das assistentes sociais fica livre. Este jovem quando o

²⁹⁴ Também a ONG Projeto Esperança ligada à Universidade de Aveiro e com o apoio do Hospital São João do Porto, procede à evacuação de doentes guineenses, essencialmente de crianças, que necessitam de tratamento médico/cirúrgico fora do seu país, devido a limitações de recursos técnicos, financeiros e de profissionais de saúde especializados na Guiné-Bissau. Este projeto teve início em 2009 e tem no terreno a colaboração da ONG Espanhola AIDA - Ayuda, Intercambio y Desarrollo, para rastreio, documentação e encaminhamento dos casos verdadeiramente graves e urgentes. Devido à elevada prevalência de crianças neste país com patologias bastante complexas, é-lhes atribuído prioridade, tendo já evacuado 32 doentes, sendo a sua maioria crianças, que raramente vêm com familiares ficando a ONG responsável por estas crianças até à sua recuperação e pela sua devolução às famílias, processo que pode demorar longos meses. A colaboração do Hospital de S. João no Porto tem sido imprescindível para o sucesso deste trabalho, www.msh.pt, consultado a 13-9-2013..

A ONG espanhola, com sede em Madrid, AIDA conta ainda com a colaboração de 6 organizações de diferentes países neste trabalho de evacuação e intervenções cirúrgicas em crianças: Fundação Cardiocentro de Ticino (Lugano, Suíça), Fundación Infancia Solidaria (Espanha), Fundación Samori (Lugano, Suíça), Kibinti Onlus (Milano, Itália), Missão Saúde para a Humanidade (Porto, Portugal), Fundação Casa do Gil (Lisboa, Portugal), Associação Céu e Terras (Bissau, Guiné Bissau) www.facebook.com/OngAida, consultado a 26-9-2013.

²⁹⁵ Só operam cataratas e traumatismos. Situações de tumores vão à junta médica para serem enviados para Portugal, mas só a ida à junta pode levar 6 meses. Depois o processo para se ser enviado para Portugal é longo e burocrático (pode levar anos e tal como nos foi confidenciado por um médico do IPO, Lisboa já chegam tarde demais).

²⁹⁶ Alguns doentes têm lençóis fornecidos pela família, que procedem à sua troca e lavagem.

²⁹⁷ Os chamados “panos” são retalhos de tecido usado na confecção do vestuário feminino ou somente atado à cintura.

²⁹⁸ Por debaixo das camas vêm-se as panelas e sacos com comida que os familiares vão trazendo.

²⁹⁹ Vimos doentes terminais fechados em quartos sem iluminação, literalmente à espera da morte.

conhecemos desenvolvia este trabalho meritório já há 3 meses, sem qualquer contrato ou salário e assim continuou por mais 1 ano, até que conseguiu ser enviado para o Hospital Militar para dar início à consulta de psicologia³⁰⁰.

O hospital dispõem ainda de um número variável de assistentes sociais que procuram ver quais os doentes sem meios financeiros para adquirirem medicamentos, alimentação e tudo o mais que possa fazer falta.

- **Hospital Militar** ou Hospital “Amizade China-Guiné-Bissau” foi inaugurado nos finais de maio de 2011 e resulta da cooperação entre a Guiné-Bissau e a China. Dispõem de 200 camas e uma equipa de 22 médicos e 57 enfermeiros. Neste momento oferece à população os serviços de urgência, medicina interna, maternidade, infeciologia, ortopedia e oftalmologia.

- **Centro de Saúde Mental**, que funciona num anexo dentro do espaço do que era o Hospital 3 de agosto³⁰¹. Este serviço conta com 10 enfermeiros, todos com mais de 35 anos³⁰² e só em ambulatório.

Não há psiquiatras, já há anos que o último psiquiatra foi para Portugal e não voltou. Quem faz o acompanhamento são enfermeiros³⁰³ que foram treinados ou nos anos 80 com o psiquiatra holandês que aqui esteve ou pelo último psiquiatra guineense antes da sua partida quando do golpe militar de 1998/99.

- **Centros de Saúde** que se localizam nos bairros (Anexo 1) e que prestam cuidados curativos em regime de ambulatório, sendo que nem todos dispõem de médico.

Caso particular é o **Centro de Saúde do Bandim**, onde se tem desenvolvido desde 1978 o Projeto de Saúde do Bandim³⁰⁴, uma cooperação entre o Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, o Laboratório Nacional de Saúde Pública e uma instituição sueca, o "SAREC" e mais tarde o Staten Serum Institut de Copenhaga.

³⁰⁰ O contrato só foi feito passado 2 anos e os salários eram pagos com irregularidade, mas pelo menos era reconhecida a sua existência.

³⁰¹ Na realidade não é um hospital, foi o antigo Hospital Militar, tal como referido anteriormente. Neste espaço funcionam diversos serviços, tal como a Direção de Saúde do Sector Autónomo de Bissau, um serviço de farmácia, um serviço de análises, o dormitório dos alunos de medicina (não iremos explorar este ponto, pois não nos compete fazê-lo), um centro para crianças deficientes mentais (acabado de abrir com capital de uma ONG norueguesa, mas que abre poucas vezes por dificuldade em fazer chegar o dinheiro para alimentar as crianças, também não iremos explorar esta questão) e uma esquadra da polícia.

³⁰² Não esquecer que aos 40 anos já se é “velho” e que a esperança de vida é de 48,6 anos (já referido anteriormente).

³⁰³ A utilização de enfermeiros psiquiátricos na situação de falta de especialistas em saúde mental é apoiada pela OMS, sendo uma forma de tornar mais acessível às populações estes cuidados (Ver bibliografia, OMS, 2008 e ver Anexo 7).

³⁰⁴ Informação recolhida no Centro.

Este projeto de investigação, orientado pelo epidemiologista dinamarquês Peter Aaby é constituído por um grupo interdisciplinar de antropólogos, médicos e nutricionistas abrangendo inicialmente somente o bairro Bandim I, acabando por integrar os bairros Bandim II e Belém em 1984 e Mindará em 1994. Desde 1990 faz o acompanhamento e controlo nas zonas de Oio, Cacheu, Bafata, Gabú e Biombo.

Durante os primeiros dez anos a prioridade do projeto foi a pesquisa epidemiológica de controle e imunização do sarampo, epidemiologia e tratamento de diarreia, epidemiologia da infeção respiratória aguda da infância, HIV-2 e outras infeções retrovirais, determinantes imunológicos da sobrevivência infantil, incluindo análise subsequente de linfócito T, crescimento de timo, hipersensibilidade tardia, mortalidade materna e epidemiologia e controle da tuberculose (Martins, 2002).

A sua principal atuação na Guiné-Bissau tem passado pela tentativa de acompanhamento a longo prazo das consequências de várias infeções sobre as condições de saúde da população local e avaliação das intervenções.

Este é um dos poucos estudos prospetivos comunitários desenvolvidos em países em desenvolvimento.

A nível particular (de congregações religiosas e ONGs):

- **Hospital Raoul Follereau**³⁰⁵, tem sido o hospital de referência para doentes de tuberculose, mesmo às portas de Bissau, junto ao hospital 3 de Agosto e até 2013 foi subsidiado pela organização italiana de caridade Comunidade Santo Egídio, altura em que a Organização Não Governamental Italiana “Ajuda à Saúde e Desenvolvimento” (AHEAD) assumiu a gestão do hospital visando a sua melhoria tanto a nível estrutural como a nível de tratamentos, prevenção e diagnóstico da tuberculose, doença que tem vindo a aumentar na Guiné-Bissau devido à situação de pobreza, condições de habitação e mesmo falta de alimentação da população.

- **Hospital da Missão da Cúmbura** localiza-se a cerca de 10 quilómetros de Bissau, na estrada de Prábis, sendo esta missão bem conhecida em toda a Guiné-Bissau, sobretudo pela sua leprosaria, que neste momento e devido à evolução positiva da extinção da doença, tornou-se num hospital para doentes tuberculosos e de HIV-SIDA.

O responsável por esta unidade é um português formado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, termina o curso em 1986 e especializa-se em

³⁰⁵ Ver Anexo 8.

medicina interna no Hospital de Torres Vedras. Só depois vem a vida religiosa com a entrada para a Ordem dos Franciscanos e torna-se missionário.

Por força da necessidade do seu trabalho, frei Vítor é enviado a fazer um curso sobre lepra no sul da Índia, sendo hoje em dia uma referência na Guiné-Bissau.

O hospital que pertence à missão dos frades franciscanos italianos de Veneza³⁰⁶ está sob a sua responsabilidade e luta constantemente com a falta de medicamentos e material³⁰⁷.

Também fazendo parte da missão, a maternidade de Cúmura realiza cerca de 500 consultas mensais, desenvolvendo um importante papel no combate à transmissão do HIV-SIDA de mãe para filho, ao mesmo tempo que procura apostar na segurança de mães e recém nascidos: “Dos mais de 1700 partos feitos em 2010, registou-se apenas um óbito”, diz a irmã Valéria Amato, enfermeira obstetra.

- **Hospital Pediátrico São José de Bôr** (Anexo 1) localizado nos arredores de Bissau, é hoje considerado um dos melhores estabelecimentos de saúde na Guiné-Bissau.

A construção desta unidade tendo sido um sonho do Padre Ermanno Battisti, missionário na Guiné-Bissau há mais de 40 anos, só foi possível a sua concretização com o apoio de alguns médicos italianos³⁰⁸ e de doadores italianos³⁰⁹.

Este hospital segue o exemplo do que se faz na Missão de Cúmura e noutras, sendo consideradas todas elas modelos de competência e de carinho para com as crianças doentes.

- **Cooperativa Madrugada**, no bairro de Antula Bono, foi fundada em Bissau em 1991, tendo por detrás a “Associazione per la Collaborazione allo Sviluppo di Base della Guinea Bissau”, do Convento dos Padres Franciscanos Menores de S. Bernardino, Verona.

Esta cooperativa conta com um Centro Médico, “Dom Settimio Arturo Ferrazzetta”³¹⁰, que funciona em regime de ambulatório com 3 médicos, 1 enfermeiro e 1 técnico de laboratório. Conta ainda com uma farmácia e desenvolve diversas formações na área da saúde, com médicos e técnicos europeus.

³⁰⁶ Esta congregação encontra-se presente na Guiné-Bissau desde 1955, tendo este espaço sido doado pelos portugueses.

³⁰⁷ Há uma explicação para esta questão mas não irei apresentar aqui, uma vez que pode ser polémica.

³⁰⁸ Dr. Giovanni Morandi e o dr. Valentino Prandini e o médico guineense dr. Augusto Barbosa, mentor da proposta da criação do Bloco Operatório São José anexo ao hospital.

³⁰⁹ “Agenzia Vigeveno Prabis”, do “progetto Anna ONLUS”, do Poliambulanza Charitatis Opera de Brescia, o do vice-Reitor da Faculdade de Medicina de Padova, Professor Giovanni Franco Zanon e do senhor Rino Stocco, coordenador do grupo de financiadores dos estudos do cirurgião pediatra Dionísio Cumbá e das obras do Hospital Pediátrico em Bôr.

³¹⁰ Após a independência da Guiné-Bissau foi nomeado como o primeiro bispo da Igreja Católica, 1977. Trabalhou sempre como missionário, tendo conquistado a admiração da população em geral, tanto de católicos como de muçulmanos e animistas. Em 1998, serviu de mediador entre o presidente João Bernardo Vieira e o general Ansumane Mane. Faleceu pouco depois, não chegando a ver a paz reposta. Foi sepultado na Catedral de Bissau. www.ofm.org/3/news/N45ferez.html. Consultado a 27-9-2013.

Com o alargar da sua atividade, a cooperativa dispõe atualmente do *Complexo Escolar do Campus Madrugada*.

- **Clínica Céu e Terras**³¹¹ é uma associação fundada por uma médica italo/cubana com o objetivo de tornar possível a diminuição da transmissão vertical do vírus HIV da mãe para filho durante e no pós parto, garantir a qualidade de vida da paciente, aumentar o número de grávidas a fazerem o teste HIV e garantir o acompanhamento psicológico, nutricional, farmacológico e domiciliário da doente. Paralelamente desenvolve formações na área do HIV com vista à diminuição da propagação da doença.

- **Centro de Reabilitação Mental e de Combate à Toxicodependência**, atualmente único no país, localiza-se em Quinhamel (Anexo 1) e fez 10 anos em 2011.

Este Centro foi fundado pelo pastor evangélico Domingos Té com a colaboração da organização “Desafio Jovem” em Portugal³¹² e do “Global Teen Challenge” dos Estados Unidos da América.

O objetivo inicial era a recuperação de jovens toxicodependentes³¹³ e a sua reinserção social, mas acabou por abrir as suas portas a mulheres vítimas de violência doméstica e a psicóticos levados pela polícia.

O pastor esperava que o Estado através de algum dos Ministérios viesse a apoiar o Centro, mas até à atualidade não foi criada qualquer parceria apesar do Centro ser reconhecido pelas entidades competentes.

Apesar de só ter capacidade para 30 indivíduos, neste momento conta com 65 residentes, 18 mulheres entre os 20 e os 40 anos e 47 homens todos maiores de 17 anos.

Em termos financeiros o Centro vive de algumas doações de privados e do pagamento de mensalidades dos familiares dos doentes.

Apesar da boa vontade do responsável, a realidade é que o Centro não tem condições de alojamento nem recurso humanos qualificados para este tipo de tratamento (Ver Anexo 1).

É desconfortável entrar naquele espaço, onde corpos completamente sedados vagueiam por ali sem sentido nem objetivo.

³¹¹ www.amore-nolimits.org/clinica-ceu-e-terras-bissau.html, consultado a 26-9-2013.

³¹² O Desafio Jovem financiou o Centro durante bastante tempo, até ao momento que deixou de se identificar com as práticas do pastor Domingos Té, que não aceitou ser supervisionado. Informação pessoal dada pelo responsável da organização Desafio Jovem – Portugal.

³¹³ A droga mais usada é a Kiza, uma mistura de bicabornato de sódio com cocaína que depois de fervida fica em pedra. Fuma-se misturado com tabaco num tipo de cachimbo em forma de antena de rádio. É altamente estimulante. Esta droga – crack – surgiu nos bairros pobres dos Estados Unidos nos anos 1984/85, tendo chegado ao Brasil e a Portugal em 1990.

Não se pode dizer que existam tratamentos uma vez que a medicação³¹⁴ é dada com algum amorismo. Os doentes em crise psicótica ou em processo de desintoxicação são acorrentados e presos a árvores.

O tempo médio de estadia é entre os 3 e os 6 meses, mas quem necessitar pode ficar no Centro até ter uma situação estável com os familiares.

Quando reabilitados vão à escola da vila e já tem três ex-residentes na universidade, um no Senegal a estudar Língua Francesa, outro em Administração na Universidade Colinas de Boé - Bissau e o terceiro em Teologia em Bambadica.

Mas estas experiências têm de ser feitas com um controlo bastante apertado, pois estes jovens apesar de reabilitados não têm muitas vezes uma estrutura que lhes permita estarem sozinhos sem um quadro de referência que lhes dê apoio. Em 2008 um dos jovens reabilitados foi estudar para o Brasil onde acabou por falecer³¹⁵.

- **Centro Materno Infantil de Quinhamel** das irmãs franciscanas onde são feitos partos, assistência a grávidas e crianças.

- **Em 2010 a Noma-Hilfe-Schweiz** iniciou o apoio a doentes com noma, uma doença que afeta principalmente as crianças entre os 2 e os 6 anos de países subdesenvolvidos. Estas crianças estão, normalmente mal alimentadas, com uma muito deficiente higiene oral e frequentemente sofrem de malária. Nestas circunstâncias a estomatite e/ou a infeção das gengivas levam a uma ulceração das gengivas. A mortalidade é elevada, cerca de 80% das crianças com noma acaba por morrer.

Segundo o relatório de 2011 desta organização suíça, o hospital e o centro deveriam de ser inaugurados em fevereiro/março 2012, no entanto nos finais de 2012 ainda estava a ser construído como podemos verificar. Em abril de 2013 estava planeada uma primeira missão à Guiné-Bissau.

Concluimos este ponto dizendo que a relação entre agentes da medicina formal e doentes por vezes torna-se complicada, particularmente quando o médico não fala a mesma língua³¹⁶ que o doente e ir para o hospital é só mesmo em último recurso, até porque a atmosfera hospitalar não é muita amigável e as condições higiénicas não são as melhores. Aqui tudo tem de ser levado pelos familiares, os lençóis para a cama, a alimentação e até as luvas dos enfermeiros.

³¹⁴ Os medicamentos usados são: Haloperidol (Haldol), Valium, Nozinan injetável, Prometazina ampolas.

³¹⁵ Segundo nos foi explicado pelo Pastor, este jovem deixou caducar o visto e como não foi capaz de resolver a situação começou a beber acabando por se envolver numa situação de violência com a polícia.

³¹⁶ Muitos médicos são cubanos. A formação dos novos médicos guineenses está nas mãos dos cubanos.

A visão da doença assente na biologia à qual muitos profissionais se “agarram”, dificulta a aceitação de uma perspectiva da doença onde a cultura tem um papel preponderante a desempenhar.

Ouvimos muitas diversas vezes a queixa por parte de doentes e/ou familiares, de sentirem falta de respeito tanto de médicos como de outros técnicos de saúde, sendo este um dos fatores que leva ao afastamento da medicina formal. O distanciamento de saberes e a diferença de conhecimentos é justificação para que seja negada ao doente qualquer informação sobre o que lhe foi prescrito, o que dificulta a adesão dos doentes a um qualquer tratamento.

Também a relação entre agentes da medicina formal e curandeiros é normalmente de arrogância por parte dos primeiros, não tanto por desconhecimento³¹⁷, mas por se considerarem senhores de um conhecimento científico onde a feitiçaria e o “além” não têm lugar.

Esta atitude estende-se às missões, geridas por religiosas, que apesar do enorme serviço à comunidade não deixam de causar algum receio às mulheres que aí se dirigem na altura do parto³¹⁸. Estas sabem que serão criticadas pelas suas práticas culturais, mas por outro lado têm medo de que se não forem, as religiosas possam recusar tratar os seus filhos quando estes adoecerem. O controlo das crianças é feito através de cadernetas individuais passadas quando do nascimento.

Na Guiné-Bissau é possível encontrar alguma colaboração entre curandeiros desde que não sejam revelados certos segredos considerados fundamentais. No entanto, o envio de pacientes ao curandeiro por parte dos médicos, já não é tão usual, apesar de alguns médicos admitirem que seria importantes a intervenção dos curandeiros.

3.8. Articulação Entre Sistemas de Saúde

Nas sociedades ocidentais a doença é vista como algo fora da trajetória normal do indivíduo, exigindo a intervenção médica de forma a que o estado de saúde seja rapidamente restabelecido.

³¹⁷ Uma vez que estes agentes são da mesma cultura.

³¹⁸ Muitas missões funcionam como maternidades locais.

Noutras culturas as doenças são acontecimentos com contornos mágico religiosos, que requerem a intervenção de um curandeiro ou feiticeiro. O primeiro passo será encontrar a causa da doença para que seja possível iniciar o processo de tratamento, olhando para o indivíduo como um todo, contrariamente à medicina formal que perdeu esta visão holística do ser humano.

Apesar de sempre ter existido a medicina tradicional na Guiné-Bissau, nunca foi reconhecida oficialmente como forma alternativa à medicina formal e o importante papel na luta contra as doenças.

Atualmente o Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau engloba para além do setor público e do privado, a medicina tradicional, assumindo que esta é determinante para a saúde da população, por ser o sistema de saúde mais perto das populações. No entanto os passos dados para que haja uma verdadeira articulação entre sistema formal/biomédico e tradicional, têm sido muito ténues apesar dos esforços de muitos curandeiros e a medicina tradicional continua sem ter o seu exercício regulamentado.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) contempla um organismo – Direção de Saúde Comunitária e de Promoção da Medicina Tradicional, que por sua vez está inserida na Direção Geral da Prevenção e Promoção da Saúde, que assumiu a elaboração de um documento de orientação para a Medicina Tradicional “Política da Medicina Tradicional na Guiné-Bissau”, onde se lê (p. 13) que o objetivo é: “Integrar a Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde afim de promover a sua boa utilização, sobretudo nos sistemas de prestação dos cuidados de saúde primários”. No entanto este documento pelo facto de estar incompleto³¹⁹ tem pouca ou mesmo nenhuma utilidade.

Já nos anos 80, o psiquiatra holandês De Jong, referia ser pouca a informação sobre a utilização da medicina tradicional na Guiné-Bissau, contrariamente a países como o Senegal onde os governos reconhecem a importância dos herbalistas no sistema de saúde, ou no Mali onde foi criado um departamento de medicina tradicional no Institut de Recherche en Santé Publique, em Bamako, e nas farmácias oficiais são vendidas algumas plantas e raízes, ou tal como na Nigéria onde os herbalistas e pessoal hospitalar têm encontros regulares (Gemmeke, 2008).

³¹⁹ Tentamos saber qual o motivo para a não conclusão deste importante documento, mas ninguém sabe responder.

O Senegal foi³²⁰ efetivamente um exemplo de integração da medicina tradicional com a biomedicina. Aí nasceu a importante “Escola de Dakar”, sedeadada no hospital em Fann, pela mão do psiquiatra francês Henri Collomb em 1965 (Gemmeke, 2008). Com este psiquiatra a medicina tradicional foi integrada na medicina hospitalar, tendo-se criado locais para a prática da medicina tradicional dentro do espaço psiquiátrico e levando os curandeiros a trabalharem em colaboração com os psiquiatras.

Em caso de o doente necessitar de apoio familiar, era permitido aos familiares permanecerem com os seus doentes, assim como durante o processo de reintegração na vida social em que o doente ainda não tinha alta na totalidade mas podia passar alguns dias em casa, os familiares tinham autorização para permanecerem no hospital de forma a que todo o processo fosse facilitado.

Em 2003 foi criada uma ONG – PROMETRA³²¹ Guiné-Bissau, cuja missão seria organizar os curandeiros em associações e dar-lhes a formação necessária e em 2007 a Organização Africana da Propriedade Intelectual (OAPI) organizou um atelier de valorização dos medicamentos tradicionais. A partir daqui nada mais se avançou no sentido do desenvolvimento e aplicação das ideias subjacentes à criação deste organismo.

Contrariamente ao que se passa na Guiné-Bissau, a PROMETRA - Uganda fundada em 2000, tem levado os curandeiros à escola para que melhorarem os seus conhecimentos e preservarem a biodiversidade local.

Esta organização foi fundada com o objetivo de fazer face à deficiente qualidade da saúde das comunidades rurais, através da utilização da medicina tradicional e dos saberes locais e cuja filosofia assenta no conceito de aproveitar a natureza para promover a saúde.

Apesar destas tentativas de avanço nesta área, a Guiné-Bissau continua presa a uma visão ultrapassada da psiquiatria e da saúde mental, tendo como prioridade a construção de um hospital psiquiátrico, que não negamos ser uma necessidade, no entanto há outros caminhos que podem ser tomados de forma a colmatar esta enorme falha no sistema de saúde e defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Efetivamente deu-se início à construção de uma unidade hospitalar, no bairro do Enterramento, financiada pelo Fundo Europeu do Desenvolvimento (FED) que seria o novo

³²⁰ Segundo René Collignon, psiquiatra belga que trabalhou no hospital de Fann de 1978 a 2000, os médicos atuais desviaram-se dos ideais de Collomb, estando mais interessados em medicina do que em antropologia (Gemmeke, 2008).

³²¹ PRO.ME.TRA Internacional é uma organização Internacional, com sede em Dakar, Senegal, que preserva e promove a medicina tradicional africana.

hospital psiquiátrico, mas com o golpe de abril de 2012, muitos apoios foram cortados e este foi um dos afetados, tendo a obra ficado parada (Anexo 1).

Tem feito falta na Guiné-Bissau a visão da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da organização “World family doctors caring for people” (Wonca)³²² sobre a prestação de cuidados na área da saúde mental, sendo da responsabilidade de cada país incorporar os princípios contidos na Declaração de Alma Ata. Segundo estas organizações a saúde mental deve ser vista numa perspetiva “holística e perto de casa”, devendo os cuidados primários integrarem a saúde mental³²³, tal como podemos ler os diversos exemplos desta integração na publicação da OMS e Wonca (2008) onde fica claro que esta integração é possível e de todo o interesse para a população e doentes, mesmo em países de baixo rendimento e em circunstâncias políticas complicadas.

Temos visto nos últimos anos o proliferar de diferentes tipos de medicinas alternativas, o que nos leva a pensar que uma das justificações para este “boom”, é precisamente o distanciamento que a biomedicina foi criando do lado espiritual do Homem. Mantendo esta postura de oposição e de descrença renunciou ao saber tradicional baseado na experiência popular levando-nos a refletir se não haverá outros caminhos como seja esta integração dos diferentes tipos de medicina.

Podemos então pensar em dois níveis de integração. Um destes níveis deve ser a integração da saúde mental nos cuidados primários, melhorando e tornando mais acessíveis estes cuidados a um maior número de indivíduos, e um outro, a nível da integração da medicina tradicional com a medicina formal, em que técnicos de saúde e em particular médicos procurem abstrair-se da forma racionalista de pensar a doença, e olhar para o doente num todo, em que o aspeto emocional e religioso é tão importante quanto o físico/mecânico, aceitando que mesmo de forma simbólica, se for esse o caso, o efeito terapêutico da cura, segundo a cultura local deve ser considerado como um caminho para a cura.

³²² Ver bibliografia publicação da OMS, 2008.

³²³ Ver Anexo 7.

PARTE II: Estudo Empírico

Capítulo 4: Metodologia

“Eu gostava imenso de fazer trabalho de campo (certo, não é o tempo todo) e essa experiência contribui mais para alimentar a minha alma, e até para criá-la, do que a academia jamais conseguiu”.
(Geertz, 2001: 28)

4.1. Objetivos e Questões de Investigação

Tal como referido na introdução, o objetivo geral deste trabalho é o de compreender as diferentes representações sociais da depressão em função das pertenças culturais das pessoas e, ao mesmo tempo, como lidar congruentemente com essas vivências, mediadas pelos cuidadores tradicionais/curandeiros, pelos cuidadores da biomedicina e pelos cuidadores da psicologia. Pretende-se contribuir para a investigação em psicologia transcultural, particularmente no que diz respeito ao impacto dos aspetos culturais da depressão numa sociedade africana, à forma de sentir esta perturbação fora do quadro conceptual a que estamos habituados a lidar na cultura ocidental erudita, à percepção de outros caminhos considerados de tratamento.

Face a diversos estudos que indicam a existência de uma relação entre as manifestações da depressão e a cultura, no sentido de diferirem da visão biomédica (Helman, 2007; Kleinman, 1980; Kleinman & Good, 1985; Watters, 2010), a nossa motivação centrou-se no estudo da população da Guiné-Bissau, nomeadamente a que apresentava queixas de depressão, tentando relacionar a vivência da doença com a cultura local, inteirando-nos da representação “popular” da depressão em comparação com o quadro de referências subjacentes à psicologia e à psiquiatria na perspetiva da cultura ocidental.

Partindo da revisão bibliográfica e dos nossos contactos iniciais com esta cultura, definimos um conjunto de objectivos, que passamos a expor:

Objectivo 1: Aprofundar o conhecimento da relação entre o adoecer e a cosmovisão interiorizada;

Objectivo 2: Compreender a escolha do método de tratamento em função da cosmovisão;

Objectivo 3: Identificar se os resultados do tratamento variam de acordo com a congruência das práticas adoptadas com a cosmovisão pessoal;

Objectivo 4: Identificar se a depressão é vivenciada através de sintomas específicos;

Objectivo 5: Verificar se os sintomas específicos de depressão, assim como o diagnóstico, variam com o tratamento escolhido;

Objectivo 6: Identificar se a diminuição dos sintomas depressivos varia com o modelo de tratamento adoptado;

Objectivo 7: Analisar se as crenças religiosas estão associadas à escolha de um sistema de tratamento específico;

Objectivo 8: Analisar se os sintomas depressivos sofrem alterações, mesmo na ausência de tratamento;

Objectivo 9: Analisar se os níveis da depressão expressa variam com as crenças religiosas professadas;

Objectivo 10: Verificar a existência de uma relação entre o nível de depressão e a idade;

Objectivo 11: Verificar a existência de uma relação entre o nível de depressão e o estado civil.

O paradigma biomédico tem dominado a visão dos tratamentos, levando à discussão nos meios académicos sobre o real funcionamento e efeito dos antidepressivos (Healy, 2003, 2004; Lawlor, 2012; Pires, 2002). Tal como é referido por vários autores, os conceitos de saúde, doença e cura estão profundamente enraizados na cosmologia de uma cultura adquirindo simbolismos próprios (Bastide, 1965; Collomb, 1965, De Jong, 1988; Helman, 2007; Kirmayer, 2006; Kleinman, 1980; Kleinman & Good, 1985).

Na perspectiva da doença, especificamente a depressão pode resultar de um desajuste vivencial que deve ser estudado como tal, não sendo somente uma questão de diagnóstico médico (Quartilho, 2001).

Com base no supra referido formulámos as seguintes questões de investigação:

- 1. Será que a cosmovisão interiorizada está associada a uma forma particular de adoecer**
- 2. Será que a cosmovisão interiorizada está associada ao método de tratamento escolhido e a sua efetividade?**
- 3. Qual a coerência entre a cosmovisão e a representação social da depressão?**

4.2. Delineamento do Estudo

Esta investigação é um estudo comparativo de abordagem quantitativa com recurso a análise de dados qualitativos e quantitativos. Dada a limitação das respostas obtidas através de questionários cujos dados são traduzidos quantitativamente, tentámos complementar a informação formulada nas questões de investigação, procedendo-se em simultâneo a uma recolha de dados qualitativos sujeitos a uma análise quantitativa. Apesar de aparecerem muitas vezes em oposição os métodos do tipo quantitativo e qualitativo (Teddlie & Tashakkori, 2003) a realidade é que estas duas formas de análise de dados são complementares, permitindo uma explicação mais abrangente dos factos (Pais-Ribeiro, 2008).

A opção pela utilização desta metodologia no tratamento dos dados expressa o nosso posicionamento face ao que devem ser os estudos em psicologia transcultural, uma vez que revisão bibliográfica efectuada refere a influência da cultura na forma de ficar doente, na exteriorização da doença e nos processos de cura. Foi por isso pertinente, fugir ao que Noronha (2007) qualificou de “matematização no campo da saúde” (p.96) devido à tendência atual, em áreas como a psicologia e psiquiatria, da prevalência das análises quantitativas com a pretensão de produzir conhecimento.

O recurso à **triangulação** (de dados, de investigadores, de teorias ou de metodologias) tem sido a proposta como forma de ultrapassar as ditas “fraquezas” de abordagens quantitativas, tornando a investigação mais forte e credível, pondo fim às chamadas *guerras de paradigmas*³²⁴, focadas na tese da incompatibilidade qualitativa-quantitativa³²⁵ (Guba & Lincoln, 1994) e passando pelos *diálogos de paradigma* de Guba (Denzin, 2008.)

A triangulação pode ser de quatro tipos (Carmo & Ferreira, 1998, pp. 183-184):

- 1 - Triangulação de dados – utilização de uma grande variedade de fontes de dados no estudo;
- 2 -Triangulação de investigadores – utilização de diferentes investigadores ou avaliadores;
- 3 -Triangulação de teorias – utilização de diferentes perspetivas para interpretar um mesmo conjunto de dados;
- 4 -Triangulação metodológica – utilização de diferentes métodos para estudar um dado problema.

³²⁴ Conceito introduzido por Thomas Kuhn, como sendo uma concepção teórica geral para explicar o real.

³²⁵ Questão levantada nos anos 80.

No nosso caso utilizou-se mais do que uma modalidade de triangulação. Para a triangulação dos dados, recorreu-se a diferentes grupos da população, conforme o sistema de saúde utilizado. A triangulação de investigadores/avaliadores³²⁶ foi conseguida com a presença do enfermeiro chefe do Centro de Saúde Mental e o psicólogo que acompanharam toda a pesquisa, sendo feita uma discussão e reflexão sobre os casos que surgiam. A triangulação teórica foi obtida através da utilização de autores com perspectivas diferentes, como Healy, Kleinman, Matos, Pires, Quartilho, entre outros, que serviram como referencial teórico para interpretar os dados obtidos. Para a triangulação metodológica utilizaram-se diversos instrumentos, como a Ficha Clínica, o Questionário sobre Modelo Explicativo da Doença e o *Self Reporting Questionnaire* que permitiram o cruzamento dos dados obtidos.

Pela inexistência de estudos com esta população, podemos considerar um estudo observacional de natureza exploratória (Sampieri et al., 2006)³²⁷ de tipo pré e pós teste (Pais Ribeiro, 2008) na medida em que englobou dois momentos de avaliação. Um primeiro que designamos por T1 (no início do tratamento) e um segundo, designado de T2 (após três meses de tratamento). Não obstante o seu carácter exploratório, o desenho do estudo (Figura 1) pode ser considerado quasi-experimental (Carmo & Ferreira, 1998; Pais Ribeiro, 2008; Sampieri et al., 2006) pela existência de dois momentos de avaliação (T1 e T2) e um grupo de controlo, aumentando o controlo sobre variáveis parasitas e/ou intervenientes. Apesar da variável independente (VI - tratamento) não ser “manipulada”, limitando-nos a observar as variáveis pré-existentes na amostra, foram constituídos quatro grupos segundo os níveis da VI: G1 – tratamento com curandeiros; G2 – tratamento biomédico; G3- tratamento psicológico e G4- grupo de controlo (sem qualquer tratamento), permitindo um maior controlo das variáveis estranhas e do efeito da VI sobre a VD (depressão). Apesar da realização de dois momentos de observação, antes e depois da intervenção (VI) e da existência de quatro grupos de sujeitos (um por nível de VI e um grupo de controlo), a não aleatorização da amostra e a não distribuição aleatória dos sujeitos pelos grupos, não garante o controlo de possíveis ameaças à validade, tais como, o efeito de novidade, de contaminação experimental. Por estas razões e dado o seu carácter exploratório, o estudo não pode ser considerado verdadeiramente experimental (Creswell, 2007). Pretendemos, assim, verificar os efeitos do tratamento (VI) na

³²⁶ Não é feita a referência aos curandeiros, no entanto eles confirmavam o estado de tristeza das doentes. Aqui também acontecia um momento em que se procurava refletir sobre as causas da doença e como curar.

³²⁷ Segundo estes autores (p. 100), os estudos exploratórios “realizam-se quando o objetivo é examinar um tema pouco estudado ou não abordado anteriormente”. Este é um tema, a relação entre depressão e formas de tratamento na Guiné-Bissau, que não foi investigado anteriormente, assim como em Portugal não é usual serem desenvolvidos estes tipo de estudos.

depressão (VD), mediante a comparação da VD no pré e pós-teste (T1 e T2) e nos quatro grupos de tratamento. Na Figura 1 apresenta-se o desenho do estudo.

Figura 1. **Desenho do Estudo**

Tipo de Tratamento	T1	Tratamento - VI	T2
G1 Curandeiros	VD	X	VD
G2 Biomédico	VD	X	VD
G3 Psicológico	VD	X	VD
G4 Controlo	VD	Sem tratamento	VD

Antes da aplicação do *Self Reporting Questionnaire* no momento do pré teste, sob a forma de entrevista estruturada, foram usados uma ficha clínica com o objetivo de obter alguma informação sobre acontecimentos históricos das participantes e o Questionário sobre o Modelo Explicativo da Doença, com o objetivo de aumentar a nossa compreensão relativamente à forma como a pessoa vivencia subjetivamente o seu estado.

4.2.1. Definição e operacionalização das variáveis.

As variáveis de investigação têm um papel relevante na medida em que ajudam a estruturar a investigação (Pais Ribeiro, 2007). A definição destas deve estar de acordo com o que se pretende estudar, objectivo e amostra e, conseqüentemente, é importante individualizá-las e tirar partido das mesmas de forma útil e adequada. A sua operacionalização deve ter em conta o suporte teórico subjacente à investigação e a forma de recolher os dados para posterior análise e interpretação.

4.2.2. Variáveis independentes.

A cultura guineense é constituída por várias etnias e por diferentes pertenças religiosas que têm influência muito significativa na forma de *vivenciar o estar doente*. Consequentemente, os valores e as crenças das pessoas condicionam as opções que escolhem para o tipo de tratamento que, de certa maneira, está em coerência com a sua forma de estar no mundo.

Partindo desta premissa, passamos a descrever as diferentes variáveis independentes consideradas:

- Sistema de Tratamento: esta variável foi operacionalizada através da selecção das participantes segundo o tipo de tratamento por elas escolhido. Esta escolha resultou numa divisão da amostra em quatro grupos, os quais foram avaliados em dois momentos: antes do início do tratamento e após três meses de tratamento. Os grupos são identificados da seguinte forma:

1) Curandeiros: pessoas que recorreram ao tratamento de curandeiros, aceites pelas diferentes etnias. Constatámos que existiam três tipos de curandeiros³²⁸ a que as participantes recorreram: Djambakó – curandeiro animista, que recorre ao poder dos *irãs*; Marabout – curandeiro muçulmano, que recorre ao Corão na preparação dos seus amuletos; Herbalista – não utiliza qualquer força exterior nos tratamentos, baseando-se somente no poder curativo das plantas;

2) Biomédico: pessoas que recorreram ao tratamento da biomedicina, isto é, a uma intervenção baseada na utilização de fármacos;

3) Psicológico: pessoas que recorreram ao tratamento psicológico. A intervenção psicológica assenta no estabelecimento de uma relação interpessoal mediada pelo diálogo, cujo objectivo é o de ajudar a pessoa em crise, a atualizar estratégias para ultrapassar a crise;

4) Não tratamento: pessoas que não recorreram a qualquer tipo de tratamento. Este grupo funciona como um grupo de controlo, permitindo complementar a informação obtida junto dos outros grupos, relativamente à efetividade do tratamento.

4.2.3. Variável dependente.

Partindo dos objetivos apresentados nesta investigação estabelecemos, como variável dependente o nível e presença de sintomas depressivos.

³²⁸ Explicação dada pelos próprios.

4.2.4. Variáveis de critério.

Estas variáveis são pré-existent à investigação e os dados foram obtidos através da ficha clínica os quais enumeramos a seguir:

- Idade
- Estado civil: as participantes foram divididas de acordo com o seu estado civil, em três grupos, solteiras, casadas e viúvas
- Confissão religiosa: as participantes foram divididas de acordo com as religiões mais representativas naquela população (informação obtida por meio da Ficha Clínica), nomeadamente:
 - a) Cristã: Tem como figura central Jesus, aceite como filho de Deus e a Divina Trindade (Pai, Filho e Espírito Santo). Os seus ensinamentos baseiam-se na Bíblia como sendo o livro sagrado (Sachot, 1998);
 - b) Muçulmana: O profeta Maomé é considerado como figura central, criador do islamismo e o Alcorão o livro sagrado (Ahmed, 2002);
 - c) Animista: Crença no poder dos espíritos, que encarnam os poderes da natureza e que têm de ser apaziguados constantemente com ofertas (Kipp, 1994).

4.3. Participantes

4.3.1. População e amostra.

A população de Bissau é constituída por 365.097 habitantes, sendo 181.2018 do género masculino (49.6%) e 183.889 do género feminino (50.4%). A população do estudo concentrou-se nos habitantes de Bissau, capital da Guiné-Bissau, em áreas urbanas e semiurbanas.

A amostra é do *tipo objetiva* (Marôco, 2010) uma vez que a seleccionámos com um objectivo pré-definido, partindo de um conjunto de critérios de inclusão, especificamente a presença de um diagnóstico de depressão, o facto de não ter iniciado ainda o tratamento, e a existência de uma decisão pessoal sobre o tratamento a adoptar.

Foi constituída, na sua totalidade, por indivíduos do género feminino que apresentavam queixas de sintomatologia depressiva, pois só foram encontrados dois

indivíduos do género masculino com queixas deste tipo os quais não foram incluídos na amostra do estudo³²⁹.

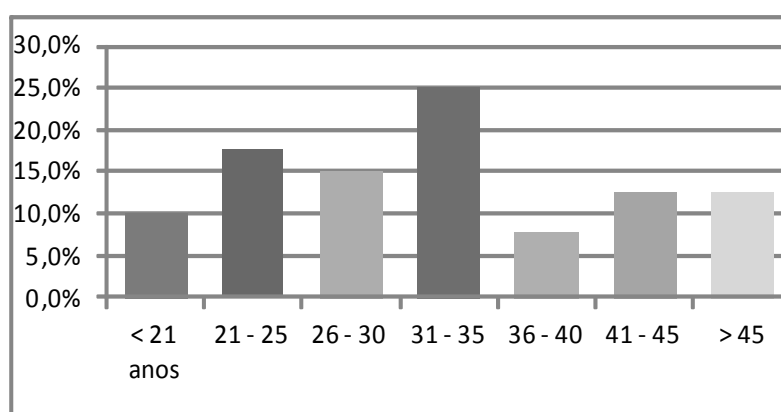
Foram fatores de exclusão os sujeitos com problemas mentais no passado³³⁰ ou no presente, assim como, os que anteriormente tiveram problemas de alcoolismo.

Sabendo que o grau de certeza pretendido numa investigação vai determinar o tamanho das amostras, estas devem contar com pelo menos 20 a 30 casos (Neto, 2002).

Em relação ao Grupo “sem tratamento” utilizou-se o método *Snowball* (Marôco, 2010), isto é, através de informações em cadeia dadas pelos moradores dos bairros que, colaborando com os investigadores, sinalizaram os sujeitos que apresentavam sintomatologia enquadrada no âmbito da depressão. Sublinhamos que os interlocutores com quem falámos apresentaram uma grande disponibilidade em participar neste tipo de estudo.

No presente estudo contámos com 40 casos, o que nos pareceu aceitável. A amostra compõe-se, assim, por participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos ($M=33.4$; $DP= 10.38$) que apresentavam sintomas depressivos. A maioria (25%) encontra-se no escalão etário dos 31-35 anos (Figura 2). As mulheres mais jovens representam 10% do total, enquanto que as mais velhas representam 12.5% do total da amostra.

Figura 2. **Distribuição das Participantes Segundo os Escalões Etários**

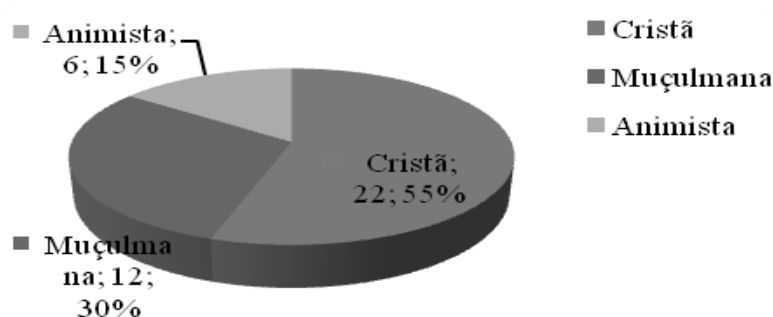


³²⁹ Um dos indivíduos tentava que lhe fosse justificada a falta a um exame. O outro sofria de ansiedade e não depressão. Ambos os casos procuraram o Centro de Saúde Mental e foram confirmados pelo enfermeiro psiquiátrico.

³³⁰ Não houve casos de depressão anterior.

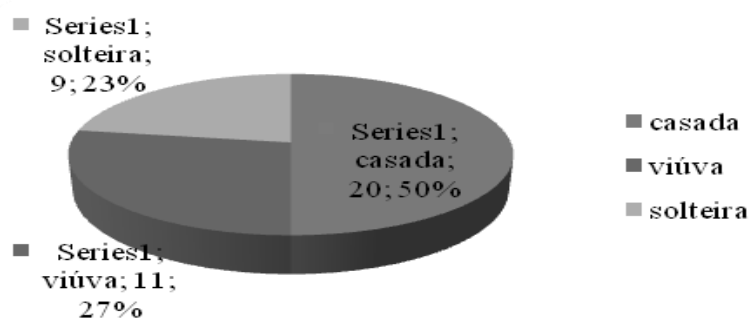
Existem na Guiné-Bissau cerca de 30 etnias, tendo cada uma a sua própria especificidade, verificando-se que a pertença a uma dada religião era significativamente importante na escolha do tratamento. Razão pela qual, as participantes que fazem parte da amostra estão agrupadas em três tipos de crença religiosa. Assim, na amostra predominam os cristãos, seguindo-se os muçulmanos e, por último, os animistas (Figura 3).

Figura 3. Distribuição das Participantes Segundo a sua Religião



Em relação ao estado civil a maior percentagem das participantes referem serem casadas (50%), seguido do estado de viúvas (27%) e a menor percentagem surge nas solteiras (23%) (Figura 4).

Figura 4. Distribuição das Participantes Segundo o Estado Civil



Relativamente à escolaridade, trata-se de uma amostra com fraco nível de escolaridade, isto é, 42.5% tem o ensino primário, 20% não tem escolaridade e só 12.5% tem o ensino médio ou superior (Tabela 2).

Tabela 2
Distribuição das Participantes por Nível de Escolaridade

	n	%
Primária	17	42.5
Secundário	3	7.5
Médio	4	10
Sem	8	20
Básico	7	17.5
Superior	1	2.5
Total	40	100

Cada grupo de tratamento integrava 10 participantes (tal como o grupo de controlo), distribuídos segundo o tipo de tratamento (Tabela 3).

Tabela 3
Distribuição das Participantes por Tipo de Tratamento

	n	%
Biomédico	10	25
Psicólogo	10	25
Tradicional	10	25
Sem tratamento	10	25
Total	40	100

Sintetizando os dados demográficos numa única tabela, realçamos que em qualquer dos grupos que constituem a amostra, as participantes da religião cristã são as que aparecem em maior número em qualquer dos tratamentos (biomedicina=5; psicológico=9; tradicional=3) incluindo mesmo as sem têm tratamento (5). Observa-se, também, que o tratamento tradicional é o mais procurado pelas participantes muçulmanas (5) seguido do tratamento biomédico (4). (Tabela 4)

Tabela 4

Distribuição das participantes por sistema de tratamento segundo a etnia

Sistema de Tratamento	Religião	Frequência	Etnia	Frequência
Biomédico	Cristã	5	Balanta	2
			Mancanha	2
			Manjaca	1
	Muçulmana	4	Fula	3
			Mandinga	1
	Animista	1	Manjaca	1
Psicólogo	Cristã	9	Balanta	4
			Mancanha	1
			Manjaca	4
	Muçulmana	1	Fula	1
Tradicional	Cristã	3	Balanta	1
			Mancanha	1
			Beafada	1
	Muçulmana	5	Mancanha	2
			Fula	1
			Beafada	2
	Animista	2	Bijagó	1
			Manjaca	1
S/ Tratamento	Cristã	5	Bijagó	1
			Mancanha	2
			Balanta	1
			Beafada	1
	Muçulmana	2	Beafada	1
			Mandinga	1
	Animista	3	Bijagó	1
			Papel	1
			Manjaca	1

Considerámos importante analisar como é que as participantes das diferentes etnias se agrupavam em termos de prática religiosa. Verifica-se que as praticantes da religião cristã se distribuem pelas etnias balanta (8), mancanha (6), manjoca (5), beafada (2) e bijagó (1). Observa-se, assim, que o maior número de participantes da amostra se nomeiam cristãs. As praticantes da religião muçulmana distribuem-se pelas etnias fula (5), beafada (3) mancanha (2) e bijagó (2) e constituem uma totalidade de 12 sujeitos na amostra em estudo. As praticantes animistas pertencem às etnias de mancanha (2), beafada (1), bijagó (2) e papel (1). São as que constituem o menor número na globalidade da amostra (6). (Tabela 5)

Tabela 5
Distribuição dos participantes segundo as etnias e as religiões

Etnias	Religiões			
	Cristã	n	Muçulmana	n Animista n %
Balanta		8		20
Mancanh a		6	2	2 25
Manjaca		5		12.5
Fula			5	12.5
Mandiga			2	5
Beafada		2	3	1 15
Bijagó		1		2 7.5
Papel				1 2.5
Total		22	12	6 100

4.4. Instrumentos

Os instrumentos utilizados tiveram como objetivo enquadrar um conjunto de sintomas, que pela sua semelhança são classificados pela biomedicina e pelos seus manuais como depressão. No entanto, não foi a validação de diagnóstico o nosso objectivo, nem se pretende “impor classificações e psicodiagnósticos ocidentais” (Boia e Errante, 2002, p. 30),

mas sim, e como já foi referido, entender as diferentes leituras do mesmo conjunto de sintomas, assim como os símbolos culturais e cosmologias locais que dão significado às experiências pessoais. Deste modo, com a finalidade de compreender a sintomatologia do ponto de vista subjectivo do doente, foram usados instrumentos de recolha de dados qualitativos, nomeadamente a *Ficha Clínica* e o *Questionário sobre o Modelo Explicativo da Doença*. Para despistar os sintomas depressivos utilizou-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Todos os instrumentos foram sujeitos a tradução para crioulo, seguida de retro tradução para a língua portuguesa, sendo posteriormente comparadas e feita a confirmação de que o sentido das questões não tinha sofrido alteração, tal como é proposto por alguns autores (Neto, 2002; Pais-Ribeiro, 2008). Passamos agora a uma descrição detalhada dos vários instrumentos utilizados.

4.4.1. Ficha clínica.

Com o objectivo de recolher dados demográficos e clínicos foi realizada uma entrevista com base numa Ficha Clínica, inspirada num questionário de anamnese psiquiátrica, composta por três níveis de informação:

Nível 1- Informação Geral (dados de identificação – nome, sexo, idade, religião, estado civil, ocupação, morada, pessoa contactável em caso de necessidade);

Nível 2 - História da Queixa Atual (composto por seis perguntas: Quando e como é que começou?, Está melhor ou pior?, Está a tomar algum medicamento ou a fazer qualquer tratamento?, O que acha da doença?, Quais as causas?, Acha que pode ser algum espírito?);

Nível 3 - Outras Informações (composto por oito perguntas: Alguém na família tem doença de cabeça?, Tem receitas antigas?, Bateu com a cabeça em algum lado?, O que aconteceu na família ultimamente? (separação, morte, desemprego), Com quem é que vive?, Alguém toma conta de si?, Tem algum apoio religioso ou de amigos?, Bebe álcool ou usa drogas?

A Ficha Clínica está incluída em anexo em língua portuguesa e crioulo.

4.4.2. Questionário sobre o modelo explicativo da doença.

Para se compreender a visão dos indivíduos em relação aos episódios de doença que estão a viver, alguns investigadores sentem a necessidade da criação e utilização de um conjunto de questões de forma a aceder a uma dimensão mais profunda da vivência e explicação da doença.

Estas têm as suas raízes na psiquiatria e pretendem compreender a forma como os pacientes descrevem a sua experiência da doença, os motivos que levaram a ficarem doentes, as causas, o porquê da doença persistir, como estão a lidar com a ela, formas de tratamento aceitáveis e perspectivas de cura (Bhui and Bhugra, 2002, 2004; Littlewood et al. 2007; McCabe and Priebe 2004; Sewell, 2009).

Reportando-nos aos estudos da antropologia médica não podemos dissociar a maneira de adoecer da vivência da pessoa na sua forma de estar no mundo. Este fenómeno pode ser abordado segundo dois olhares: um com uma tonalidade objectiva da qual o técnico de saúde está imbuído (a descodificação da doença) e o outro em que está presente a subjectividade do doente assente nas suas vivências que são influenciadas pela cultura em que está inserido e pela sua biografia.

No livro “Patients and Healers” da autoria de Kleinman (1980) pode ser lido: “Explanatory Models are the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process” (Kleinman, 1980, p. 105). Este autor adotou e promoveu de uma forma clara o que designou de modelos explanatórios (MEs) que tinham em consideração as concepções da doença, o tratamento e os aspectos culturais, de modo a facilitar o encontro entre o médico e o doente.

Podemos dizer que a criação destes modelos veio, de certa forma, reconhecer em pé de igualdade a biomedicina e a medicina tradicional.

A entrevista estruturada realizada nesta investigação teve por base o Questionário sobre o Modelo explicativo da Doença (Kleinman, 1988) e adotada recentemente pela Organização Mundial de Saúde (2008, p. 214) como “modelo a utilizar nos cuidados de saúde primários”. A nossa expectativa era de melhor compreender a percepção que cada indivíduo tem sobre a sua doença no contexto do seu meio envolvente. A partir de um conjunto de frases é pretendido encontrar, no desenrolar das conversas, um maior conhecimento do tipo de problemática e vivências associadas, a criação de um clima de confiança através do relacionamento estabelecido e, ao mesmo tempo, recolher dados que considerámos importantes.

Este instrumento (Anexo 11) é constituído por oito questões que ajudam a pessoa a expressar o que sente, o que considera ser a causa do seu problema, como considera a sua gravidade, o que a preocupa mais e quais os problemas que o adoecer lhe causou, que tipo de tratamento pensa que é melhor e que resultados considera serem melhor para si.

4.4.3. Self Reporting Questionnaire - SRQ-20.

Através da utilização do questionário *Self Reporting Questionnaire* – SRQ-20 (Harding et al, 1980) pretende-se fazer um despiste de sintomas, dando informação sobre o grau de presença ou ausência de perturbações, tais como insónia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, assim como estabelecer o nível de depressão apresentado.

É considerado um questionário de rápida aplicação devido ao número de itens, à facilidade de compreensão e ao baixo custo. Por este conjunto de características a OMS recomenda a sua utilização em estudos comunitários nos países em desenvolvimento, nomeadamente ao nível do rastreio, tendo já sido traduzido em oito idiomas e aplicado em países como a Colômbia, Índia, Filipinas, Etiópia, Guiné-Bissau, Quénia, Brasil e Senegal.

A principal questão foi como definir quem sofria de depressão de um ponto de vista clínico. Segundo Pires (2003) os sintomas apresentados são o sentimento de desvalorização pessoal, o desinteresse pela vida, tristeza profunda e uma visão sem futuro da vida.

Também se pode pensar na depressão com um conjunto de sintomas como o choro fácil, perda de interesse nas atividades diárias, ansiedade, sentimento de culpa, perturbações do sono, do apetite e desinteresse sexual. No entanto, estes sintomas também estão presentes noutras patologias, havendo pois a necessidade de fazer o despiste da depressão com um instrumento de fácil utilização devido à população ter um baixo nível de escolaridade.

Escolheu-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) como instrumento para o despiste dos sintomas apresentados pelas participantes. A elaboração deste instrumento foi patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objectivo de avaliar perturbações do foro mental em países em desenvolvimento (Mari & Williams, 1986)

Tem sido usado em diversos países de baixo rendimento e particularmente em países africanos com uma situação social e económica muito idênticas à que se vive na Guiné-

Bissau, com particular realce para a validação mais recente realizada na Etiópia por Hanlon et al. (2010).

Com base em outros instrumentos direccionados para a valiação de problemáticas psiquiátricas, nomeadamente *Patient Symptom Self-Report –PASSR*, *Post Graduate Institute Health Questionnaire (PGI)*, do *General Health Questionnaire (GHQ-60)* e o *Present State Examination (PSE)*, foi construído o SRQ que, à partida, incluía 24 itens, sendo que 20 itens eram direccionados para avaliação de perturbações não psicóticas e 4 para os distúrbios psicóticos (Santos, Araújo, Pinho & Silva, 2010).

O SRQ-20 (vinte itens) foi traduzido em oito idiomas com aplicação nos respectivos países: Colômbia, Índia, Filipinas, Sudão, Etiópia, Guiné-Bissau, Quênia, Brasil e Senegal.

O SRQ-20 elaborado sob coordenação de Harding et al. (1980) é composto por 20 questões, que devem ser respondidas com sim/não (tipo dicotómico), sendo cada resposta sim cotada com “1” e o não com “0”. A sintomatologia deve estar presente pelo menos há 30 dias.

A questão dois: “Tem falta de apetite?” tem de ser explorada com algum cuidado, pois muitas vezes pode ser interpretada como “Não tem comido bem?”. Com populações carenciadas economicamente e com baixos rendimentos a resposta pode ser “sim”, quando o que na realidade pode acontecer, é a impossibilidade em adquirir os alimentos necessários.

Também com a questão três: “O (a) Sr (a). dorme mal?” é necessário ter algum cuidado, pois o dormir mal pode não ser resultante de uma situação de ansiedade que dificulte o sono. Esta dificuldade pode resultar de deficientes condições no local onde o indivíduo dorme, mas também pode acontecer ter crianças pequenas que necessitam de serem alimentadas durante a noite ou mesmo alguém doente que exige cuidados noturnos. Ainda relacionado com o sono, deve ser questionada tanto a qualidade como a quantidade, como por exemplo, se acorda mais cedo do que o habitual ou se tem dificuldade em adormecer.

Este questionário foi usado e validado em Bissau por De Jong em 1986, que partiu da versão portuguesa preparada por investigadores no Brasil, (Mari & Williams, 1986).

Pretendendo avaliar as propriedades psicométricas do SRQ-20, Santos, Araújo, Pinho e Silva (2010) realizaram, numa população urbana do Brasil, a sua validação numa amostra que integrava 3190 sujeitos com idades a partir dos 15 anos. Após uma análise estatística de Rotação Ortogonal Varimax, foram encontrados 4 factores (Tabela 6).

Tabela 6
Propriedades psicométricas do SRQ

<i>Factor</i>	<i>Itens</i>	<i>α</i>
Comportamento Ansioso		
Depressivo	4	0.65
Sintomas Somáticos	6	0.62
Decréscimo de Energia Vital	6	0.57
Humor Depressivo	4	0.59
Total	20	0.82

O *cut-off* ponto usado foi para >7 de respostas positivas, o mesmo que De Jong determinou. A escolha deste ponto de corte baseia-se também nas investigações de Kortmann e Ten Horn (1988). Segundo estes autores a variedade no uso de pontos de corte encontrados na aplicação do SRQ-20 contradiz a hipótese de que exista um instrumento universal para avaliar as perturbações mentais. Em alguns autores o ponto de corte é de 8/12 (Araya, 1992; Deshpande et al., 1989; Dhadhale et al., 1982; Sen, 1987), enquanto que para outros é bastante mais baixo, 4/6 (Aldana, 1990; El-Rufaie et al., 1994), mostrando a importância da influência cultural na percepção dos sintomas e na forma de os verbalizar, sendo por isso o envolvimento cultural determinante.

4.5. Descrição dos Procedimentos

Vindo da antropologia e iniciado por Malinowski³³¹ (Rivière, 1995) o trabalho de campo é uma forma de fazer pesquisa³³², que foi sendo adotada por outras áreas das ciências, entre elas a psicologia e a psiquiatria.

³³¹ Malinowski, B. (1922). *Argonauts of the Western Pacific*. Londres: Routledge & Kegan Paul onde o autor expõe pela primeira vez o que viria a ser o método antropológico – a observação participante e o trabalho de campo (Barley, 2006).

O conceito ou ideia de “campo” nasce na famosa Escola de Chicago, na década de 30, quando o pesquisador deixa o laboratório para ir para as ruas e passa a estar no “campo” (Gonçalves, 2002, pp. 47-50) em contacto directo com as pessoas.

Com Kurt Lewin o “campo” passa a ser o “assunto” a estudar e os encontros entre investigador e investigado “variam conforme interesse ou necessidade” (Spink, 2003, p. 25).

Esta forma de recolha de informação é particularmente aplicável a pequenas sociedades ou grupos e sobre quem se pretende estudar de uma forma aprofundada a perspetiva dos indivíduos.

Começámos por fazer o levantamento de dados através de uma recolha e análise documental, com o objectivo de delinear o processo de trabalho a seguir. Seguiu-se uma fase exploratória, com uma primeira ida à Guiné-Bissau, de 10 a 25 de Abril de 2011, para além de contactar com a realidade no local, foi possível estabelecer os primeiros contatos e bases de trabalho.

Assim, o nosso primeiro passo foi a *imersão no campo* tendo como finalidade recolher o máximo de informação sobre os aspectos culturais da população em estudo através de visitas a locais (ex. hospital, espaços dos curandeiros, locais de reunião dos membros da comunidade). As conversas e diálogos travados foram objecto de compilação e de cadernos de registo. Sempre que nos foi solicitado ou proporcionado colaborámos em actividades da própria comunidade local. Entrar no campo exige alguma preparação para a realização de negociações úteis à investigação. Adoptámos uma postura de observação participante, com o objectivo de nos entrosarmos na cultura e de ser aceites e integrados como “um dos nossos” e não entendidos como *voyeuristes*. (Carmo & Ferreira, 1998).

A par desta vivência, a nossa reflexão era acompanhada de anotações e do registo de acontecimentos e comportamentos (escrita e fotografia) não só das participantes mas também do meio sociocultural envolvente. Para além da falta de infra-estruturas a nível de saúde mental, a falta de eletricidade levanta alguns problemas e cria alguns condicionamentos tanto nas deslocações como no registo electrónico nas notas que vão sendo tomadas durante o dia.

Também na escolha de estadias para desenvolver a investigação tivemos de ter em consideração as restrições financeiras que surgiram. A opção por não viver dentro dos bairros teve como objetivo manter um olhar claro e imparcial sobre as situações e não nos deixarmos

³³² Na antropologia fazer trabalho de campo eleva o antropólogo à classe de “pessoa verdadeira” como forma de diferenciação dos que “nunca fizeram trabalho de campo” (Barley, 2006, p. 16).

levar pelos sentimentos, tentando manter a distância necessária que nos permitisse desenvolver a investigação com alguma objetividade.

Posteriormente regressámos³³³ diversas vezes para acompanhar a evolução da situação das pacientes que tínhamos entrevistados anteriormente, assim como para nos inteirar de novos casos que tivessem surgido durante a nossa ausência. Em cada estadia foram sempre surgindo novas situações que fomos analisando e acompanhando.

Num trabalho desta natureza é imprescindível perceber a visão dos sujeitos objeto de estudo, pois esta está intimamente “relacionada com a sua identidade social” (Bourdieu, 1989, p. 139), daí a nossa imersão no campo, com base nas técnicas etnográficas e de instrumentos adaptáveis à população em estudo, como a observação e as entrevistas.

Só estando no local e perante situações concretas, é que é possível definir formas de trabalho e metodologias que procurámos personalizar e adaptar conforme as situações. Por exemplo, o contato com alguns curandeiros permitiu fazer uma análise das situações numa perspetiva fora da esfera espiritual e discutir a influência da família no mal estar das mulheres. Com outros curandeiros tivemos que nos restringir ao que nos era mostrado, pois forçar a situação poderia comprometer a confiança e o prosseguimento da colaboração.

O facto de estarmos presentes regularmente ajudou a ganhar a confiança das pessoas com quem contactámos, abrindo portas para a participação em diversas festividades e cerimónias o que nos permitiu entrar dentro das casas e assim perceber as dinâmicas familiares tradicionais. Foi também preciso aprender qual o momento em que a nossa presença era inconveniente e qual o momento em que deveríamos sair.

Contudo, esta relação torna-se num desafio que é preciso saber gerir, pois somos olhados como a fonte de rendimentos, ainda que momentânea e de ajuda material. De início isto parece fácil de resolver e ser ultrapassado, mas rapidamente percebe-se que se está numa teia com pedidos constantes para as mais diversas ajudas. A recusa em ceder leva a um sentimento de desconforto, pois tal como Geertz (2000, pp. 30-46) referiu “o investigador é colocado numa posição moral um pouco parecida com a do burguês que aconselha aos pobres a serem pacientes”. O recurso a um informante³³⁴, neste tipo de investigação é extremamente útil, pois permite avançar de forma mais rápida, uma vez que ele conhece os locais, as gentes e as formas de ultrapassar as dificuldades que vão surgindo, para além do papel que pode desempenhar como tradutor.

³³³ De 6 a 19 de outubro de 2011, de 30 de novembro a 10 de dezembro de 2011, de 9 de fevereiro a 17 de março de 2012, de 7 a 19 de outubro de 2012.

³³⁴ Como características do informante, deseja-se que seja paciente no explicar, que tenha conhecimentos do que se está a investigar e estar disponível para colaborar.

Foi-nos facilitado o acesso às consultas no Centro de Saúde Mental 3 de Agosto, no Hospital Militar e com diversos curandeiros³³⁵ de forma a termos a possibilidade de entrevistar as pacientes e a observar o desenrolar das consultas.

A entrada no espaço dos curandeiros para recolher informações exigiu uma negociação monetária, para além da contribuição com alguns bens³³⁶. Na maior parte dos casos, este processo aconteceu somente na fase inicial, no entanto houve situações em que foi necessário voltar a negociar por cada visita efetuada.

Era importante conhecer estes espaços, alguns em bairros de Bissau, outros em tabancas³³⁷, sendo que, tal como Bourdieu afirma sobre a importância dos locais de investigação (1989, p. 137) “este determina muitas vezes o tipo de relação que aí se estabelece com os indivíduos”.

Contatámos com o um único Centro de Saúde Mental existente em todo o país, sendo de realçar que as consultas eram asseguradas por três ou quatro enfermeiros psiquiátricos, realizadas num espaço único separado por cortinas sem qualquer privacidade. Foi impossível apurar o número de psicólogos a trabalhar no país, estando a maioria ligados a instituições que trabalham na área do HIV-SIDA. Raramente os doentes são encaminhados para os psicólogos. Só os doentes com psicose e depressão graves são levados ao Centro de Saúde Mental, no entanto o normal é já terem passado por alguns curandeiros que não conseguiram resolver a situação e ficarem entre a biomedicina e a medicina tradicional, utilizando os dois sistemas paralelamente: um pode trazer o alívio físico, mas o outro assegura a colaboração do mundo invisível e a permissão para o tratamento.

Já no Hospital Militar o psicólogo dispõe de um gabinete próprio, o que lhe permite trabalhar sozinho e sem intromissões.

Para delinear o que seria a nossa amostra, estivemos presentes nos diversos locais à hora da consulta. No caso de não estarmos presentes no momento, éramos contactados via telemóvel e informados da chegada de uma nova paciente para que nos deslocássemos ao local.

Nos bairros, onde recolhemos os dados do nosso grupo de controlo, por vezes foi necessário recorrer a um tradutor, apesar de sabermos que traz alguns inconvenientes, pois neste processo de tradução a mensagem tanto enviada como recebida acaba por ser distorcida.

³³⁵ Conforme anteriormente referido e também explicadas as atribuições e características de cada um destes curandeiros.

³³⁶ Aguardente, folhas de tabaco, sabão e arroz.

³³⁷ Aldeia.

Wadensjö (1998), desenvolveu dois tipos de modelos do papel que o tradutor pode assumir. Um, em que tem um papel passivo, digamos mesmo invisível, em que só deve fazer a tradução sem influenciar a direção da conversa, ou o investigador pode optar por ter um tradutor que desempenhe um papel mais ativo, ajudando a construir uma compreensão mútua sobre o problema, facilitando o estabelecimento de uma relação de cooperação e confiança entre os intervenientes. Nós optámos por este segundo modelo por nos fazer mais sentido.

Esta prática permitiu-nos averiguar os tipos de tratamento mais relevantes, assim como as opções religiosas praticadas. A partir deste trabalho, foi mais fácil escolher os instrumentos adequados a aplicar.

Após termos organizado a nossa amostra, iniciámos a recolha de dados a partir dos instrumentos escolhidos. Realizámos as duas entrevistas estruturadas com perguntas semi-abertas e procedeu-se ao preenchimento do questionário SRQ-20. Foi explicado às mulheres e seus familiares³³⁸ a natureza do estudo, tendo sido pedido o seu consentimento para as incluir no mesmo. Não nos pareceu apropriado pedir o consentimento por escrito (Pais-Ribeiro, 2008) uma vez que o nível de escolaridade, na generalidade, era muito baixo.

Algumas das questões mais diretas que podiam ser consideradas incorretas ou intrusivas, foram contornadas de forma a serem aceitáveis e compreensíveis. Quando as respondentes estavam sozinhas podíamos falar com menos restrições do que quando acompanhadas por familiares, mesmo se por vezes era necessário a intervenção de um familiar no sentido de esclarecer qualquer dúvida.

O conteúdo dos diferentes instrumentos foi lido, às participantes, em português e nalgumas situações de forma a tornar mais clara alguma questão, repetido em crioulo. Reproduziu-se este procedimento com todas as pacientes e em todos os locais de tratamento, tanto no contexto biomédico e psicológico como no tradicional. Manteve-se o anonimato na identificação das pacientes, não sendo revelados os nomes das mesmas.

A falta de privacidade foi uma das questões difíceis de gerir, pois havia sempre alguém presente, não por incorreção ou desconfiança, mas por uma questão cultural ninguém fica sozinho.

Em relação ao SRQ-20 tivemos o cuidado com o “sentido” da pergunta para que não fosse confundido com o significado cultural dado a determinado comportamento. Por exemplo, Kortmann (2010, p. 215) chama atenção, relativamente ao questionário SRQ-20, que na pergunta número 10 quando se pergunta: “O sr. / a sra. tem chorado mais do que o

³³⁸ Por vezes o pai ou o marido ou mesmo um tio. Muitas vezes as pacientes eram acompanhadas por um grupo constituído por marido e tio. Só uma das pacientes foi acompanhada pela mãe.

costume?” como sendo um indicador do estado depressivo, na Etiópia a resposta “sim” pode ser indicativa que o indivíduo participou nos últimos tempos num número fora do normal de funerais e não de um qualquer estado de tristeza.

Após três meses desde o primeiro contacto, foi pedido aos participantes que preenchessem novamente, o SRQ-20. Estes mesmos pedidos foram também feitos ao grupo que não teve nenhum tratamento (grupo de controlo).

Apesar de tradicionalmente as pesquisas em psicologias utilizarem o suporte escrito para transmitir os dados da investigação, no nosso trabalho e pelas suas características considerámos que a imagem fazia todo o sentido como forma de ilustrar situações que nos fogem ao quotidiano. A expressão verbal traduz a observação do acontecimento de uma forma cega, o leitor não consegue visualizar o acontecimento ou a situação, daí a importância do uso da imagem, que pensamos ser uma mais valia ao texto escrito e que incluímos em anexo. Houve o cuidado de cobrir a face dos fotografados com o objetivo de manter o anonimato dos intervenientes.

Nesta descrição do procedimento apraz-nos fazer uma reflexão sobre alguns dos aspectos peculiares que estiveram subjacentes ao nosso trabalho. Assim, é importante realçar que o estabelecimento de laços de confiança é um factor determinante para qualquer investigação, particularmente, quando se pretende fazer uma análise de dados qualitativos, na medida em que o discurso dos entrevistados possibilita ter acesso à realidade individual. Este interesse pode parecer num primeiro momento o objeto único do investigador, criando, por isso, algum retraimento por parte dos entrevistados em contar as suas histórias.

Cada história é a história de um grupo cultural e das relações entre os diversos membros, podemos dizer que é uma história de pertença e tal como em muitas outras culturas, as mulheres são pertença de um determinado grupo social, que se alarga para além da família e se estende à tabanca onde reside.

Neste sentido, a maior parte das consultas são em família, o que permite perceber as dinâmicas entre os diversos membros, assim como o conhecimento de diferentes realidades.

Também a vivência do tempo tem uma especificidade em cada cultura. Assim é apropriado e facilitador dar ao interlocutor um tempo de fala, isto é, não se pode perguntar imediatamente qual a escolaridade ou religião pois há sempre uma história associada que é preciso deixar fluir. Cada pessoa ocupa o seu tempo e é importante que o investigador deixe fluir a narrativa e tente ir “apanhando” os dados que lhe interessam de modo a encontrar um fio condutor.

Também a vivência e ocupação do espaço tem particularidades próprias. Por exemplo, no presente estudo, só o psicólogo tinha um espaço próprio e com alguma privacidade. O Centro de Saúde Mental resumia-se a um “barracão” com diversas secretárias onde o espaço se individualiza com a ajuda de panos tradicionais pendurados em cordas. As entrevistas das pessoas que recorriam ao tratamento tradicional, na maior parte das vezes, eram ao ar livre em cadeiras colocadas para o efeito debaixo de um alpendre ou de uma árvore. No entanto, não deixavam de ter o mesmo valor que as realizadas no contexto biomédico, pois que, este espaço é simbolicamente “curador”, um espaço em que se espera encontrar a cura para a doença. Os encontros nos bairros acontecem ao ar livre. As cadeiras são dispostas nos alpendres das casas, surgindo família e vizinhos de diversos pontos da comunidade para se inteirarem do que se passa.

4.6. Procedimento de Análise dos Dados

Sendo uma população africana com lógicas, valores, normas e hábitos muito diferentes dos da cultura europeia, considerámos que a análise de conteúdo das entrevistas estruturadas constituía uma mais valia na compreensão do objeto do nosso estudo. Foram organizadas categorias discursivas e seguidamente realizou-se a quantificação destes dados qualitativos.

Após tratar estaticamente o questionário SRQ-20, procedeu-se a discussão dos resultados entrando em linha de conta com a informação obtida nestes dois tipos de dados.

Para comparar os grupos foram usados testes de hipóteses, utilizando como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância $(\alpha) \leq .05$. No entanto, se encontrarmos diferenças significativas para um nível de significância $(\alpha) \leq .10$ estas serão devidamente comentadas.

Os pressupostos dos testes paramétricos, nomeadamente o da normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene, respectivamente. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfatória usou-se a Anova One-Way com a correção de Welch. Utilizou-se o teste Anova One-Way quando se comparou a média de três ou mais amostras.

O teste do Qui-quadrado de independência foi usado quando se testou a relação entre as variáveis qualitativas. Segundo os pressupostos deste teste, não deve haver mais do que

20% das células com frequências esperadas inferiores a 5. Este pressuposto foi analisado. Nas situações em que o pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui- quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM).

No capítulo seguinte vamos apresentar a análise quantitativa dos resultados.

Capítulo 5: Resultados

5.1. Análise quantitativa dos dados qualitativos

5.1.1. Ficha clínica.

Este instrumento é composto por três níveis de perguntas: o primeiro já foi apresentado no ponto do nosso trabalho quando se faz a descrição das participantes. Assim, iremos expor a análise descritiva das questões dos níveis dois e três, que se consubstanciam na história da queixa atual e outras informações. Estas perguntas foram colocadas a todas as participantes que recorreram aos diversos sistemas de tratamento, inclusive às que não procuraram ajuda.

Nível 2 – História da queixa atual

Neste nível começamos por obter a informação sobre o início dos sintomas, tendo como objetivo identificar as causas que as participantes enumeravam como responsáveis do seu estado de adoecer (Tabela 7).

Tabela 7
Respostas (n e %) identificação da causa da doença

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Físicos	1	50	1	50	-	-	-	-	2
Questões Relacionais (violência física e afectiva)	4	40	1	10	3	30	2	20	10
Perdas significativas.	2	10.52	5	26.31	6	31.57	6	31.57	19
Feitiço	1	50	-	-	1	50	-	-	2
Não sabe	2	28.57	3	42.85	-	-	2	28.57	7
Total	10	-	10	-	10	-	10	-	40

Através da leitura dos dados, verifica-se que dez das respondentes referem que subjacentemente existem causas de ordem relacional (marido casou com segunda esposa; marido bater; contrariada na Guiné), 19 indicam perdas significativas (morte de filho; a filha morreu e o marido deixou-a; morte mãe e tia) e sete expressão que não sabem.

Relativamente aos sintomas físicos e à atribuição de feitiço, constata-se que respetivamente, só dois participantes se manifestaram em cada uma das respostas.

Por outro lado, pareceu-nos pertinente saber como as participantes percecionavam o seu estado clínico, nomeadamente se sentiam alguma evolução positiva ou negativa a partir do momento em que se sentiram doentes (Tabela 8).

Tabela 8

Respostas (n e %) à questão “como se sente”, por grupo de tratamento

Respostas		Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Como se sente	Melhor	5	71.42	1	14.28	1	14.28	-	-	7
	Pior	5	17.85	7	25	8	28.57	8	28.57	28
	Igual	-	-	1	50	-	-	1	50	2
	Mais ou menos			1	33.33	1	33.33	1	33.33	3
Total		10		10		10		10		40

Questionámos também sobre a toma de medicamentos ou outra forma de tratamento para obter uma eventual informação das participantes relativamente a uma orientação terapêutica (Tabela 9)

Tabela 9

Respostas (n e %) à questão se toma alguma medicação

Respostas		Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Farmacológico	Sim:	7								7
	Benzodiesepina	4								
	Neuroletico +	2								
	Benzodiesepina	1								
	Antidepressivo triciclico									
	Não	1	4.16	10	41.66	3	12.5	10	41.66	24
Tradicionais	Não sabe o que tomou	2	100							2
	Chá					7	100			7
Total		10		10		10		10		40

Em relação à toma de medicação, 24 das respondentes referem não fazer qualquer tipo de medicação farmacológica; sete das respondentes, que procuraram apoio nos métodos tradicionais referem só tomar chá (n = 7, % = 100).

Uma das perguntas que considerámos que poderia aumentar a nossa compreensão foi a obtenção da percepção das participantes sobre o seu sofrimento (Tabela 10).

Tabela 10

Respostas (n e %) à questão sobre a percepção sobre a doença

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Físicos	-	-	1	16.66	4	66.66	1	16.66	6
Questões Relacionais (violência física e afectiva)	6	46.15	3	23.07	2	15.38	2	15.38	13
Sintomas depressivos	1	8.33	5	41.66	1	8.33	5	41.66	12
Feitiço	3	42.85	1	14.28	2	28.57	1	14.28	7
Não sabe	-	-	-	-	1	50	1	50	2
Total	10	-	10	-	10	-	10	-	40

Os dados apontam para que 13 respondentes atribuem a questões ligadas à impotência, ao medo e à violência (ex. ser mal tratada; sente que vai morrer; a outra mulher é a culpada). Também 12 respondentes referem sintomas depressivos (ex. tristeza; depressão). Observa-se também que das sete respondentes que acham que a sua doença tem a ver com feitiço, o maior número está incluído nos que procuram cuidados no âmbito da biomedicina (n=3, 42.85%).

Uma outra questão que considerámos importante foi a de clarificar como é que a informação atribuída à causa da doença ajuda a compreender a cosmovisão das participantes (Tabela 11 e Tabela 12).

Tabela 11*Respostas (n e %) à questão qual a causa da doença*

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Físicos	-	-	-	-	2	66.66	1	33.33	3
Questões Relacionais (violência física e afetiva)	7	30.43	6	26.08	3	13.04	7	30.43	23
Sintomas depressivos	-	-	-	-	-	-	1	100	1
Feitiço	2	22.22	3	33.33	3	33.33	1	11.11	9
Não sabe	1	25	1	25	2	50	-	-	4
Total	10	-	10	-	10	-	10	-	40

A partir dos dados observa-se que 23 das respondentes atribuem as causas a questões ligadas a sentimentos de violência física e afetiva (ex. marido ter uma amante; está presa sem culpa; é perseguida por um rapaz; dificuldade em se adaptar). Verifica-se que o menor número de respondentes refere recorrer aos métodos tradicionais (n=3, % = 13.0). Contudo, nove respondentes atribuem a causa a situações de feitiço, embora não se verifiquem grandes diferenças nas que recorrem ao tratamento tradicional comparativamente com as que procuram os cuidados da psicologia.

Tabela 12*Respostas (n e %) à questão qual a causa da doença*

Respostas		Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Espíritos	Sim	2	18.18	2	18.18	6	54.54	1	9.09	11
	Não	6	30	5	25	1	5	8	40	20
	Talvez	2	1	-	-	3	50	1	16.66	6
	Não quer falar sobre isso	-	-	3	100	-	-	-	-	3
Total		10		10		10		10		40

Verifica-se que 20 das respondentes não associam o seu estado ao efeito de espíritos. Numa observação mais detalhada, o grupo de quem procurou tratamento tradicional apresenta um número elevado, das que consideram que há uma influência dos espíritos ($n = 6$, $\% = 54.54$) e também o maior número que responde “talvez” se encontra neste grupo ($n = 3$, $\% = 50$).

Nível 3 – Outras Informações

As perguntas que foram colocadas neste nível tinham como objetivo recolher informação relativa a aspetos de hereditariedade, de acontecimentos traumáticos físicos e psicológicos, assim como do tipo de apoio social.

Assim começámos por nos inteirar se havia pessoas na família que já tivessem tido problemas psicológicos (Tabela 13).

Tabela 13

Respostas (n e %) à questão sobre hereditariedade de doença mental

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	-	-	1	50	-	-	1	50	2
Não	10	26,31	9	23.68	9	23.68	9	23.68	38
Total	10		10		9		10		40

Através dos dados recolhidos, observa-se que 38 respondentes referem não existir alguém na família com “doença na cabeça”, isto de ordem psicológica.

Considerámos pertinentes saber se as participantes tinham receitas médicas antigas, com o objetivo de obter informação sobre a cronocidade ou recorrência da doença (Tabela 14).

Tabela 14*Respostas (n e %) à questão sobre cronocidade da doença*

	Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Medicação de origem médica desconhecida	Sim	1	100		-	-	-	-	-	1
	Não	9	23.0	10	25.6	10	25.6	10	25.6	39
Total		10	-	10	-	10	-	10	-	40

Observamos através dos dados obtidos, que das respondentes referem não ter receitas antigas. Podemos imaginar que eventualmente não se lembrem ou que não queiram mencionar.

Procurámos saber se a origem do seu sofrimento estava associado a algum traumatismo físico (Tabela 15).

Tabela 15*Respostas (n e %) sobre a possibilidade de ter sofrido algum traumatismo físico*

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	1	50	-	-	1	50	-	-	2
Não	9	23.68	10	26.31	9	23.68	10	26.31	38
Total	10	-	10	-	10	-	10	-	40

Pela leitura dos dados, verifica-se que duas das respondentes, referem ter batido com a cabeça e 38 das respondentes não assinalam ter tido qualquer traumatismo físico.

Considerámos que era pertinente obter informação se tinha havido alguma situação traumática do ponto de vista psicológico (Tabela 16).

Tabela 16*Respostas (n e %) sobre a possibilidade de ter sofrido algum traumatismo psicológico*

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Questões Relacionais (violência física e afectiva)	4	33.33	3	25	3	25	2	16.66	12
Sintomas Depressiv.	3	18.75	5	31,25	4	25	4	25	16
Nada	3	25	2	16.66	3	25	4	33.33	12
Total	10		10		10		10		40

Observa-se através dos dados acima mencionados, que 16 respondentes referem a existência de sintomas considerados depressivos (ex. Não tem vontade de tomar conta da filha; tentou matar-se; não vê a filha; mortes). No entanto, verifica-se que também 12 respondentes salientam questões relacionais ligados à afetividade (ex. O marido mandou-a embora; não confia no namorado; a outra mulher do marido; o marido está desempregado).

Do ponto de vista do apoio social, tentámos obter informação se havia algum acompanhamento, isto é, se a pessoa vivia sozinha ou acompanhada (Tabela 17).

Tabela 17*Respostas (n e %) à questão sobre acompanhamento familiar*

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Família Próxima	10	25	10	25	10	25	10	25	40
Total	10	-	10	-	10	-	10		40

Quando se perguntou com quem a pessoa vivia, a totalidade das respondentes referiram morar com a família (ex. Irmã; mãe; tios e primos; filhos, mãe, irmã e sobrinhos; sogra e cunhada).

Consequentemente, quando se pretendeu informar se o apoio social é de proximidade, verifica-se que 23 respondentes referem afirmativamente (ex. Pais; filha; tio; sogros) sendo que o maior número de respondentes se situa no grupo da biomedicina (n = 9, % = 39.13) e no grupo que procura apoio psicológico (n = 7, % = 30.43). Por outro lado, 17 respondentes mencionam não ter cuidadores, verificando-se que o maior número se situa nos que recorrem ao tratamento tradicional (n = 7, % = 41.17) (Tabela 18).

Tabela 18

Respostas (n e %) à questão sobre apoio social de proximidade

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trata.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cuidadores de proximidade	9	39.13	7	30.43	3	13.04	4	17.39	23
Sem cuidadores	1	5.88	3	17.64	7	41.17	6	35.29	17
Total	10		10		10		10		40

No âmbito do apoio social mas, com especificidade na dimensão religiosa, procurámos obter na medida em que na cultura em estudo, a religiosidade tem um impacto muito forte na cosmovisão (Tabela 19).

Tabela 19

Respostas (n e %) à questão sobre apoio religioso

Respostas	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Igreja; redes familiar e social	5	23.08	8	38.09	1	4.76	7	33.33	21
Não	5	26.31	2	10.52	9	47.36	3	15.78	19
Total	10		10		10		10		40

Constata-se que 21 das respondentes indicam ter apoio do tipo religioso, familiar ou social (ex. Filha e igreja; amigos e igreja; vizinhas; filhas). Verica-se que nas 19 respondentes

que referiram não ter qualquer tipo de apoio, o maior número encontra-se nos que procuram o tratamento tradicional (n = 9, % = 47.36).

A última pergunta teve como objetivo ter informação sobre a utilização ou não de estratégias de coping aditivas e que podem ser sugestivas de depressão (ex. Auto-medicação) (Tabela 20).

Tabela 20
Respostas (n e %) à questão sobre adições

Respostas		Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Bebe alcool ou consome drogas	Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Não	10	100	10	100	10	100	10	100	40
Total		10		10		10		10		40

Todas as respondentes referem não terem utilizado qualquer tipo de drogas.

5.1.2. Questionário sobre o modelo explicativo da doença.

Através do preenchimento do questionário sobre o modelo explicativo da doença, pretendeu-se compreender a vivência das participantes, sustentada na cosmovisão interiorizada. Especificamente, a que causas a pessoa atribui o seu estado, que implicação tem na sua vida familiar e comunitária, como se sente no aqui e agora e qual a perceção que tem sobre a evolução da doença. Sustentado nas pré-categorias do questionário, foram organizadas oito categorias. Consequentemente, o discurso daí decorrente levou-nos a estruturar subcategorias a partir das quais foram encontradas percentagens relativamente às vivências das respondentes. A análise de conteúdo foi inspirada nos procedimentos referenciados por Bardin (1977).

A categoria um, que nomeámos como designação do problema, centra-se em compreender qual é a consciencialização que a respondente tem do seu problema, isto é, que designação lhe atribui no âmbito do seu universo cultural. A análise de conteúdo do texto discursivo resultante das perguntas efetuadas, permitiu-nos organizar sub-categorias que

agrupámos e às quais demos uma designação: sentido depressivo (tristeza, depressão); expressão de sentimentos negativos (raiva, vergonha, pânico); verbalização de sintomas físicos (peso no coração, da cabeça, tumor); feitiço; não sabe.

Na tabela abaixo, são apresentadas as sub-categorias e a percentagem das respondentes que expressaram a sua opinião nos quatro grupos que recorreram a métodos diferentes (biomedicina, psicologia, tradicional, sem tratamento).

Tabela 21

Categoria 1 “Designação do Problema”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Depressivos	6	30	5	25	3	15	6	30	20
Atribuição a Sentimentos Negativos	1	14.3	3	42.9	1	14.3	2	28.6	7
Sintomas Físicos	-	-	1	20	3	60	1	20	5
Feitiço	-	-	-	-	2	100	-	-	2
Não sabe	3	50	1	16.7	1	16.7	1	16.7	6
Total	10		10		10		10		40

A partir dos dados observados, verifica-se que 20 respondentes verbalizam como sintomas depressivos, sete respondentes identificam como sentimentos negativos e seis não sabem como se chama o problema. No grupo que faz apelo ao tratamento tradicional, verifica-se que na sub-categoria “sintomas depressivos”, existe um menor número (n = 3, % = 15) de respondentes, no entanto, surgem maior número a atribuir a sintomas físicos (n = 3, % = 60) e a referir que devido a feitiço (n = 2, % = 100). Na sub-categoria “não sabe”, das seis respondentes, o maior número encontra-se nas que procuram apoio da biomedicina (n = 3; % = 50).

A categoria dois, pretende auscultar qual a perceção que a pessoa tem sobre o elemento desencadeador do problema em função da sua vivência. Foram encontradas cinco

sub-categorias que agrupámos da seguinte forma: sintomas depressivos; questões relacionais (violência física e afetiva); sintomas físicos; feitiço; não sabe.

Tabela 22

Categoria 2 “Perceção sobre elemento desencadeador”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
Sintomas Depressivos	1	9%	4	36.4	2	18.2	4	36.4	11
Questões Relacionais (Violencia física e afectiva)	5	31.3	5	31.3	3	18.8	3	18.8	16
Sintomas Físicos	1	33.3	-	-	2	66.7	-	-	3
Feitiço	3	42.9	1	14,3	3	42.9	-	-	7
Não sabe	-	-	-	-	-	-	3	100	3
Total	10		10		10		10		40

Nesta subcategoria observa-se que 11 respondentes atribuem a causa do seu problema a sintomas depressivos (n = 4; % = 36.4 fazem apelo aos psicólogos e n = 4; % = 36 estão sem tratamento). O maior número, 16 respondentes, atribui a questões de ordem relacional, estando presentes a violência física e afectiva (ex. O marido bate-lhe; ter sido obrigada a casar; foi violada). É nas que fazem apelo aos tratamentos biomédicos e psicológicos que surge a maior número de respondentes (n = 5; % = 31.3 em ambos os grupos). Verifica-se que as que atribuem a causa do problema ao feitiço surgem nos grupos que procuram tratamentos biomédico e tradicional (n = 3; % = 42.9 em ambos os grupos).

A categoria três incide no aspecto diacrónico da vivência da pessoa, nomeadamente, qual o significado que a pessoa atribui ao começo e ao desenrolar do seu mau-estar. Através do relato discursivo foram encontradas as mesmas sub-categorias já acima referidas.

Tabela 23

Categoria 3 “Significado atribuído ao mau estar”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom		Psic.		Curand.		s/ Trat.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
Sintomas Depressiv.	2	15.38	6	46.2	2	15.38	3	23.07	13
Questões									
Relacionais (Violencia física e afectiva)	6	37.5	-	-	-	-	2	12.5	16
Sintomas Físicos	-	-	-	-	-	-	2	100	2
Feitiço	1	25	-	-	3	75	-	-	4
Não sabe	1	20	-	-	1	20	3	60	5
Total	10	-	10	-	10	-	10	-	40

Observando a tabela acima, verifica-se que 13 respondentes referem “sintomas depressivos” (ex. Foi ficando triste por estar sozinha; triste; não consegue adaptar-se a esta vida). Observa-se, também, nesta sub-categoria que as respondentes que procuram tratamento psicológico apresentam valores mais elevados (n = 6; % = 42.2). Na sub-categoria “questões relacionais” mencionando violência física e afectiva (ex. Não gosto que o marido tenha amantes; quando o marido lhe começou a bater; uma mulher envenenou-o) é onde se encontra um maior número de respondentes (16 respondentes). Na comparação dos grupos de tratamento, verifica-se que o da biomedicina apresenta valores mais elevados (n = 6; % = 37.5). Na sub-categoria “feitiço” (ex. Inveja dos espíritos) três respondentes (75%) procuram o tratamento tradicional e cinco respondentes não procuram tratamento, sendo que três das respondentes (60%) pertencem ao grupo das que estão sem tratamento.

A categoria quatro centra-se na compreensão das consequências que as participantes atribuem ao seu estado de sofrimento no aqui e agora. Por outro lado, a partir das idiossincrasias de cada respondente pretende-se perceber que expectativa tem relativamente à evolução do seu estado.

Tabela 24

Categoria 4 “Expectativas quanto à doença”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Depressiv.	8	38.09	5	23.80	4	19.04	4	19.04	21
Questões Relacionais (Violencia física e afectiva)	2	25	1	12.5	2	25	3	37.5	8
Sintomas Físicos	-	-	4	36.36	4	36.36	3	27.27	11
Total	10		10		10		10		40

Pode verificar-se que 21 respondentes se encontram na sub-categoria “sintomas depressivos” (ex. Não quero viver mais, chora e tem medo; dificuldade em pensar, concentrar, chora e dorme mal). Observa-se que o maior número (n = 8; % = 38.09) pertence ao grupo que procura o tratamento da biomedicina; seguido das que procuram tratamento psicológico (n = 5; % = 23.80). Verifica-se, também, que 11 respondentes se encontram na subcategoria “sintomas físicos” (ex. Desmaia e dores; coração apertado; dores de cabeça; dores no corpo), situando-se na mesma proporção as que procuram tratamentos psicológicos ou tradicionais (n = 4; % = 36.6)

A categoria cinco, refere-se à percepção que a pessoa tem da gravidade do seu estado e qual a perspectiva que tem sobre o processo de cura. Foram encontradas duas subcategorias: perspectiva de cura; não sabe.

Tabela 25

Categoria 5 “Percepção quanto ao estado”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub- Categorias	Biom.		Psic.		Cutand.		s/trat.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
Perspetiva de cura	5	19.23	9	64.3	7	26.9	5	19.23	26
Não sabe	5	35.71	1	7.14	3	21.42	5	35.71	14
Total	10		10		10		10		40

Relativamente à subcategoria “perspectiva de cura”, 26 respondentes consideram que apesar de ser grave têm perspectiva de cura, observando-se que o maior grupo (n = 9; % = 64.3) se integra nas que procuram apoio psicológico. Esta percepção é a seguida pelo grupo que procura o tratamento tradicional (n = 7; % = 26.9). As outras 14 respondentes encontram-se na categoria “não sabe”, no entanto verifica-se que não existe diferenças entre as que recorreram ao apoio da biomedicina (n = 5; % = 35.71) e as que procuraram não tratamento (n = 5; % = 35.71).

A categoria seis procura identificar o que preocupa mais cada pessoa, nível pessoal, familiar e social, em consequência do seu estado de sofrimento e de mal-estar (doença). Na análise de conteúdo efectuada foram encontradas cinco sub-categorias, nomeadamente, “Sintomas depressivos”, “Questões relacionais (violência física e afetiva)”, “Desinserção socioprofissional”, “Não sabe”.

Tabela 26

Categoria 6 “Identificação de preocupação”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Depressiv.	-	-	-	-	2	50	2	50	4
Questões Relacionais (Violencia física e afectiva)	5	27.77	4	22.22	7	38.88	2	11.11	18
Sintomas Físicos			3	75	1	25	-	-	4
Desinserção Socioprofissional	5	45.45	3	27.27	-	-	3	27.27	11
Não sabe	-	-	-	-	-	-	3	100	3
Total	10		10		10		10		40

Na subcategoria “Questões relacionais”, verifica-se que 18 respondentes lhe fazem referência (ex. O marido e família zangam-se; dificuldades com os sogros; não trata dos filhos; teve de deixar os filhos), sendo que o maior número procura o auxílio no tratamento tradicional (n = 7; % = 38.88). Na sub-categoria “Desinserção socioprofissional”, 11 respondentes expressam a sua preocupação, verificando-se que o maior número se concentra no grupo que procurou apoio na biomedicina (n = 5; % = 45.45).

A categoria sete pretende compreender quais são o tipo de problemas, nomeadamente em termos de sentimentos, estão mais presentes nas vivências destas pessoas que estão em sofrimento. Mais precisamente, que tipo de angústia é mais perturbadora.

Foram encontradas quatro subcategorias, nomeadamente: sintomas depressivos, sintomas físicos, questões relacionais, duração.

Tabela 27

Categoria 7 “Tipo de angústia”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom.		Psic.		Curand.		s/trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Depressiv.	3	7.5	4	10	7	17.5	3	7.5	17
Sintomas Físicos	-	-	1	2.5	1	2.5	2	5.0	4
Questões Relacionais	4	10.0	2	5.0	-	-	3	7.5	9
Duração	3	7.5	3	7.5	2	5.0	2	5.0	10
Total	10		10		10		10		40

Nesta tabela verifica-se que 17 respondentes se inserem na subcategoria “sintomas depressivos” (ex. Que tente morrer; sente que vai morrer, medo de morrer), sendo que o maior número de pessoas procura o tratamento tradicional (n = 7; % = 41.17). Relativamente à subcategoria “duração”, observa-se que 10 das respondentes têm medo do tempo de duração do do sofrimento.

A categoria oito, assenta na informação e na compreensão que leva a pessoa a procurar um tipo de tratamento específico, isto é, qual é a relação entre a procura do tratamento e a cosmovisão subjacente à sua forma de estar no mundo e paralelamente que expectativas tem em relação à evolução e respectivos resultados.

Tabela 28

Categoria 8 “Tipo de angústia”: Subcategorias e respectivas frequências (n e %), por grupo

Sub-Categorias	Biom.		Psic.		Cutand.		s/trat.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
Biomédico	5	27.77	9	50	2	11.11	2	11.11	18
Tradicional	2	22.22	-	-	7	77.77	-	-	9
Relacional	1	50	1	50	-	-	-	-	2
Laboral/Escolar	1	50	-	-	-	-	1	50	2
Não sei	1	11.11	-	-	1	11.11	7	77.77	9
Total	10		10		10		10		40

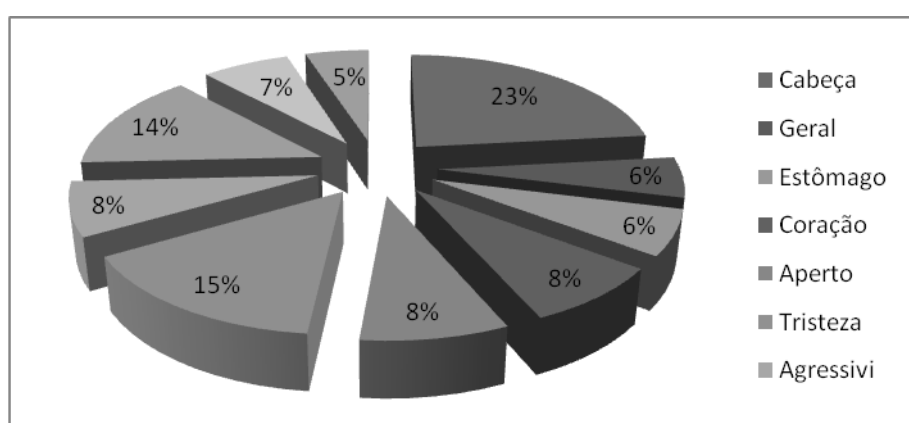
Na tabela acima observa-se que na subcategoria “biomédico”, 18 respondentes consideram deste tipo de tratamento, embora a maior incidência se verifique nas participantes que recorrem ao apoio psicológico (n = 9; % = 50) e ao apoio da biomedicina (n = 5; % = 27.77). Na subcategoria “tradicional” encontramos nove respondentes, em que a maioria escolhe o tradicional (n = 7; % = 77.77).

5.2. Resultados Obtidos da Análise Estatística

5.2.1. Avaliação dos sintomas.

Iniciámos a nossa análise verificando quais os sintomas mais incomodativos indicados pelas inquiridas e com maior relevância foram as dores de cabeça (23%), a sensação de aperto e dores no coração (16%), a tristeza (15%) e a sensação de pânico (14%) (Figura 5)

Figura 5. Queixas mais frequentes



Os sintomas de depressão identificados pelas mulheres inquiridas, na primeira e na segunda avaliação, são apresentados na Tabela 7. Em cinza claro evidenciamos os mais frequentes.

Na primeira avaliação os sintomas de depressão com maior peso, isto é acima de 90%, foram o choro (100%), o sentir-se infeliz (97.5%), o sentir-se nervosa (92.5%) e o sentir-se cansada facilmente (92.5%).

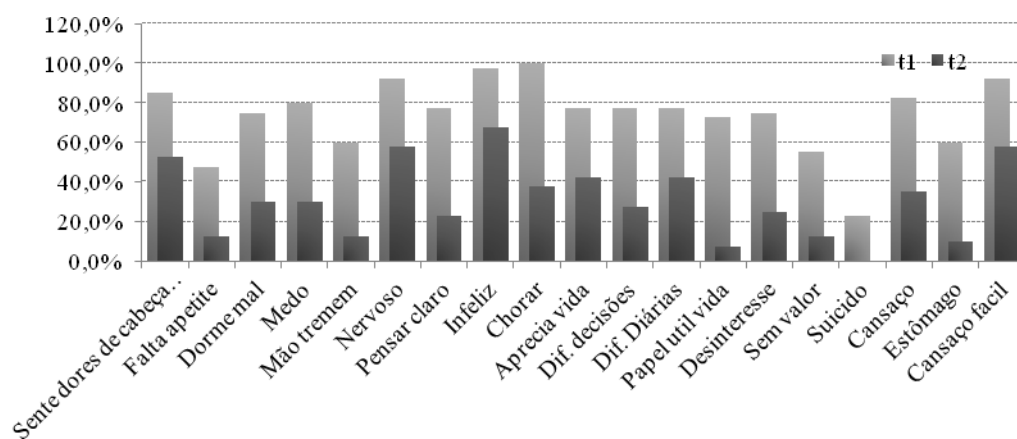
Na segunda avaliação os valores baixaram significativamente, sendo os mais frequentes o sentir-se infeliz (67.5%), o sentir-se nervosa (57.5%), o cansaço fácil (57.5%) e as dores de cabeça frequentes (52.5%).

A maior redução entre a primeira e a segunda avaliação ocorre na perceção de ter um papel útil vida (65%), o chorar com frequência (62.5%) e a dificuldade em pensar claro (55%) (Tabela 29).

Tabela 29**Sintomas de Depressão: t1 versus t2**

	t1 %	t2 %	Δ t1-t2 %
Sente dores de cabeça frequentes	85	52.5	32.5
Falta apetite	47.5	12,5	35
Dorme mal	75.0	30	45
Medo	80	30	50
Mão tremem	60	12,5	47,5
Nervoso	92.5	57.5	35
Pensar claro	77.5	22.5	55
Infeliz	97.5	67.5	30
Chorar	100	37.5	62.5
Aprecia vida	77.5	42.5	35
Dif. Decisões	77.5	27.5	50
Dif. Diárias	77.5	42.5	35
Papel útil vida	72.5	7.5	65
Desinteresse	75	25	50
Sem valor	55	12.5	42.5
Suicido	22.5	0	22.5
Cansaço	82.5	35	47.5
Estômago	60	10	50
Cansaço facil	92.5	57.5	35

Na Figura 6 podemos ver a relação entre os resultados obtidos em t1 e t2.

Figura 6. Sintomas de Depressão: t1 vs t2

Os valores das estatísticas descritivas (valores mínimos, máximos, médias e respectivos desvios-padrão) obtidas pelos sujeitos na escala de depressão podem ser observados na Tabela 30. O valor de corte é de 7 pontos.

Na primeira avaliação todas as mulheres da amostra obtiveram valores superiores a 7 pontos. Na segunda avaliação, 48% das mulheres são categorizadas como apresentando níveis de depressão superiores ao valor de corte.

Tabela 30
Valores de Depressão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Depressão t1	40	8	20	14.87	3.79
Depressão t2	40	0	15	6.35	3.49

5.2.2. Consistência interna.

A consistência interna da escala SRQ - 20 foi analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de *Cronbach*. Obteve-se o valor de .815 (bom) na primeira avaliação e de .733 (razoável) na segunda avaliação. O valor obtido está de acordo com os obtidos por Iacoponi e Mari (1989).

5.2.3. Grupos de tratamento e níveis de depressão.

Na segunda avaliação o grupo que recorreu ao sistema de saúde tradicional, ou seja os curandeiros, apesar de apresentarem melhoras, os níveis de depressão são os mais elevados, ultrapassando mesmo quem optou por não ter qualquer tratamento. Os grupos que optaram

pelo tratamento biomédico e pelo psicólogo apresentaram níveis mais baixos de depressão, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas³³⁹, $F(3,36) = 1.916$, $p = 0.144$ (Tabela 31).

A relação entre grupos de tratamento e depressão, na segunda avaliação, não é estatisticamente significativa segundo o teste exacto de Fisher = 3.429, $p = 0.399$.

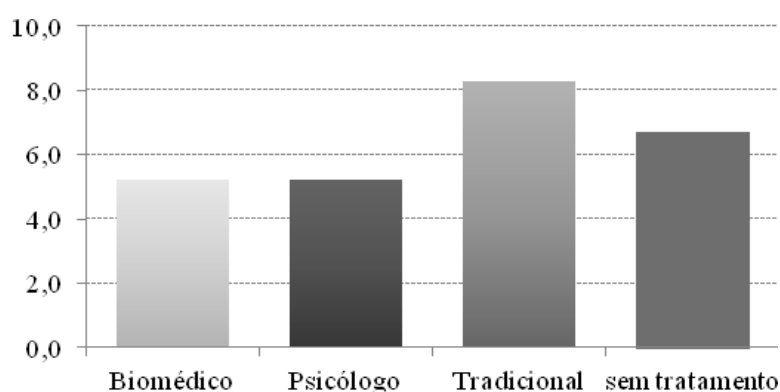
Tabela 31

Sistemas de Tratamento e Níveis de Depressão em t2

Biomédico		Psicólogo		Tradicional		Sem tratamento		Sig.
M	Dp	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
5.20	4.29	5.20	3.19	8.30	2.95	6.70	2.91	.144

Na Figura 7 podemos ver, de uma forma mais clara a relação entre sistemas de tratamento e níveis de depressão para t2, presente na Tabela 31.

Figura 7. Sistemas de Tratamento e Níveis de Depressão em t2



³³⁹ O facto de não se encontrar uma relação estatisticamente significativa não quer dizer que esta não exista se a amostra aumentar.

Tabela 32***Sistemas de Tratamento e Depressão em t2***

Grupos por tratamento	Depressão				Total
	Sem		Com		
	n	%	n	%	
Biomédico	7	70	3	30	10
Psicólogo	6	60	4	40	10
Tradicional	3	30	7	70	10
Sem tratamento	5	50	5	50	10
Total	21	52.5	19	47.5	40

Verifica-se que as respondentes que recorreram ao sistema de tratamento biomédico e ao psicólogo, e que em t2 não apresentavam sintomas de depressão, foram em maior número ($n = 7$ e $n = 6$) do que as respondentes que optaram pelos sistema de tratamento tradicional ($n = 3$) e mesmo as que optaram pelo não tratamento ($n = 5$). Sendo que, estas últimas melhoram em maior número do que as que escolheram o sistema tradicional.

5.2.4. Religião e níveis de depressão.

Quando foram comparados os diferentes tipos de opções religiosas com os níveis de depressão em t1, não encontramos diferenças estatisticamente significativas, verificando-se que em t2 estas foram encontradas (Tabela 33).

Tabela 33***Religião e Níveis de Depressão***

	Cristã		Muçulmana		Animista		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
1ª avaliação	13.73	3.78	16.42	3.77	16.00	2.82	.103
2ª avaliação	4.82	2.68	7.92	3.65	8.83	3.48	.005 *

* $p \leq 0,05$

Na 1ª avaliação entre os grupos de cristãos, muçulmanos e animistas não se encontram diferenças significativas entre os grupos (.103). Na 2ª avaliação verifica-se que há diferenças significativas entre dois grupos (.005). Este facto levou a fazer comparações post hoc através do teste de Tukey. O teste de Tukey³⁴⁰ para comparação múltipla a *posteriori* indica-nos que o grupo com crenças cristãs apresenta níveis de depressão significativamente mais baixos do que o grupo com crenças muçulmanas (4.82 e 7.92, respetivamente) e também que os animistas (4.82 e 8.83, respetivamente). As diferenças entre os grupos com crenças muçulmanas e os com crenças animistas não são significativas (Tabela 34).

A relação, entre crenças religiosas e depressão é estatisticamente significativa, teste exato de Fisher = 8.191, $p = 0.013$. Há uma proporção mais elevada do que o esperado de mulheres cristãs sem depressão (76.2% e 31.6, respetivamente).

Tabela 34

Religião e Níveis de Depressão em t2

Religiao	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Cristã	22	4.82	
Muçulmana	12	7.92	7.92
Animista	6		8.83
Sig.		.077	.786

Na análise da relação entre religião praticada e evolução dos níveis de depressão foi usado o Teste de T para amostras emparelhadas (Tabela 35).

³⁴⁰ Foi usado o Teste de Tukey por ser um dos testes mais robustos a desvios à normalidade e homogeneidade das variâncias, não se escolheu o Teste de Bonferroni que seria o indicado para amostras pequenas, por este se aplicar na comparação de médias duas a duas e cujo número de comparações foi definido à *priori* (Marôco, 2011) o que não era o caso em estudo.

Tabela 35**Grupos por Religião e Depressão**

	Religiao	Média	Desvio padrão	Sig
Cristã	1ª avaliação	13.73	3.782	.000*
	2ª avaliação	4.82	2.684	
Muçulmana	1ª avaliação	16.42	3.777	.002*
	2ª avaliação	7,92	3,655	
Animista	1ª avaliação	16.00	2.828	.027*
	2ª avaliação	8.83	3.488	

* $p \leq 0,01$

No grupo de religião cristã os níveis de depressão são significativamente mais baixos na 2ª avaliação (4.82 vs 13.73), $Z = -4.111$, $p = .000$.

No grupo de religião Muçulmana os níveis de depressão são significativamente mais baixos na 2ª avaliação (7.92 vs 16.42), $Z = -3.062$, $p = .002$.

No grupo dos animistas os níveis de depressão são significativamente mais baixos na 2ª avaliação (4.82 vs 13.73), $Z = -2.207$, $p = .027$.

5.2.5. Religião e grupos de tratamento.

A distribuição dos sujeitos por grupo de tratamento em função das suas crenças religiosas é relativamente semelhante (Tabela 36), teste exato de Fisher = 9.382, $p = 0.106$.

Tabela 36**Sistemas de Tratamento e Crenças Religiosas**

Religião	Grupos tratamento								
	Biom.		Psico.		Trad.		S/ trat.		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cristã	5	22.7	9	40.9	3	13.6	5	22.7	22
Muçulmana	4	33.3	1	8.3	5	41.7	2	16.7	12
Animista	1	16.7	0	0	2	33.3	3	50	6
Total	10	25	10	25	10	25	10	25	40

5.2.6. Idade e depressão.

Os coeficientes de correlação entre a idade e os níveis de depressão não são estatisticamente significativos (Tabela 37).

Tabela 37
Correlação: idade vs depressão

		Idade
Depressão t1	Pearson Correlation	-.167
	Sig. (2-tailed)	.303
	N	40
Depressão t2	Pearson Correlation	-.036
	Sig. (2-tailed)	.826
	N	40

5.2.7. Estado civil e níveis de depressão.

A relação entre estado civil e níveis de depressão não é estatisticamente significativa, quer na primeira avaliação, $F(2, 37) = 0.189$, $p = .829$, quer na segunda avaliação, $F(2, 37) = 0.019$, $p = .981$. Para analisar a eventual diferença na evolução dos níveis de depressão foi usado o Teste de T para amostras emparelhadas.

Tabela 38
Estado Civil e Níveis de Depressão

Religiao		Média	Desvio padrão	Sig
Casada	1ª avaliação	15.25	3.740	.000*
	2ª avaliação	6.30	3.147	
Viúva	1ª avaliação	14.45	4.059	.003*
	2ª avaliação	6.27	2.724	
Solteira	1ª avaliação	14.56	3.972	.008*
	2ª avaliação	6.56	5.175	

* $p \leq 0,01$

Nas mulheres casadas os níveis de depressão são significativamente mais baixos na 2ª avaliação (6.30 vs 15.25), $Z = -3.927$, $p = .000$.

Nas viúvas Muçulmanas os níveis de depressão são significativamente mais baixos na 2ª avaliação (6.27 vs 14.45), $Z = -2.938$, $p = .003$.

Nas solteiras os níveis de depressão são significativamente mais baixos na 2ª avaliação (6.56 vs 14.56), $Z = -2.666$, $p = .008$.

Quando analisamos a distribuição da depressão por estado civil constamos que a relação entre as duas variáveis não é estatisticamente significativa, $\chi^2 (2) = 0.303$, $p = .917$.

Tabela 39
Estado Civil e Depressão

Estado civil	Depressão				Total
	Sem		Com		
	n	%	n	%	
Casada	11	55	9	45	20
Viúva	6	54.5	5	45.5	11
Solteira	4	44.4	5	55.6	9
Total	21		19		40

5.2.8. Estado civil e religião

A relação entre estado civil e religião não é estatisticamente significativa, teste exato de Fisher = 6.692, $p = 0.348$.

Tabela 40:
Estado Civil e Religião

Religião	Estado civil						
	casada		viúva		solteira		Total
	n	%	n	%	n	%	
Católico	11	50	6	27.3	5	22.7	22
Muçulmana	8	66.7	1	8.3	3	25	12
Animista	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6
Total	20		11		9		40

Capítulo 6: Discussão dos Resultados

No presente capítulo apresenta-se a discussão/reflexão, relacionando as nossas questões iniciais com os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos, já atrás enumerados e descritos.

No desenvolvimento o nosso trabalho colocámos três questões de investigação que decorreram dos objectivos formulados com base no contacto com a cultura guineense e com a revisão bibliográfica efectuada.

Conforme verificámos pela experiência no terreno, os guineenses têm uma relação muito próxima com o mundo dos espíritos. A doença constrói-se e toma a expressão própria da cultura, não sendo por isso, muitas vezes possível dissociar causa e expressão da doença, mesmo nas situações de violência doméstica e de morte de familiar próximo. Daí o termos considerado que a percepção de conceitos como “saúde”, “doença” e “cura” está profundamente enraizada na cosmologia da população em estudo, verificando-se que os indivíduos conseguem melhorar apesar da ausência de tratamento biomédico. Por outro lado, a percepção da alteração de fatores envolventes ao indivíduo são determinantes para a melhoria (Bastide, 1965; Collomb, 1965, De Jong, 1988; Helman, 2007; Kirmayer, 2006; Kleinman, 1980; Kleinman & Good, 1985).

A maioria das participantes encontra-se no escalão etário dos 31-35 anos. Do ponto de vista religioso a maioria das mulheres nomeia-se islâmica, seguida das que se identificam como cristãs, surgindo as animistas em menor número.

O nível de escolaridade é baixo (só 2,5% é superior, médio 10% e secundário 7,5) confirmando o que se verificou em outras investigações. Por exemplo, num estudo realizado por Moura, Roque, Araújo, et al (2009, p.102) é referido que “Em 2004, as mulheres constituíam 45% dos inscritos na EP1 (Escola Primária, nível 1), 40% na EP2 (Escola Primária, nível 2) e 37% no primeiro grau da educação secundária (PNUD, 2006b)” sendo ainda acrescentado que de acordo com Equipe du Système des Nations Unies - ESNU “A taxa de analfabetismo é de 76,2% para as mulheres e 47,7% para os homens” (2006, p.102).

Quanto ao estado civil metade das mulheres da amostra é casada e a restante divide-se mais ou menos igualmente por viúvas e solteiras.

Com o objetivo de sistematizar a reflexão apresentamos a discussão dos resultados a partir das três questões inicialmente formuladas no presente estudo.

Será que a cosmovisão interiorizada está associada a uma forma particular de adoecer?

Os sintomas que são indicados pela globalidade das participantes da amostra são indicadores de depressão, nomeadamente choro com frequência, sentimento de infelicidade, cansaço e sensação de nervosismo. É referido, também, a dificuldade de clareza de pensamento, de apreço pela vida, a realização das atividades do quotidiano manifesta-se custosa e os sentimentos de insegurança são expressos através da dificuldade em tomar decisões.

As causas que são enumeradas pelas participantes como responsáveis por este padecimento emergem, primordialmente, como sendo vivências relacionais traumáticas. Nomeadamente, surge a traição conjugal que é conotada, na presente cultura, como uma desvalorização para a mulher, conduzindo-a, por vezes, à exclusão social e à diminuição dos proventos económicos. Também são apontados como responsáveis os maus tratos físicos por parte do cônjuge ou a perda de pessoas significativas, também referido por Ratner (1984).

Apesar do maior número de mulheres da amostra dizer que a causa do seu padecimento não tem influência dos espíritos, verifica-se que o número das que afirmam que *sim*, as que dizem *talvez* e as que *não querem falar sobre isso*, é igual às que o negam. Através do nosso contato no terreno apreendemos que não é fácil as pessoas assumirem este facto perante estranhos à sua cultura, devido ao receio de julgamentos negativos. Contudo, pudemos observar que o recurso aos feiticeiros é uma prática comum dos habitantes, independentemente do seu extrato sociocultural, e por vezes em paralelo com outros tipos de tratamento utilizados na cultura ocidental.

Relativamente às substâncias psicoativas lícitas, estudos indicam alguns índices elevados de consumo de álcool na população da Guiné-Bissau, nomeadamente, os homens utilizam a aguardente de cana como uma das bebidas preferências quer no quotidiano quer em rituais. (Moura, Roque, Araújo et al, 2009 in PNUD, 2006b; Pinto, 2009). Na nossa amostra todas as participantes referem a sua não utilização.

A identificação da doença surge muitas vezes como sendo “Tristeza” ou “Ka sabe”, cuja tradução é bem representativa do sentimento vivido por estas mulheres, ou seja “Sem sabor”, a vida tinha deixado de ter sabor, de ter alegria, tinham perdido a motivação para viver.

Efetivamente a expressão do seu padecimento vai de encontro ao descrito na biomedicina como típico das pessoas com diagnóstico de depressão.

A cultura do feitiço emerge com bastante frequência nas falas das participantes, ao atribuírem essa tristeza a algum espírito enviado por alguém através do pagamento a um feiticeiro como forma de vingança ou somente inveja. Do ponto de vista antropológico, culturalmente é congruente a crença de um *continuum* da vida para além da morte, em que as forças do *além* detêm capacidades para influenciar e, tantas vezes, determinar a vida dos vivos, as suas doenças e a própria morte.

Assinalamos que, no material recolhido e analisado, os sintomas indicados pelas mulheres guineenses como mais incomodativos são de expressão somática, tais como, as dores, em particular as dores de cabeça, do coração, conjuntamente com a sensação de aperto no coração.

Também Kleinman (1980), na sociedade chinesa, onde as doenças mentais são altamente estigmatizadas, encontrou na forma de exteriorizar a depressão, sintomas físicos tais como as insónias, a perda de apetite e as dores.

Já outros autores americanos referem como sintoma da depressão, as “dificuldades em manter relações interpessoais satisfatórias” (Hallstrom & McClure, 2000, p. 76).

Diversos autores, nomeadamente Kleinman e Good (1985) têm verificado a existência de sintomas diferentes dos da medicina ocidental para a depressão e com raízes na cultura local. Constatámos que apesar de termos encontrado alguns sintomas somáticos que são característicos dos critérios diagnósticos da depressão, neste contexto cultural a melhoria desses sintomas integra-se relacionado com os padrões familiares, isto é, as mulheres melhoraram quando o clima relacional se tornou mais harmónico.

Também a especificidade de alguns sintomas tais como sentimentos de agressividade leva-nos a colocar a hipótese da existência de um menor controlo do ponto de vista social, em que os sentimentos se exprimem pela exteriorização destes.

Será que a cosmovisão interiorizada está associada ao método de tratamento escolhido e a sua efetividade?

Observa-se que as mulheres que aderiram aos tratamentos da biomedicina e da psicologia são em maior número (20 pessoas) distribuindo-se essencialmente pelas etnias balanta, mancanha, e manjaca, verificando-se uma melhoria significativa na diminuição dos sintomas depressivos após o tratamento. Tal como referido por diversos autores (Kirmayer, 2011; Murdock, 1980; Okello e Ekblad, 2006), a procura deste tipo de terapêuticas pode-nos levar a considerar que as respondentes interiorizaram preferencialmente a representação social da medicina erudita ocidental nas vertentes da psicofarmacologia e das intervenções de cariz relacional, embora por vezes com aspectos sincréticos da medicina tradicional (isto é, procuram um compromisso satisfazendo ambas as demandas identitárias). Nas participantes cristãs que diziam não partilhar da visão da influência dos espíritos nas suas vidas, observa-se que a cultura faz-se sentir através da utilização das mezinhas tradicionais, muitas vezes usadas conjuntamente com a medicina formal, ou através de uma adesão a crenças sobre comportamentos causadores de azares, o que vai no sentido do que vem referido na literatura, (Beek, 2010; Beneduce, 1996; Waxler, 1977).

Relacionando o tipo de tratamento com a dimensão religiosa na qual as participantes se identificaram, verifica-se que as de crença cristã são as que apresentam valores mais elevados ao nível das suas melhorias. De certa forma o processo de aculturação, em determinado tipo de grupos étnicos, teve um impacto mais significativo e transformador. Contudo, as participantes que procuram estes tipos de tratamento e cuja confissão é de cariz islâmica apresentam níveis de melhoria menos elevados do que as cristãs e do ponto de vista de quantidade são em menor número. Constata-se que as participantes pertencem a outros grupos étnicos (fula e mandinga) e por outro lado podemos pôr a hipótese que a sua visão islâmica mais fidelizada a determinados valores, as leva a procurar outro tipo de intervenções mais sintónicas com a sua dimensão religiosa.

Comparando o estado civil (casada, viúva e solteira) verifica-se que entre o início e o fim do tratamento existem, nos três grupos, diferenças significativas ao nível da diminuição dos sintomas. O estado civil parece não ter um grande impacto na evolução da perturbação. Por outro lado, foram as casadas e viúvas de cariz religioso cristão quem pediu mais ajuda em comparação com as do grupos de religião islâmica, o que nos leva a inferir que estas mulheres cristãs vivenciam uma maior liberdade relacional.

As participantes que procuraram apoio na medicina tradicional são as que apresentam resultados mais fracos no fim de tratamento. Este grupo integra uma distribuição de etnias diversificada (balanta, mancanha, beafada, fula, bijagó e manjaca) e recorreram ao tipo de medicina tradicional, nomeadamente herborista, espiritualista ou mediúnica. Do ponto de vista

religioso, o maior número de participantes é de religião islâmica, seguido da cristã e o menor designa-se animista.

Na segunda avaliação, após o tratamento, no grupo que recorreu à medicina tradicional, ou seja aos curandeiros, apesar de apresentar uma melhoria, os níveis de depressão são mais elevados do que os que recorreram ao biomédico e ao psicológico, ultrapassando mesmo quem optou por não ter qualquer tratamento. Esta situação leva-nos a refletir sobre a forma de tratamento nos dois sistemas, biomédico e psicológico em comparação com o tradicional. Uma das explicações que consideramos plausível, é o facto de nos dois primeiros haver um espaço de diálogo no qual as mulheres são ouvidas. Expõem as suas preocupações e o facto de terem um interlocutor que as escuta é gratificante para as doentes.

Em relação ao designado “tratamento biomédico”, alertamos para o facto de que a utilização de farmacologia não é significativa, ou por não ter sido usada ou por o tempo de tratamento, na maioria casos, não ter ultrapassado as três semanas. Esta denominação tinha por objetivo somente identificar quem foi ao Centro de Saúde Mental. O paradigma biomédico tem dominado a visão dos tratamentos, levando à discussão nos meios académicos sobre o real funcionamento e efeito dos antidepressivos (Pires, 2002; Healy, 2003, 2004; Lawlor, 2012).

Na realidade deste contexto cultural, verificamos que não eram seguidos os protocolos e as chamadas boas práticas presentes nas instituições de saúde especializadas na medicina erudita ocidental. Apercebemo-nos, pois, que a prescrição era feita por enfermeiros, a adesão terapêutica era problemática devido à presença dos efeitos secundários e a questões financeiras na sua aquisição e, ainda, escassez de medicamentos no território, situação que se verifica também noutros países africanos (Dekker e van Dijk, 2010).

Então as melhorias encontradas nestes dois grupos (biomédico e psicológico) poderão estar associadas a factores predominantemente de cariz relacional. A existência de técnicos de saúde (enfermeiros e psicólogos) com determinadas competências ao nível do aconselhamento pode ter sido um contributo valioso neste processo. Sabemos pela observação direta e pelo acompanhamento das famílias envolvidas, que houve uma melhoria na forma como as mulheres da nossa amostra passaram a ser tratadas pelos maridos e familiares, também referido por Blue et al (s. d.).

No decorrer da nossa estadia no terreno, constatámos, também, que quando o doente sente liberdade para expor os seus problemas o processo de tratamento tem maior eficácia.

Torna-se, pois, facilitador no desenrolar do processo, a não presença de familiares nas consultas, sessões de tratamento ou estadias nos hospitais tradicionais.

Sublinha-se que as participantes que recorreram aos tratamentos tradicionais, embora estes coerentes com a cosmovisão das cultura guineense, são as que na segunda avaliação apresentam valores mais baixos na melhoria. Curiosamente mais baixos dos que são encontrados no grupo de mulheres sem tratamento.

Podemos apontar como explicação que as participantes do grupo sem tratamento vivenciam, eventualmente, de maior resiliência, maior autonomia e menos susceptibilidade aos constrangimentos culturais.

Qual a coerência entre a cosmovisão e a representação social da depressão?

Na nossa amostra, as inquiridas cristãs são as que mais procuraram tratamento, preferindo o psicólogo, contrariamente às inquiridas de religião animista (estão no grupo de quem procura menos o tratamento e nunca o do psicólogo). De certo modo nas mulheres que aderiram à religião cristã parece existir uma maior abertura para a mudança, uma maior facilidade em partilhar sentimentos e em pedir ajuda quando necessário. No processo de aculturação foi sendo integrado uma cosmovisão mais congruente com uma representação social da depressão da cultura ocidental. Isto é, o alívio do sofrimento passa por recorrer a profissionais com um saber considerado erudito, no entanto, não eliminam completamente as crenças próprias da cosmovisão que faz parte da cultura tradicional. Efetivamente são as que apresentam melhorias mais significativas após o período de tratamento.

Relativamente às participantes muçulmanas, mais mulheres recorreram ao tratamento tradicional e algumas ao da biomedicina. Os princípios da religião islâmica parecem ser mais condicionadores dos processos de aculturação e, conseqüentemente, de acordo com a cosmovisão interiorizada é mais aceitável tratar do seu sofrimento através da ida aos médicos tradicionais (curandeiros) inseridos no enquadramento islamizado. Podemos colocar como hipótese que, de acordo com a “filosofia” dos curandeiros, estes não sentem tanta necessidade de ouvir profundamente as causas ou os sintomas que desencadeiam ou expressam o sofrimento das mulheres. O seu interesse estará mais centrado no restabelecimento do equilíbrio social institucionalmente estabelecido e não tanto nas necessidades de apoio psicoafectivo das mulheres.

Em síntese: na globalidade os guineenses, oriundos de diferentes etnias, têm sofrido progressivamente uma forte influência islâmica designando-se a maioria como sendo muçulmanos. Podemos dizer que a cosmovisão daquela população integra sobretudo três subdivisões: uma islamizada e enformada pela cosmovisão mais global islâmica; outra animista arreigada à tradição ancestral animista; outra cristã originária essencialmente das etnias animistas, mais aberta que tenta integrar as componentes da medicina erudita e da medicina tradicional. Contudo, continua a haver uma interação e uma tendência ao sincretismo com as visões animistas que leva por vezes a utilização conjunta ou sequencial das duas abordagens (erudita ocidental e tradicional), conforme verificado por diversos autores como por exemplo (Campbell-Hall, Petersen, Bhana, Mjadu, Hosegood e Fisher, 2010; Kleinman e Good, 1985) Verificamos que, sobretudo, continua a haver uma interação e uma tendência ao sincretismo com as visões animistas que leva por vezes a utilização conjunta ou sequencial das duas abordagens (biomédica e tradicional).

Quando os doentes se queixam de espíritos e de feitiços enviados por alguém, o curandeiro desempenha um papel extremamente importante, servindo de intermediário entre o mundo invisível e o grupo familiar, situação já referida por Collomb (1963). Por serem reconhecidos pelo seu saber tanto a nível de processos de cura como pelo seu papel de reguladores sociais, têm uma autoridade reconhecida.

O suporte social é também um dado interessante obtido na recolha da mostra. Todas as respondentes explicitaram terem apoio social de proximidade, quer da família, da igreja ou das redes sociais que frequentam. Esta vivência é diferente da pessoas de cultura ocidental, nomeadamente as que vivem em meios urbanos.

Capítulo 7: Conclusão

Tendo chegado ao final do nosso trabalho, é o momento de fazermos uma reflexão sobre o caminho percorrido, desde o início com a criação das questões que se levantaram que traduziram as nossas dúvidas, até à constituição das diversas questões, tão cheias de incertezas, mas que nos foram guiando ao longo deste percurso, até agora que chegámos ao final desta investigação.

As investigações em Psicologia Transcultural, em que somos envolvidos nas vivências e quotidianos dos investigados, tornam-nos de certa forma participantes da realidade que se está a estudar e por sua vez, também objeto de estudo pelo investigado, que nos olha com uma certa curiosidade.

Por muito que nos queiramos distanciar do objeto de estudo, a convivência, o entrar na vida do outro não nos consegue deixar indiferentes à luta diária e ao sofrimento.

A nossa experiência permite-nos dizer que é importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e capacitados para lidarem com as questões culturais e *background* dos pacientes. O doente traz sempre consigo a sua cultura e esta investigação procura ser uma contribuição para o enriquecimento do conhecimento desta problemática. Consideramos que o nosso trabalho é muito interessante para quem trabalha com imigrantes ou para quem parte em missões humanitárias, pois as questões aqui debatidas são aplicáveis em qualquer parte do mundo.

O nosso interesse por esta área de estudo iniciou-se com o mestrado e depois com as diversas leituras efetuadas sobre a Psicologia Transcultural, que sendo um ramo da Psicologia, abarca um vasto leque de manifestações do comportamento humano, estabelecendo a relação entre este e o contexto cultural (Brown & Harris, 1984; Helman, 2007; Kleinman, 1980, 1985; Neto, 2002; Watters, 2010).

Verificou-se que a bibliografia nacional produzida nesta área da Psicologia era reduzida e que eram inexistentes estudos sobre a saúde mental na Guiné-Bissau, o que incentivou ainda mais ao desenvolvimento deste trabalho com o objetivo de analisar a influência da cultura na depressão, perceber diferentes formas de tratar a depressão e descrever a visão popular da depressão.

Independentemente da depressão poder ser explicada por hereditariedade, traumas precoces, alterações dos neurotransmissores e/ ou por situações tanto de choque como de prolongado stresse (Hallstrom & McClure, 2000), a enorme variedade de hipóteses e modelos criados sobre as possíveis causas (Bentall, 2010; Quartilho, 2001; Lawlor, 2012) mostra como este é um campo onde continuam a persistir enormes dúvidas. Considerando que o Ser Humano só existe em contexto, qualquer abordagem que o retire do seu meio será sempre deficitária. A prevenção será sempre a melhor forma de tratar os indivíduos, evitando que a doença se instale.

Também a família e as relações entre os diversos membros influenciam mutuamente tanto no sentido da doença como no processo de cura, tendo sido este um dos aspetos que nos foi possível verificar ao longo de todo o trabalho.

Foi interessante verificar que existe uma utilização simultânea dos diversos sistemas de tratamento independentemente da religião praticada. A nível de eficácia de tratamento foram os curandeiros os que surgiram como menos eficazes.

O facto de só ter sido possível ter a aderência das mulheres no presente estudo, interroga-nos se, tal como é apontado pela OMS (2012), as mulheres são as pessoas que mais sofrem fruto da idiossincrasia da cultura, ou por outro lado, se é mais difícil aos homens expressarem o seu sofrimento, também em função das representações sociais do contexto cultural. Não sendo a mutilação genital feminina (MGF) o objecto do nosso estudo e não tendo aparecido expressa como causa da sintomatologia, não podemos deixar de considerar que esta é uma variável importante no sofrimento das mulheres guineenses.

Como síntese final queremos referir que não negamos a necessidade da utilização de antidepressivos e dos tratamentos farmacológicos, apesar da muita polémica da real eficácia dos mesmos, conforme já discutido. A realidade é que de acordo com os dados obtidos, foi possível ultrapassar a sintomatologia depressiva e consequentemente alterar comportamentos com impacto no âmbito familiar e na redução de gastos financeiros.

Arriscamos questionar sobre o que é cultural e o que é universal em relação à depressão, no entanto, os sintomas encontrados são sintónicos com os descritos universalmente na caracterização desta patologia. Podemos inferir que a causalidade, a vivência e a forma de apresentação são determinadas pela cultura onde os pacientes se encontram. Na Guiné-Bissau esta perturbação é muitas vezes vista como expressão de preguiça e de vontade em não colaborar nas atividades domésticas ou ainda uma questão física, como no caso do “sangue parado” que tem de ser posto em movimento através da utilização de chás.

Gostaríamos de ter tido uma amostra com um maior número de participantes, mas isso requeria mais tempo no terreno com todas as implicações financeiras envolvidas para tal. As dificuldades foram grandes, contudo conseguimos responder às questões de partida e atingir os objetivos propostos. Consideramos que seria conveniente a continuação do controlo destes indivíduos de forma a verificar se as melhorias observadas persistem no tempo.

Por outro lado, a replicação do estudo noutros contextos culturais desta natureza permitir-nos-á aprofundar a compreensão do seu funcionamento e adquirir ideias mais operacionais da integração da medicina dita tradicional no desenvolvimento da saúde mental. Como recomendação metodológica para futuras investigações, seria importante a não utilização de instrumentos criados no ocidente, apesar de validados para a população em estudo, mas a criação local desses instrumentos, tendo a cultura local como pano de fundo.

Em Portugal vemos cada vez mais anúncios de curandeiros tanto em jornais e revistas como em pequenos *flyers* que são distribuídos à entrada das estações de metro ou colocados nos vidros dos carros. Neste *flyer* (Anexo 1) e tal como em muitos outros, são indicadas as áreas de atuação e tratamento do curandeiro. Aqui lê-se que, também, as depressões fazem parte do variado leque de ofertas de problemas com possibilidade de serem resolvidos por este curandeiro. Procurámos com este estudo contribuir para aumentar a compreensão da cultura guineense e dos muitos imigrantes que recebemos na nossa cultura e que trazem consigo os *irãs* e os curandeiros.

Não podemos terminar sem uma breve reflexão do que observámos sobre a saúde mental na Guiné-Bissau. Um dos maiores problemas nesta área é a falta de consciência sobre a importância do problema e a ausência de um sistema de informação fiável que permita ter uma ideia clara sobre a verdadeira dimensão do mesmo.

Durante os anos 80, importantes passos foram dados no sentido da descentralização e integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde, indo assim ao encontro do espírito da resolução do Comité Regional da OMS (AFR/RC40/R9), que enfatiza a necessidade de promover uma abordagem do problema a nível do sistema distrital de saúde.

O conflito político-militar de 1998 deitou todo esse esforço por terra, deixando as infra-estruturas de saúde mental completamente destruídas. Neste momento, encontram-se registados mais de 5.740 pacientes no único centro de saúde mental no país, ficando por identificar e encaminhar um número incalculável de outros casos que deambulam um pouco por toda a parte.

É verdade que existem hoje em dia intervenções eficazes pelo mundo inteiro, para uma série de problemas de saúde mental, mas não é menos verdade que há um grande número de

peessoas afetadas e que continuam a sofrer de perturbações mentais e comportamentais, muitas das quais nunca receberam, nem receberão tratamento. O fardo social, familiar e pessoal resultante de males não tratados, faz com que, a cada dia, cresça a necessidade de ser criado na Guiné-Bissau um serviço de saúde mental à altura de fazer face a estas preocupações.

Para que estas questões pudessem ser ultrapassadas seria importante dar formação atualizada aos enfermeiros psiquiátricos e manter uma supervisão regular, hoje em dia tão acessível via *Skype*.

Uma vez que as populações estão limitadas quanto a deslocações, deveriam ser os enfermeiros psiquiátricos a serem enviados aos diversos postos de saúde no interior do país para atenderem os doentes já pré-selecionados pelos enfermeiros dos postos locais. Podia-se conjugar as viagens dos enfermeiros psiquiátricos ao interior no âmbito de diversas campanhas do ministério da saúde, para se organizar um programa de consultas semanais com o enfermeiro acompanhado pelo psicólogo, onde para além do controlo dos doentes se faria a distribuição de medicação. Também seria pertinente a implementação de campanhas de prevenção e promoção da saúde mental, com particular incidência na população feminina por ser o grupo mais vulnerável à depressão (OMS, 2012) e à violência doméstica.

Terminamos enfatizando que tanto as mulheres que participaram nesta investigação como os seus familiares nos receberam de braços abertos e com uma generosidade imensa, o que permitiu aligeirar as dificuldades sentidas. Expressamos o nosso profundo agradecimento a todos.

Referências Bibliográficas

- Aaby, P., Sodemann, M. & Benn, C. S. (2008). *Bandim Health Project 2003-2008. Improving Child Survival* (p. 12). Copenhagen: Statens Serum Institut.
- Abreu, A. G. (2007). *Diário de Guiné. Lama, Sangue e Água Pura* (p. 71). Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Abreu, J. L. P. (s.d.). *Introdução à psicopatologia compreensiva* (4.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Aguilar, E. (2003). Un bosquejo vygotkiano de la cura traditional, o la nostalgia por el culturalismo. *Elementos*, 51, Vol. 10, 11-17.
- Ahmed, A. S. (2002). *O Islão*. Lisboa: Bertram Editora.
- Aldana, L. L. *et all.*, (1990). Validación del SRQ en los exámenes de salud mental en la población general. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, v. 18, n. 5, pp. 286-289.
- Almeida Filho, N. (1999). Teoria do Conhecimento em saúde. *Médicos HC_FMUSP*, ano II, nº 7, março/abril.
- Alves, P. C. (1993). A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 263-271.
- Alves, P.C. e RABELO, M. C. (orgs.). (1998). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, ISBN 85-7316-151-5. Available from SciELO Books. <http://books.scielo.org>, consultado a 22/10/2014.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5. American Psychiatric Association disponível em <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>, consultado a 24/8/2014.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (p. xxi). Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino, a construção social da diferença* (p. 179). Porto: Afrontamento.
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.

- Consultado a 10 de outubro de 2013 em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-60832006000200003.
- Andreini, J.-C. & Lambert, M.-C. (s.d.). *La Guinée-Bissau. D'Ámilcar Cabral à la reconstruction nationale*. Paris: L'Harmattan.
- Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One*. 2010 Oct 13; 5 (10).
- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992). Comparision of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psyquiatric Epidemiology*, v. 27, n. 4, p. 168-17.
- Augé, M. (1985). Interpreting illness. *History and anthropology*. Vol. 2, part I. London: Harwood Academic Publishers.
- Augé, M. (1986). *L'anthropologie de la maladie*. L'Homme.
- Augé, M. & Colleyn, J.-P. (2008). *A Antropologia* (2ª ed.). (S. Coelho, Trad.) (p. 35). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 2004).
- Barbosa, A. (1967). *Guinéus*. Lisboa: Agência-Geral do Ultramar.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. (p. 46). Lisboa: Edições 70.
- Bari, N. (1994). *Chroniques de Guinée. Essai sur la Guinée des années 90*. Paris: Éditions Karthala.
- Barley, N. (2006). *O Antropólogo Inocente*. (V. T. Viseu, Trad.). (p. 16). Lisboa: Fenda Edições.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: concepts, evidence and pratice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11 (3), 4-17.
- Basaglia, F. (1974). *L'Istituzione Negata*. Torino: Einaudi.
- Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion
- Bastide, R. (1975). *Sociologies et psychanalyse*. PUF.
- Bastide, R. (1996). *Psychanalyse du Cafuné*. Hors-série nº1. Bastiana.
- Bastide, R (1999). *La Psychanalyse sociale*. Hors-série nº1. Bastiana.
- Bastide R. (2003). *Le Rêve, la transe et la folie*. Paris: Édition du Seuil. (Obra original publicada em 1972).
- Bastos, C. & Levy, T. (1987). Aspirinas, Palavras e cruces: Práticas médicas vistas pela Antropologia. *Revista crítica de Ciências Sociais*, 23, 221-232.

- Batalha, L. (2009). Cabo-verdianos em Portugal: “Comunidade” e Identidade. In Góis, P. (Org.), *Comunidade(s) Cabo-verdiana(s): As múltiplas faces da Imigração Cabo-verdiana*. (pp. 25-36). Lisboa: ACIDI.
- Beauvoir, S. de. (1975). *O segundo sexo I* (S. Milliet, Trad.). (p. 16). Amadora: Bertrand Editora. (Obra original publicada em 1949).
- Bebbington, P. (1993). Transcultural Aspects of Affective Disorders. *International Review of Psychiatry* 5, n. 3: 145-56.
- Beek, W. E. A. (2010). “Medical Knowledge and healing practices among the Kapsiki/Higi of northern Cameroon and northeastern Nigeria”. In Dekker, M. & van Dijk, R. (Coord.), *Markets of Well-being. Navigating Health and Healing in Africa*. Leiden. Koninklijke Brill.
- Beiser, M., Burr, W.A., Collomb H. & Ravel J.-L. (1992). “‘Puubuq lanq’ : la géophagie chez les Séreer du Sénégal”. *Psychopathologie Africaine*, Volume XXIV, 3.
- Belchior, M. (s.d.). *Contos Mandingas*. Porto: Portucalense Editora,.
- Beneduce, R. (1996). Mental Disorders and Traditional Healing Systems Among the Dogon (Mali, West Africa). *Transcultural Psychiatry*, 33 (2): 189-220.
- Bentall, R. P. (2010). *Doctoring the Mind. Why psychiatric treatments fail*. London: Penguin Books.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1993). *La construcción social de la realidad* (p. 209). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernardi, B. (2007). *Introdução aos estudos etno-antropológicos* (A. C. M. da Silva, Trad.). (p. 53, p. 136). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1974).
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2):113–116. Retrieved March 15, 2011 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408392/>.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H. & Dasen, P. R. (1987). *Cross-cultural psychology: Theory, method, applications*. Kingston: Queen’s University.
- Beutler, L. E. & Malik, M. L. (Eds). (2002). *Rethinking the DSM. A Psychological Perspective*. Wshington, DC: American Psychological Association.
- Bhui, K. & Bhugra, D. (2002). Explanatory models form mental distress: Implications for clinical pratice and research. *British Journal of Psychiatry*, 181, 7-6.
- Bhui, K. & Bhugra, D. (2004). Communication with patients from others cultures: The place of explanatony models. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 474-478.

- Bleakley, A. (2005). "Stories as data, data as stories: making sense of narrative enquiry in clinical education". *Med. Ed*, 39, 534-40.
- Blue, I. et al. (s. d.). The Mental Health of Low-Income Urban Women: Case Studies from Bombay, India; Olinda, Brazil; and Santiago, Chile. In Harpham, T. & Blue, I. (eds.). (1995). UK: Avebury. *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*.
- Boia, E. J. & Errante, A. (2002). Reconstruindo a Esperança na Ilha Josina Machel: em Direção a um Modelo de Intervenção Psicoterapêutica Culturalmente Mediado. [Artigo cedido], p. 30.
- Boletim Cultural da Guiné Portuguesa* 1946. Nº1-4. Vol. I. p.166.
- Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. 1947. Nº6. Vol. II. p.535.
- Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. 1951. Nº21, Vol. V. p. 778.
- Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. 1952. Nº25. Vol. VII. p.382.
- Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. 1971. Nº101, Vol. XXVI. p. 230.
- Bourdieu, P. (1989). *O Poder Simbólico* (F. Tomaz, Trad.). (p. 14, p. 137, p. 139). Lisboa: Difel.
- Brenner, L. (1984). *West African Sufi: the Religious Heritage and Spiritual Search of Cerno Bokar Saalif Taal*. London: C. Hurst.
- Brenner, L. (2000). Histoires of Religion in Africa. *Journal of Religion in Africa*, 30-2, 143-167.
- Brenner, L. (2001). *Controlling Knowledge. Religion, Power and Schooling in a West African Muslim Society*. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1984). *Social origins of Depression. A study of psychiatric disorder in women*. UK: Tavistock Publications.
- Cá, T. (1999). *Determinantes das diferenças de mortalidade infantil entre etnias da Guiné-Bissau, 1990-1995*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. Consultado a 3 de fevereiro de 2011 em www.portalteses.icict.fiocruz.br.
- Cabral, A. (1961). *Report to the United Nations*.
- Cabral, A. (1974). *Alguns Princípios do Partido* (p. 71). Lisboa: Seara Nova.
- Cammilleri, (Pe.) S. (2010). *A identidade cultural do povo balanta* (pp. 99-101). Lisboa: Edições Colibri.
- Campbell-Hall, V., Petersen, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V. & Flisher, A. J. (2010). Collaboration Between Traditional Practitioners and Primary Health Care Staff in South

- Africa: Developing a Workable Partnership for Community Mental Health Services. *Transcultural Psychiatry*, September 47 (4): 610-628.
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Cardoso, C. (2003). As tendências actuais do Islão na Guiné-Bissau. In *Actas do Colóquio Internacional: O Islão da África Subsariana*. Gonçalves, A. C. (Coord.). Ed. Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP).
- Cardoso, C. & Ribeiro, C. R. (1987). Considerações sobre as estruturas sócio-económicas das sociedades agrárias e a sua evolução histórica- Um estudo de caso. *Soronda. Revista de Estudos Guineenses*, janeiro, 5-20.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação*. (pp. 183-184). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carreira, A. (1947). Mandingas da Guiné Portuguesa. *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. Centro de Estudos da Guiné Portuguesa. Bissau: (4).
- Carreira, A. (1961). Símbolos, Ritualistas e Ritualismos Animo-Feiticistas na Guiné Portuguesa (p. 515). *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. Centro de Estudos da Guiné Portuguesa. Bissau: nº 16, pp. 505-539.
- Carreira, A. (1981). *O tráfico de escravos nos Rios de Guiné e Ilhas de Cabo Verde*. Lisboa.
- Carvalho, C. (2001). De Paris a Jeta, de Jeta a Paris. Percursos migratórios e ritos terapêuticos entre França e Guiné-Bissau. Colóquio *Antropologia da Saúde e da Doença. Perspectivas e Terrenos de Investigação* e publicado na revista *Etnográfica*, vol. V(2), 285-302.
- Carvalho, J. E. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico*. Lisboa: Escolar Editora. p.75.
- Cassel, F. J. (1974). Psychosocial Processes and “Stress”: Theoretical Formulation. *International Journal of Helth and Services*, 4, 471-82.
- Cassel, F. J. (1976). *The Healer’s Art: A New Approach to the Doctor – Patient Relationship* (pp. 47-83). Philadelphia: Lippincott.
- Chabal, P. (1981). National Liberation in Portuguese Guinea, 1956-1974. In *African Affairs*, 80 (318): 75-99.
- Chance, N. A. (1964). A Crosscultural Study of Social Cohesion and Depression. *Transcultural Psychiatry*, April 1 (1): 19-21.
- Clements, F. E. (1932). Primitive concepts of disease. *American Archaeology and Ethnology*, 32, 2.

- Coe, R. M. (1970/1984). *Sociologia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- Colleyn, J.-P. (2005). *Elemento de Antropologia Social e Cultural* (P. E. Duarte, Trad.). (p. 62, p. 173). Lisboa: Edições 70.
- Collignon, R. (1996). Review-Essay : Reading About African Psychiatry: Mental Health and Psychiatry in Africa: An Annotated Bibliography by David Westley.1993. London: Hans Zell Publishers. *Transcultural Psychiatry*, June 33 (2): 221-225.
- Collomb, H. (1963). *Conditions psychosomatique en Afrique*. Comité d'experts de la Santé Mentale. Geneve, (Out.) 22-28.
- Collomb, H. (1965). Le bouffés délirantes en psychiatrie africaine. *Psychopathologie Africaine*. 1(2):167-239.
- Collomb, H. (1972). Psychothérapies non verbales traditionnelles en Afrique. *Actualités psychiatriques*. 3: 27-34.
- Collomb, H. (1975). Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone. *African Journal of Psychiatry*, 2:87-115.
- Collomb, H. (1978). La sorcellerie-anthropophagie (genèse et fonction). *Évolution psychiatrique*. 43(3):499-520.
- Collomb, H. (1980). Pour une psychiatrie sociale. In *Thérapie Familiale*. 1 (2) : 99-107.
- Collomb, H. (1979). De l'ethnopsychiatrie à la psychiatrie sociale. *Revue canadienne de psychiatrie*. 24 : 459-469.
- Collomb, H. (1979). La mort socio-somatique. *Psychologie médicale*. 11 (8) : 1637-1644.
- Collomb, H. & Ayats, H. (1962). Les migrations au Sénégal : étude psycho-pathologique. *Cahiers d'études africaines*. Vol. 2 N°8. (pp. 570-597).
doi : 10.3406/cea.1962.3257. Consultado a 25 de julho de 2013 em
www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cea_0008-0055_1962_num_2_8_3257.
- Collomb, H. & Collignon, R. (1974). Les conduites suicidaires en Afrique. *Psychopathologie africaine*, 10(1), p. 79 et suiv.
- Colson, A. C. & Selby, K. E. (1974). Medical anthropology. *Annual Review of Anthropology*. 3: 245-262.
- Comelles, J. M. & Martinez, H. A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Copin, E. & Bibeau, C. (1980). Psychiatric Perspectives in Africa. Part II: The Traditional Viewpoint. *Transcultural Psychiatry*, November 17 (4): 205-233.
- Corin, E. & Murphy, H.B.M. (1979). Psychiatric Perspectives in Africa Part I: The Western Viewpoint. *Transcultural Psychiatry*, October 16 (2): 147-178.

- Costa, J. F. (1989). *Psicanálise e Contexto Cultural*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Crowley, E. (1987). A Análise de uma Infelicidade: Religião e Interpretações Pessoalistas. *Soronda. Revista de Estudos Guineenses*, janeiro, 112-125.
- Crowley, E. & Ribeiro, R. (1987). Sobre a Medicina Tradicional e formas da sua colaboração com a Medicina Moderna. *Soronda. Revista de Estudos Guineenses*. 4: 95-107.
- Csordas, T. J. (2010). Elements of Charismatic Persuasion and Healing. In Good, B. J., Fischer, M. M. J., Willen, S. S. & Good, M.-j. D. (Ed.). *A Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. (pp. 91-107). UK: Wiley-Blackwell.
- Daniel, V. (1984). *Fluid signs*. Berkeley: University of California Press.
- Davidson, B. (1969). *The libration of Guine: aspects of an African revolution*. Harmondsworth: Penguin African Library.
- De Jong, F. (2001). *Modern Secrets. The power of locality in Casamance, Senegal*. PhD Thesis. Amsterdam University.
- De Jong, J. T.V. M. (1987). *A Descent into African Psychiatry* (p. 6). Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- De Jong, J. T. V. M. (1988). O irã, o fulano e a doença. *Soronda. Revista de Estudos Guineenses*, 5, Janeiro: 3-28.
- De Jong, J. T. & Reis, R. (2010). Kiyang-yang, a West-African Postwar Idiom of Distres. *Cult Med Psychiatry*, 34: 301-321.
- De Jong, J. T. V. M., De Klein, G. A. J. & Ten Horn, S. G. H. M. (1986). A baseline study on mental disorders in Guinea Bissau. *British Journal of Psychiatry*, v.4, p. 27-32.
- De Jong, J., Klein, G. & Horn, T. (1987). Estudo básico sobre perturbações mentais no país. *Soronda. Revista de Estudos Guineenses*, 4: 113-132.
- Dekker, M. & van Dijk, R. (Coord.). (2010). *Markets of Well-being. Navigating Health and Healing in Africa*. Leiden: Koninklijke Brill.
- Delamont, S. (1985). *Os papéis sexuais e a escola* (p. 23). Lisboa: Livros Horizonte.
- Denzin, N. K. (2008). Los nuevos diálogos sobre paradigmas y la investigación cualitativa. Un compromiso en la relación universidad-sociedad. *Reencuentro*, (52) 63-76. Consultado a 20 de junho de 2013 em www.redalyc.org/articulo.oa?id=34005206.
- Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6, 80-88.
- Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). (2005). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deshpande, S. N., Sundaram, K. R. & Wig, N. N. (1989). Psychiatric disorders among

- medical in patients in a Indian hospital. *British Journal of Psychiatry*, p. 504-509.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Devereux, G. (1970). *Ethnopsychiatrie*. Paris: Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse Complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie* (3^a ed.). (p. 92). Paris: Éditions Gallimard.
- Devereux, G. (1983). *Psychothérapie d'un indien des plaines*. Paris: J-C. Godefroy.
- Devereux, G. (1996). *Ethnopsychiatrie des indiens Mohaves*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- DeWalt, K. M. & DeWalt, B. R. (2002). *Participant Observation*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Dhadphale, R., Ellison, R. H. & Griffin, L. (1982). Frequency of mental disorders among outpatients at a rural hospital in Kenya. *The Central African Journal Medicine*, p. 85-89.
- Dhadphale, R., Ellison, R. H. & Griffin, L. (1983). The frequency the psychiatric disorders among patients attending semi-urban and rural general out-patients clinics in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, p379-383.
- Dias, E. C. (s.d.). *Regulado de Gabú (1900-1930): A difícil compatibilização entre legitimidades tradicionais e a reorganização do espaço colonial*. (p. 109). Consultado a 23 de junho de 2013 em www.africanos.eu/ceaup/uploads/AS09_099.pdf.
- Dias, E. C. (2003). A Identidade Muçulmana Kaabunké – Um processo de construção identitária *sui generis* na Senegâmbia. Actas do Colóquio Internacional “O Islão da África Subsariana”. Gonçalves, A. C.. (Coord.). Porto: Ed. Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP).
- Diethelm, O. (1971). *Medical Dissertations of Psychiatric Interest before 1750*. Basel: S. Krager.
- Diggs Jr. & Charles C. (1973). Statement on the Proclamation of Independence of the Republic of Guinea-Bissau. *A Journal of Opinion*, 3 (3): 30-33.
- Dilthey, W. (1992). *Teoria das Concepções do Mundo*. Lisboa: Edições 70.
- Diop, B. et al. (1982). Diagnosis and symptoms of mental disorder in a rural area of Senegal. *African Journal of medicine and Science*, v. , n. , p. 95-103.
- Doutté, E. (1984). *Magie & Religion dans l'Afrique du Nord*. Paris: Maisonneuve/Geuthner.
- Duarte, L. F. (1986). *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Durkheim, É. (1984). *As Regras do Método Sociológico* (2ª ed.). (E. L. Nogueira, Trad.). (p. 7). Lisboa: Ed. Presença.
- Durkheim, E. (2001). *O Suicídio. Estudo sociológico*. Barcarena: Editorial Presença.
- Eagly, A. H., Beall, A. E. & Sternberg, R. J. (Eds.). (2004). *The Psychology of Gender*. New York: The Guilford Press.
- Ebigbo, P. O. (1982). Development of a culture specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbance. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:29-43.
- Eco, U. (2010). *Como se faz uma tese* (16ª ed.). (A. F. Bastos & L. Leitão, Trans.). Barcarena: Editorial Presença.
- Einarsdóttir, J. (2004). *Tired of Weeping: mother love, child death and poverty in Guinea-Bissau*. (p. 77, p. 162). Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- El-Rufaie, O. E. F. & Absood, G. H. (1994). Validity study of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in primary health care in the United Arab Emirates. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. n.4, p.45-53.
- Ensink, K. & Robertson, B. (1999). Patient and Family Experiences of Psychiatric Services and African Indigenous Healers. *Transcultural Psychiatry*, March 36 (1): 23-43.
- Evans-Pritchard, E. E. (1978). *Antropologia social* (A. M. Beça, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1972).
- Fabrega, H. Jr. (1972). Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 167-229.
- Fage, J. D. (1995). *História da África* (A. Freudenthal, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1978).
- Fahd, T. (1996). *La divination arabe: études religieuses, sociologiques et folklorique sur le milieu natif de l'Islam*. Leiden: Brill.
- Fanon, F. (1971). *Peau noire, masques blancs*. Seuil.
- Farmer, P. (1996). On suffering and structural violence: A view from below (p. 274). *Daedalus* 125 (1): 261-83. Consultado a 9 de setembro de 2013 em www.jstor.org/stable/20027362.
- Feilzer, M. Y. (2009). Doing mixed methods research pragmatically: Implications for the rediscovery of pragmatism as a research paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*, 4, 6 – 16.

- Festinger, L. (1962). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford (CA): Stanford University Press.
- Filho, W. T. (2002). Narratives of national identity in the web. *Etnográfica*, 6 (1), 141-158.
- Fonseca, D. da. (1997). *Os Mancanha* (p. 70). Bissau: Ku Si Mon Editora.
- Foster, G. M. (1976). 'Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*. 78(4): 773-782.
- Foucault, M. (1988). *Enfermedad mental y personalidad*. (E. Kestelboim, Trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada em 1954).
- Foucault, M. (1998). *O Nascimento da Clínica* (5ª ed.). (B. Leitão, et all., Trans.). (p. 32). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1963).
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos. DSM-IV-TR. Guia para um diagnóstico diferencial* (J. N. De Almeida, Trad.). (p. 53). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2002).
- Frazer, J. G. (1930). *Les mythes sur l'origine du feu*. (M. Drucker, Trad.). Paris: Payot.
- Frazer, J. G. (1981). *The Golden Bough: A study in Comparative religion*. New York: Gramercy. (Obra original publicada em 1890).
- Freitas, P. et al. (2010). *Saúde para Todos – Mudando o paradigma da prestação de cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe* (p. 24). Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flôr, Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freud, S. (1979). *Malaise dans la civilisation*. Paris: PUF. (Obra original publicada em 1929).
- Freud, S. (1986). *Moïse et le monothéisme*. Paris: Gallimard. (Obra original publicada em 1939).
- Freud, S. (1993). *Totem et tabou*. Paris : Gallimard. (Obra original publicada em 1939).
- Foster, G. M. (2010). Medical Anthropology and International Health Planning. In Good, B. J. et al. (Ed.). *A Reader in Medical Anthropology*. (pp. 394-404).
- Garcia, F. P. (2003). O Islão na África Subsariana. Guiné-Bissau, uma análise comparativa. *AFRICANA STUDI*, nº 6. Porto: Edição da Faculdade de Letras sa Universidade do Porto.
- Geertz, C. (1966). Religion as a Cultural System. *Anthropological Approaches to the Study of Religion*. Michael Banton (ed.). London: Tvistock. ASA Monographs 3: 1-46.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of culture. Selected essays* (p. 5). New York: Basic Books.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. (p.15). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.

- Geertz, C. (1983). *Local knowledge: further essays in interpretative anthropology*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (1988). *Works and lives. The anthropologist as author*. Stanford: Stanford University Press.
- Geertz, C. (2001). *Nova Luz sobre a Antropologia* (p. 28, pp. 30-46). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Gemmeke, A. B. (2008). *Marabout Women in Dakar. Creating Trust in a Rural Urban Space* (p. 164). Leiden: Leiden Universiteit. PhD Thesis.
- Ghubash, R. et al. (2001). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires: the Arabic General Health Questionnaire (AGHQ) and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in UAE, using Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis. *Eur. Psychiatry*. v.16, p.122-126.
- Giang, KB et al. (2006). The Vietnamese version of the Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in detecting mental disorders in rural Vietnam: a validation study. *Int J Soc Psychiatry*, v. 52, n.2, p.175-84.
- Glasser, W. (2011). *Take charge of your life*. Consultado a 2 de setembro de 2013 em www.wglasserbooks.com.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. (p. 1232). (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, A. C. (2002). *Trajectórias do Pensamento Antropológico*. (pp. 47-50). Lisboa: Universidade Aberta.
- Gonçalves, A. C. (Org.). (2004). *O Islão na África Subsariana*. Actas do VI Colóquio Internacional "Identidades, Poderes e Etnicidades. O Islão na África Subsariana". Porto: FLUP – Porto.
- Gomila, J. (1973/1974). Diverse Capacities of the Marabout by Noel V. Lateef. *Psychopathologie Africaine*, 9 (1) 1973: 111-29. *Transcultural Psychiatry*. October 1974 11 (2): 181-185.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Good, B. J. & Good, M.D. (1981). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In Eisenberg, L. & Kleinman, A. (Coord.). *The Relevance of Social Science for Medicine* (pp. 165-196). Dordrecht: Reidel.
- Good, B. J. & Good, M.-J. D. (2010). Amuk in Java. Madness and Violence in Indonesian Politics. In Good, B. J., Fischer, M. M. J., Willen, S. S. & Good, M.-j. D. (Eds.). A

- Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities* (pp. 473-480). UK: Wiley-Blackwell.
- Good, B. J., Fischer, M. M. J., Willen, S. S. & Good, M.-j. D. (Ed.). (2010). *A Reader in Medical Anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. UK: Wiley-Blackwell.
- Goody, J. (1977). *Domestication of the savage mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Granjo, P. (2009). Saúde, doença e cura em Moçambique. In E. Lechner (Coord.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural* (pp. 249-274). Lisboa: ICS.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in Qualitative research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hahn, R. A. (1984). *Rethinking "Illness" and "Disease"*. *Contributions to Asian Studies*. Vol. XVIII, 1-23.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão. Perguntas e Respostas*. Lisboa: Climepsi Editores. p.76.
- Hamès, C. (1993). Entre recette magique d'al-Bûni et prière islamique d'al-Ghazâlî: textes talismanique d'Afrique occidentale. *Systèmes de pensée en Afrique noire* 12: 187-223.
- Hanlon, C., Medhin, G., et al. (2008). Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*, 108:251–262. Consultado a 30 de setembro de 2013 em doi: 10.1016/j.jad.2007.10.023.
- Hanlon, C., Whitley, R., Wondimagegn, D., Alem, A. & Prince, M. (2010). Between life and death: exploring the sociocultural context of antenatal mental distress in rural Ethiopia. *Arch Womens Ment Health*. October; 13(5): 385–393. Consultado a 30 de setembro de 2013 em doi: 10.1007/s00737-010-0149-3.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A. & Beekman, A. T. F. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43, 39-48.
- Harding, T. W. et al. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine*. 10 (2): 231-41.

- Harmsen, J. A. M., Bernsen, R. M. D., Meeuwesen, L., Dorrenboom, G., Thomas, S., Pinto, D., et al. (2006). Cultural dissimilarities in general practice: Development and validation of a patient's cultural background scale. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8, 115–124.
- Hawthorne, W. (2003). *Planting Rice and Harvesting Slaves: Transformations along the Guinea-Bissau Coast, 1400–1900*. Portsmouth, N.H.: Heinemann.
- Healy, D. (2003). *The Anti-Depressant Era*. Harvard: Harvard University Press.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac. The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*. New York: New York University Press.
- Heine, S. J. (2012). *Cultural Psychology*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Helman, C. G. (1991). Research in primary care: the qualitative approach. In Norton, P. G. Stewart, M., Tudiver F. et al., (eds.), *Primary Care Research: Traditional and Innovative Approaches*. London: Sage.
- Helman, C. G. (1996). The application of anthropological methods in general practice research. *Fam. Pract.* 13 (Suppl. 1), S13-16.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5^a ed.). (p. 14, p. 193). London: Hodder Education. (Obra original publicada em 1984).
- Herdman, M., Fox-Rushby J. & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of instruments: the universalist approach. *Quality of life research*, v.7, p. 323-335,
- Higginbotham, H. N. (1976). Culture and the Delivery of Psychological Services in Developing Nations. *Transcultural Psychiatry*, April 16 (1): 7-27.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. (2^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Horton, R. (1967). African tradition thought and western science. Part I: The “closed” and “open” predicaments. *Africa*, 37 (2) 155-187.
- Horton, R. (1967). African tradition thought and western science. Part II: From tradition to science. *Africa*, 37 (1) 50-71.
- Hsia, C. C. & Barlow, D. H. (2001). On the Nature of Culturally Bound Syndromes in the Nosology of Mental Disorders. *Transcultural Psychiatry*, December 38 (4): 474-476.
- Husain, N. et al., Comparison of the Personal Health Questionnaire and the Self-Reporting Questionnaire in rural Pakistan. *J Pak Med Assoc* .8, n.56, pp. 366-70.

- Iacoponi, E. & Mari, J. J. (1988). Reability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, v.35, n.3, p. 213-222.
- Igreja, V. (2008). Gamba spirits, gender relations and healing in pós-civil war. Gorongosa, Mozambique. *Journal of the Royal Anthropological Institute* (N.S.), 14, 353-371.
Consultado a 17 de março de 2011 em
www.wmst503.moonfruit.com/download/i/mark_dl/u/.../7.2%20Igreja.pdf.
- INE. (2010). Resultado do 3º Recenseamento Geral da População e Habitação de 2009. Bissau. Publicação do INE.
- Iturra, R. (1986). Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In A. S. Silva e J. M. Pinto (Orgs.). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.
- Janes, C. R. & Corbett, K. K. (2010). Anthropology and Global Helth. In Good, B. J. et al. (Ed.). *A Reader in Medical Anthropology*. (pp. 405-421).
- Jao, Mamadú. (2002). Relação entre os Fula e Mandingas nos espaços Gabú e Forreá. In *Soronda. Revista de estudos guineenses*. Nova série nº 3, jan, pp. 5-28.
- Jenkins, R., Othieno, C., Okeyo, S., Kaseje., D., Aruwa, J., Oyugi, H., Bassett, P. & Kauye, F. (2013). Short structured general mental health in service training programme in Kenya improves patient health and social outcomes but not detection of mental health problems - a pragmatic cluster randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Systems*, 7:25. www.ijmhs.com/content/7/1/25. Consultado a 25/11/2013.
- John W. G. Lowe and Elizabeth D. Lowe. (1984). "Stylistic Change and Fashion in Women's Dress: Regularity Or Randomness?", in *NA - Advances in Consumer Research*. Volume 11, eds. Thomas C. Kinnear, Provo, UT : Association for Consumer Research, Pages: 731-734.
- Jonhnson, T. & Sargent, C. (Org.). (1990). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. New York: Paeger.
- Kawanishi, Y. (1992). Somatization of Asians: An Artifact of Western Medicalization?. *Transcultural Psychiatry*, March 29 (1): 5-36.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 73(3), Jun, 539-548. Consultado a 10 de outubro de 2013 em doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539.

- Kim, J. Y. et al. (org.). (2000). *Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Kimani, V.N. (1981). The unsystematic alternative: towards plural health care among the Kikuyu of central Kenya. *Soc. Sci. Med.* 15B, 333–40.
- Kipp, E. (1994). *Guiné Bissau. Aspectos da vida de um povo*. Mem Martins: Editorial Inquérito.
- Kirmayer, L. J. (1984). Culture, Affect and Somatization: Part I. *Transcultural Psychiatry*, September. 21 (3): 159-188.
- Kirmayer, L. J. (1984). Culture, Affect and Somatization: Part II. *Transcultural Psychiatry*, December 21 (4): 237-262.
- Kirmayer, L. J. (1998). The Fate of Culture in DSM-I. *Transcultural Psychiatry*, September 35 (3): 339-342.
- Kirmayer, L. J. (2006). Culture and Psychotherapy in a Creolizing World. *Transcultural Psychiatry*, June 43 (2): 163-168.
- Kirmayer, L. J. (2011). Cultural psychiatry in historical perspective (p.3). In Bhugra, D & Bhui, K. (Coords.), *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry* (p. 105). Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives* (p.15). New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1992). Pain and resistance: The delegitimation and relegitimation of local worlds I in Del Vecchio, G. & Kleinman, A. (Coords.). *Pain as a human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, J. & Good, B. (1978). Culture, illness and care, clinical lessons from anthropological cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 88: 251.
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression*. University of California Press. (Ed.).
- Kohl, C. (s.d.). National Integration in Guinea-Bissau since Independence. *Cadernos de Estudos Africanos* [Online], 20 | 2011, posto online no dia 22 Julho 2012, consultado a 22 junho de 2013 em <http://cea.revues.org/155>.
- Kortmann, F. (1987). Problems in communication in transcultural psychiatry. The Self Reporting Questionnaire in Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, p.563-570.
- Kortmann, F. (1987). Popular, Traditional, and Professional Mental Health Care in Ethiopia. *Transcultural Psychiatry*, December. 24 (4): 255-274.

- Kortmann, F. (2010). Transcultural Psychiatry: From Practice to Theory. *Transcultural Psychiatry*, April. 4 (2)7: 203-223.
- Kortmann, F. & Ten Horn, S. (1988). Comprehension and motivation in responses to a psychiatric screening instrument. Validity of SRQ in Ethiopia. *British Journal of Psychiatry*, v. 153, p.95-101.
- Kraepelin, E. (1904). Psychiatrisches aus Java. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*. 61, 882-4.
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende Psychiatrie. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15, 433-7.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- Krause, I.B. (1989). Sinking heart: a Punjabi communication of distress. *Soc. Sci. Med.* 29, 563-75.
- Kroeber, A. L. & Richardson, J. (1940). "Three centuries of women's dress fashions: A quantitative analysis" *Anthropological Records*. 5:2. Berkeley: University of California Press.
- Lacan, J. (1987). *O mito do indivíduo neurótico* (2ªed.). (B. C. e Cunha, F. Bernardo, M. Medeiros & T. C. e Cunha, Trans.). Coleção Pelas bandas da psicanálise/2. Lisboa: Assírio e Alvim. (Obra original editada em 1980).
- Langdon, E. J. (2001). A Doença como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença. *Etnográfica*. Novembro. Vol. V (2):241-260.
- Laplanche, F. (1976). *Maladie mentales et thérapeutiques traditionnelles em Afrique noire*. Paris: Ed. Universitaires.
- Laplanche, F. (1978). *Etnopsiquiatria*. (M. L. Boavida, Trad.). Lisboa: Editorial Vega.
- Laplanche, F. (1991). *Antropologia da doença* (V. L. Siqueira, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1986).
- Latypov, A. (2010). Healers and Psychiatrists: The Transformation of Mental Health Care in Tajikistan. *Transcultural Psychiatry*, July. 47 (3): 419-45.
- Lawlor, C. (2012). *From Melancholia to Prozac* (p. 77, p. 146, p. 153). New York: Oxford University Press.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias* (2ªed.). (p.126, p. 127). Lisboa: Fim de Século.
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié.

- Lechner, E. (Org.). (2009). *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Leff, J. (1981). *Psychiatry Around the Globe. A Transcultural View*. Nova Iorque: Marcel Dekker.
- Le Goff, J. et al. (1991). *As doenças têm história*. (L. Bom). Lisboa: Terramar. (Obra original publicada em 1985).
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (2010). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas* (4ªed.). (M. J. Reis, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Lévi-Strauss, C. (1955). *Tristes tropiques*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1983). *O olhar distanciado*. (C. de Carvalho, Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Levin, J. & Levin, W. C. (2008). *Fundamentos de Estatística en la Investigación Social*. (2ª ed.). (Vivian del Valle, Trad.). México: Alfaomega. (Obra original publicada em 1977).
- Lewis, I. (1971). *Ecstatic Religion: An Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism*. Baltimore: Penguin Books.
- Like, R. C., Steiner, R. P. & Rubel, A. J. (1996). Recommended core curriculum guidelines on culturally sensitive and competent health care. *Fam. Med.* 28(4), 291–7.
- Lima, A. J. S. (1947). O Iran. *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. Centro de Estudos da Guiné Portuguesa. 2 (5). pp. 173-178.
- Lima, A. M., Martinez, B. & Filho, J. L. (1990). *Introdução à Antropologia Cultural* (pp. 117-118). Sta. Maria da Feira: Editorial Presença.
- Lima, M. P. (2000). *Inquérito Sociológico*. (5ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Lin, K., Poland, Russell E. & Anderson, D. (1995). Psychopharmacology, Ethnicity and Culture. *Transcultural Psychiatry*, March. 32 (1): 3-40.
- Linden, M. et al. (1999). The Prescribing of Psychotropic Drugs by Primary Care Physicians: An International Collaborative Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 19, no. 2: 132-40.
- Linton, R. (1962). *O Homem: uma Introdução à Antropologia*. São Paulo: Martins.
- Linton, R. (1967). *Cultura e Personalidade*. São Paulo: Mestre Jou.
- Littlewood, R. et al. (2007). A cross-national study of stigmatization of severe psychiatric illness: Historical review, methodological considerations and development of the questionnaire. *Transcultural Psychiatry*, 44: 171.

- Lloyd, K. R., Jacob, K. S., Patel, V. *et al.* (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychology. Med.* 28, 1231-7.
- Lopes, R. G. (2006). *Psicologia da Pessoa e Elucidações Psicopatológicas* (p.100, p. 293). Porto: Higiomed Edições.
- Loyola, M. A. (1984). *Médicos e curandeiros. Conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- Luís, A. B. (1968). *A condição da Mulher Portuguesa* (p.82). Lisboa: Estampa.
- Maia, A. C. (2001). *Narrativas Protótipo e Organização do Conhecimento na Depressão*. Braga: Universidade do Minho.
- Malinowski, B. (1963). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris: Gallimard. (Obra original publicada em 1922).
- Malinowski, B. (1974). *Magic, Science and Religion and Other Essays* (p.21). Londres: Souvenir Press. (Obra original publicada em 1948).
- Malinowski, B. (2006). *La Paternité dans la psychologie primitive*. L'Ecluse d'aval. (Obra original publicada em 1927).
- Malinowski, B. (2001). *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*. Paris: Payot. (Obra original publicada em 1921).
- Mari, J. J.; & Willians, P. A. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press, v. 15, pp. 651-659.
- Mari, J. J. & Willians, P. A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. Journal Psychiatry*, v. 148, pp. 23-26.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS* (3ª ed.). (p. 133). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, C. L. (2002). *Níveis de anticorpos contra o sarampo entre as mulheres em idade fértil na população da Guiné-Bissau expostas a sarampo natural e a imunização contra o sarampo*. Tese de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Consultado a 12 de setembro de 2013 em www.portalteses.iciet.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id.

- Martinez, L. F. & Ferreira, A. I. (2008). *Análise de dados com SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, A. S. G. S. & Moleiro, C. (2012). Crenças e comportamentos de saúde na gravidez e pós-parto de mulheres de descendência africana em Portugal. In Moleiro, C. (coord.). *Cultura, família e Maternidade*. Revista Transcultural. 1:IV. (p. 31, p. 32). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural.
- Marto, J. M. & Simões, M. P (Coords.). (2013). *Hipnose Clínica. Teoria, pesquisa e prática* (p. 53). Lisboa: Lidel.
- Mason, J. (2006a). Mixing methods in a qualitatively driven way. *Qualitative Research*, 6, 9-25.
- Mason, J. (2006b). Six strategies for mixing methods and linking data in social science Research. Acedido a 17/1/2014, a partir de: www.socialsciences.manchester.ac.uk/morgancentre/realities/wps/4-2006-07-rlm-mason.pdf.
- Matos, A. C. (2007). *A Depressão*. (2ª ed.). (p. 55, p. 59, p. 64). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. de. (2007). *O Desespero: Aquém da Depressão* (2ªed.). (pp. 442-443, p. 451). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mauss, M. (1971). *Essais de sociologie*. Paris: Seuil.
- Mauss, M. (2000). *Esboço de uma teoria geral da magia* (J. F. E. Martins Trad.). (p. 16). Lisboa: Edições 70.
- Mauss, M. (2002). *Manual d'ethnographie*. Paris: Payot.
- McCabe, R. & Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 185, 25-30.
- Mead, M. (1930). *Coming of age in Samoa*. Nova Iorque.
- Mead, M. (1976). *Experiencias personales y científicas de los antropólogos*. Barcelona: Paidós Ed.
- Milliez, P., Laborit, H., Foucault, M. et al. (1972). *Rumo a uma antimedicina ?* (p. 22, p. 45). Iniciativa Editoriais : Lisboa.
- Mommersteeg, G. (1996). *Het domein van de marabout: koranleraren en religieus-magische specialisten in Djenné, Mali*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Monteiro, A. I. (Coord.). (1996). *O Programa de Ajustamento Estrutural na Guiné-Bissau*. Bissau: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa – INEP.
- Morin, E. (1997). Complexidade e ética da solidariedade. In: Castro, G., Carvalho, E.A. & Almeida, M. C. *Ensaio da complexidade*. Porto Alegre: Sulina.

- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Mota, A. T. da. (1954/1948). Classificação e Evolução da Casa e Povoamento Indígena. In *A habitação Indígena na Guiné Portuguesa*. Centro de Estudos da Guiné Portuguesa. Lisboa: Agência Geral do Ultramar.
- Mulemi, B. A. (s. d.). Medicine: Indigenous Therapeutic Systems in Western Kenya. Consultado a 15 de março de 2011 em www.bookrags.com/tandf/medicine-indigenous-therapeutic-systems-tf/.
- Murali, V. & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *APT, May*, 10:216-224.
- Murdock, G. F. (1980). *Theories of illness: a world survey*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Murphy, H. B. M., Wittkower, E. D. & Chance, N. A. (1964). Crosscultural Inquiry Into the Symptomatology of Depression: A Preliminary Report. *Transcultural Psychiatry*, April, 1 (1): 5-18.
- Ndeti, D. M. & Muhangi, J. (1979). The prevalence and clinical presentation of psychiatric illness in a rural setting in Kenya. *British Journal of Psychiatry* 135: 269-72.
- Neto, F. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nóbrega, Á. (2003). *A luta pelo poder na Guiné-Bissau* (p. 52, pp. 152-153). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Nóbrega, Á. (2005). *O Comportamento Eleitoral dos Islamizados da Guiné-Bissau*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Noronha, M. de (2007). *Terapia Social* (p. 96). Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Nunes, B. (1987). Sobre as Medicinas e as artes de Curar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, Setembro, pp. 233-242.
- Nunes, B. (1997). *O saber do médico do povo*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Oakley, D. A. (2008). Hypnosis, trance and suggestion: evidence from neuroimaging. In M. R. Nash & A. J. Barnier. (s. d.). *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice* (pp. 365-392). New York: Oxford University Press.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Research on the sociocultural aspects of female genital mutilation. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva. Consultado a 10 de setembro de 2014.

- Organização Mundial de Saúde. (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global. (Coord. da versão portuguesa: Prof. Doutor Caldas de Almeida). (p. 214, p. 218). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Okello, E. S. & Ekblad, S. (2006). Lay Concepts of Depression among the Baganda of Uganda: A Pilot Study. *Transcultural Psychiatry*, June. 43 (2): 287-313.
- Oliveira, K., Santos, B., Araújo, T. M. & Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 25(1):214-222. Consultado a 19 de junho de 2013 em www.scielo.org/pdf/csp/v25n1/23.pdf.
- PAIGC. (1974). *História da Guiné e Ilhas de Cabo Verde* (p. 105). Porto: Afrontamento.
- Pacheco, B. (2012). *Acordo Ortográfico – As novas regras*. Matosinhos: Book.it.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (2ª Ed.). (pp. 65-66, p.79). Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Paiva, G. J. (1978). *Introdução à Psicologia Intercultural*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais.
- Palacios, M. et al. (1998). Validação do Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro-Brasil. (pp.225-240). In: Silva Filho, J.F. & Jardim, S. (orgs). *A danação do trabalho – organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Palmier-Claus et al. (2013). Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13:34. www.biomedcentral.com/1471-244X/13/34. Consultado a 11 de outubro de 2013.
- Patel, V. (2010). *Where there is no Psychiatrist*. London: Gaskell.
- Pélissier, R. (1989). *História da Guiné: portugueses e africanos na senegâmbia 1841-1936*. Vol. I e II. (F. De Sousa, Trad.). (p. 42, p. 105). Lisboa: Editorial Estampa.
- Pelto, P. J. & Pelto, G. H. (1978). *Anthropological Research: the structure of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pelto, P. J. & Pelto, G. H. (1990). Field methods in medical anthropology. In Johnson T. M. & Sargent, C. E. (Coords.). *Medical Anthropology* (pp. 269-97). Westport: Praeger.
- Pereira, A. (2002). *SPSS. Guia Prático de Utilização* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, L. S. (1993). Medicinas Paralelas e Prática Social. *Sociologia Problemas e Práticas*, 14: 159-175.
- Pereira, L. S. (2000). *Médico, Xamã ou Ervanária?*. Coleção Teses/6, Lisboa: ISPA.

- Pereira, L. S. & Pussetti, C. (Org.). (2009). *Os saberes da Cura. Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*. (p. 17). Lisboa: ISPA.
- Pereira, L. T. & Moita, L. (1976). *Guiné-Bissau: 3 anos de independência*. Col. África em Luta.
- Pewzner, E. (1999). *El Hombre Culpable*. Madrid: Fondo de Cultura Económica
- Pinto, J., Paulo, M. & Duarte, P. (1999). *Guiné: Nô Pintcha!* (p. 21, p. 32, p. 39). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Pinto, P. (2009). *Tradição e Modernidade na Guiné-Bissau: uma perspectiva interpretativa do subdesenvolvimento*. Tese de Mestrado em Estudos Africanos pelo Centro de Estudos Africanos da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Consultado a 19 de dezembro de 2014 em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/23213/2/tesemestpaulapinto000093779.pdf>.
- Pires, C. M. L. (2002). *Depressão não é uma doença* (2ª ed.).(p. 27, p. 33). Leiria: Editorial Diferença.
- Pires, C. M. L. (2002). *Factores e Mitos sobre os antidepressivos*. Comunicação no I Encontro de Psicologia em Leiria.
- Pires, C. M. L. (2003). *Noções de Psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- PNDS II – *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II*. (2007). Bissau: Ministério da Saúde Pública. (pp. 7-9).
- Poeschl, G. *Análise de Dados na Investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.
- Política Nacional e Regulamentação da Medicina Tradicional. (2010). Bissau: Direcção dos Serviços de Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional. (p.13).
- Pollock *et al.* (2006). Detection of depression in women of child-bearing age in non-Western cultures: a comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Self-Reporting Questionnaire-20 in Mongolia. *Journal of Affective Disorders*,v. 3 n. 92 p. 267-271.
- Porkert, M. (1974). *The theoretical foundations of Chinese medicine: Systems of correspondence*. Cambridge: Mass.: MIT Press.
- Pussetti, C. (2005). *Poetica delle emozioni – i bijagó della guinea bissau*. Roma e Bari: Editori Laterza.
- Pussetti, C. (s.d.). Estratégias da doença e da cura na comunidade bijagó em Lisboa. (pós-doc. 2003-2005).

- Pussetti, C. (2006). A Patologização da diversidade. Uma reflexão sobre a noção de Culture-Bound Syndrome (p. 17). *Etnográfica*. Vol. 10, (1): 5-40.
- Pussetti, C. (coord.). (2009). *Migrantes e Saúde Mental. A construção da Competência Cultural*. Lisboa: Acidi. Estudos OI, 33.
- Pussetti, C. (2009). Corações queimados: A dor da memória nas narrativas de pacientes Bijagós. In Pereira, L. S. & Pussetti, C. (org.). *Os saberes da Cura. Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas* (pp. 191-230). Lisboa: ISPA.
- Quartilho, M. J. R. (2010). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do Sintoma à Experiência* (p. 17). Coimbra: Quarteto Editora.
- Quintino, F. R. (1971). *Práticas e Utensílios Agrícolas na Guiné*. Lisboa: Junta de Investigações do Ultramar.
- Quintino, F. R. (1949). No Segredo das Crenças. *Boletim Cultural da Guiné Português*. Centro de Estudos da Guiné Portuguesa. Bissau: Volume IV, nº 15, Julho.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ratner, P. A. (1984). The Incidence of Wife Abuse and Mental Health Status in Abused Wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health* 1984: 246-49.
- Ribeiro, J. S. (2003). *Métodos e Técnicas de Investigação em Antropologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rivière, C. (2000). *Introdução à Antropologia* (J. F. E. Martins, Trad.). (p.14, p.38, p. 46, pp. 61-88). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1995).
- Roheim, G. (2000). *L'animisme, la magie et le roi divin*. Paris: Payot.
- Roheim, G. (2000). *Les portes du rêve*. Paris: Payot.
- Roheim, G. (2000). *La panique des Dieux*. Paris: Payot.
- Romeiras, M. M., Duarte, M. C., Indjai, B. & Catarino, L. (2012). Medicinal Plants Used to Treat Neurological Disorders in West Africa: A Case Study with Guinea-Bissau Flora. *American Journal of Plant Sciences*. Vol.3 No.7A(2012), Paper ID 21059, 4 pages. DOI:10.4236/ajps.2012.327122. Consultado a 25 de novembro de 2013.
- Ronson, J. (2012). *O Teste do Psicopata*. Alfragide: Lua de Papel.
- Rosenhan, D. L. & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal Psychology*. (p. 362). New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Rudebeck, L. (1974). *Guinea-Bissau. A study of Political Mobilization*. Uppsala: The Nordic Africa Institute.
- Rudebeck, L. (2001). *Colapso e Reconstrução Política na Guiné-Bissau 1998-2000* (A. & M. Lourenço, Trans.). Uppsala: The Nordic Africa Institute.

- Ryder, A. G., Alden, L. & Paulhus, D. L. (2000). Is acculturation unidimensional or bidimensional?: A head-to-head comparison in the prediction of demographics, personality, self-identity, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 49-65.
- Sachot, M. (1998). *A invenção de Cristo. Gênese de uma religião*. Lisboa: Notícias Editorial.
- Sampieri, R. H., Fernández-Collado, C. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de la Investigación* (4º ed.). (p.100). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sangreman, C., Júnior, F. S., Zeverino, G. & Barros, M. (2006). A evolução política recente na Guiné-Bissau: As eleições presidenciais de 2005, os conflitos, o desenvolvimento, a sociedade civil (p. 9). *Cesa. Coleção Documentos de Trabalho*, nº 7.
- Santos, A. dos (2002). *Antropologia Geral. Etnografia, Etnologia, Antropologia Social* (p. 56). Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, M. B. (2008). *Diário da Guiné. 1968-1969. Na Terra dos Soncó*. Camarate: Círculo de Leitores.
- Sarafino, E. P. (2005). Context and perspectives in health psychology (1-26). In Sutton, S., Baum, A. & Johnston, M. (Eds). *The SAGE Handbook of Health Psychology*. London: SAGE Publications Inc.
- Saraiva, E. M., Fortunato, J. M. S. & Gavina, C. (2005). Oscilações do Cortisol na Depressão e Sono/Vigília. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 1/2, 89-100.
- Scholte, W. F., Verduin, F., Lammeren, A. van, Rutayisire, T. & Kamperman, A. M. (2011). Psychometric properties and longitudinal validation of the self-reporting questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: a validation study. *BMC Medical Research Methodology*, 11:116 doi:10.1186/1471-2288-11-116. Consultado a 25 de junho de 2013 em www.biomedcentral.com/1471-2288/11/116.
- Scholte W. F., Verduin F., Kamperman A.M., Rutayisire T., Zwinderman, A.H., et al. (2011). The Effect on Mental Health of a Large Scale Psychosocial Intervention for Survivors of Mass Violence: A Quasi-Experimental Study in Rwanda. *PLoS ONE* 6(8): e21819. Consultado a 25 de junho de 2013 em doi:10.1371/journal.pone.0021819.
- Scott, J. & Dickey, B. (2003). Global Burden of Depression: The Intersection of Culture and Medicine. *British Journal of Psychiatry* 183: 92-94.
- Seidman, I. (1998). *Interviewing as qualitative research: A guide for researching in educational and social sciences* (2nd Edition). Teacher's College Press, Columbia University: NY.

- Semedo, M. O. C. S. (2010). *As Mandjuandadi – Cantigas de mulher na Guiné-Bissau: da tradição oral à literatura*. Tese de Doutoramento apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte. Consultado a 2 de outubro de 2013 em www.slideshare.net/SinchaSutu/as-mandjuandades.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford University Press.
- Sen, A. (1997). From income inequality to economic inequality. *Southern Economic Journal*. Oct. 64(2):384-401.
- Sen, A. (2002). Why Health Equity?. *Health Economics*. Cambridge: Trinity College.
- Sen, B., Wilkinso, N. G. & Mari, J. J. (1987). Psychiatric morbidity in primary health care: a two-stage screening procedure in developing countries: choice of instruments and cost-effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, p. 33-38.
- Sewell, H. (2009). *Working with Ethnicity, Race and Culture in Mental Health*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Shepard, L. D. (2013). The impact of polygamy on women's mental health: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric*, (22) 47-62. Cambridge University Press.
- Silva, F. D. (2003). *Guiné-Bissau. Páginas de história política, rumos da democracia*. Bissau: Firquidja Editora
- Silva, J. C. G. (1994). *A identidade roubada – Ensaios de antropologia social*. Lisboa: Gradiva.
- Silva, L. F. (2004). *Sócio-Antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*. (p.31). Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M., Reis, F., Silva, J. A. & Meneses, I. (Orgs.). (1997). *O que é a raça? Um debate entre a Antropologia e a Biologia*. Lisboa: Espaço OIKOS.
- Somersan, S. (1984). Death symbolism in matrilinear societies. *Ethos*. Vol. 12. N. 2, pp. 151-165.
- Sontag, S. (1989). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnick ed. (Obra original publicada em 1977).
- Sorsdahl, K., Stein, D. J. & Flisher, A. J. Traditional Healer Attitudes and Beliefs Regarding Referral of the Mentally Ill to Western Doctors in South Africa. *Transcultural Psychiatr*, September. 47 (4): 591-609.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: Uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, jul./dez, 15 (2): 18-42. (p.25).
- Stevenson, J. (1977). The explanatory value of the idea of reincarnation. *J. Nerv. Ment. Dis*, 164, 305-326.

- Sutton, S., Baum, A. & Johnston, M. (Eds). (2004). *The SAGE Handbook of Health Psychology*. London: SAGE Publications Inc.
- Swartz, L. (1986). Transcultural Psychiatry in South Africa: Part I. *Transcultural Psychiatry*, December. 23 (4): 273-303.
- Swartz, L. (1987). Transcultural Psychiatry in South Africa. *Transcultural Psychiatry*, March. 24 (1): 5-30.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research*(pp. 3–50). London: Sage.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. London: Routledge.
- United Nations Development Programme. (2003). *Human Development Report 2003 - Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty*. New York: Oxford University Press.
- Underwood, P. & Underwood, Z. (1981). New spells for old expectations and realities of Western medicine in a remote tribal society in Yemen, Arabia. In N. F. Stanley & R. A. Joshe (Coords.), *Changing Disease Patterns and Human Behaviour*. London: Academic Press, pp.271–97.
- Unger, R. K. (Ed.). (2001). *Handbook of the Psychology of Women and Gender*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Urdang, S. (1975). Fighting Two Colonialisms: The Women's Struggle in Guinea-Bissau. *African Studies Review*, 18 (3): 29-34.
- Van de Kamp, L. (2011). *Violent Conversion. Brazilian Pentecostalism and the Urban Pioneering of Women in Mozambique* (p. 23). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Velasco, H. & Rada. A. D. (1997). *La Lógica de la Investigación Etnográfica*. Madrid: Editorial Trotta.
- Vitebsky, P. (1995). *Les chamanes*. Paris: Albin Michel.
- Vygotski, L. S. (1991). El método instrumental en psicología. In *Obras Escogidas*, Tomo I, Madrid: MEC/Visor,
- Watters, E. (2010). *The Globalization of the American Psyche* (p. 1, p. 253). New York: Free Press.
- Waxler, N. (1977). Is mental illness cured in traditional societies? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:233-53.

- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*. 77, 445-451.
- Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*. 34, 98-111.
- Wetzel, J. W. 1984. *Diagnosis and epidemiology. Clinical handbook of depression*. New York: Gardner Press.
- Whitehead, M. (1992). *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. Londres: Penguin Social Sciences.
- Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da Depressão*. (p xi, p. 20, p. 28, p. 33, p. 55, p. 154). Lisboa: Climepsi.
- Wilkinson, R. G. (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. Londres: Routledge e Nova Iorque: New Press.
- Winkelman, M. (1990). Shamans and Other "Magico-Religious" Healers: A Cross-Cultural Study of Their Origins, Nature, and Social Transformations. *Ethos*. Vol. 18 (3): 308-352. Published by Wiley. Consultado em 15 de setembro de 2013 em www.jstor.org/stable/640339.
- Winkelman, M. (2010). The Shamanic Paradigm: Evidence from Ethnology, Neuropsychology and Ethology Time and Mind: *The Journal of Archaeology, Consciousness and Culture*. Volume 3—Issue 2 July, pp. 159–182. Consultado em 15 de setembro de 2013 em www.academia.edu/4165451/The_Shamanic_Paradigm_Evidence_from_Ethnology_Neuropsychology_and_Ethology.
- Winkelman, M. & Peek, P. M. (2004). *Divination and healing. Potent vision*. Tucson: University of Arizona Press.
- World Health Organization. (1994). WHO Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self-Reporting Questionnaire (SRQ), Geneva.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. Geneva: *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2001). How to Develop and Implement a National Drug Policy (Second Edition). Geneva: *World Health Organization*. Consultado a 19 de novembro de 2013 em <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2283e/5.2.2.html>.
- World Health Organization. (2003). *Investir na saúde – Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde*. Geneva: WHO.

World Health Organization - Regional Office for Africa. (2010). *Achieving Sustainable Health Development in the African Region – Strategic Directions for WHO 2010 - 2015*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2012). *DEPRESSION. A Global Public Health Concern*. Marcus, M. ; Yasamy, M. T.; Van Ommeren, M.; Chisholm, D. & Saxena, S.
www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. Consultado [21/1/2014].

World Health Organization. (2013). Investing in Mental Health: evidence for action. (p. 9, p. 17, p. 19, p. 23).
www.anpguineebissau.org/historia/historia-guine-bissau/historia-da-guine-bissau. Consultado [4/2/2011].

www.atefor.fr/7.html. Consultado [1/10/2013].

www.bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/148/1/23, The British Journal of Psychiatry 148: 23-26 (1986). Consultado [30/5/2011].

www.caminhosdamemoria.wordpress.com/2010/01/20/conversas-sobre-amilcar/. Consultado [15/5/2013].

www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel10/MarileneDalva.pdf. Consultado [5/2/2011].

www.conferenciasdoestoril.com/cache/bin/bolsa_investigacao_relatorio_final-1462.pdf. Consultado [16/5/2013].

www.ensp.unl.pt/lgraca/guine_guerracolonial4_cidades.html. Consultado [20/1/2013].

www.forcv.com/opinions/2210-assassinato-de-amilcar-cabral-uma-estoria-mal-contada. Consultado [15/5/2013].

www.gulbenkianmhplatform.com

www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf. Consultado [30/4/2013].

www.hrh-observatory.afro.who.int/images/Document_Centre/guinea-bissau_country_profile_por.pdf. Consultado [5/2/2011].

www.icrc.org/web/por/sitepor0.nsf/html/guinea-bissau-feature-040310. Consultado [5/2/2011].

www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/Transe. Consultado [5/2/2013].

www.ipad.mne.gov.pt. Consultado [3/2/2011].

www.sovenagroup.com/pt/group/marcas/fula. Consultado [14/5/2013].

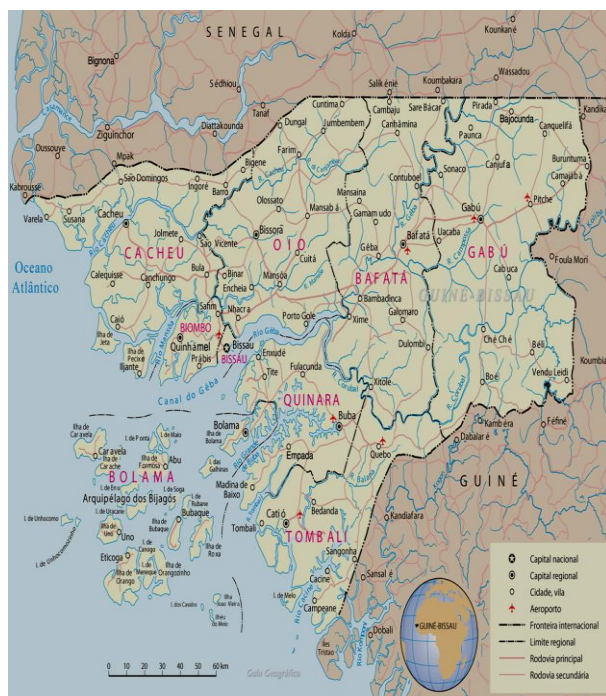
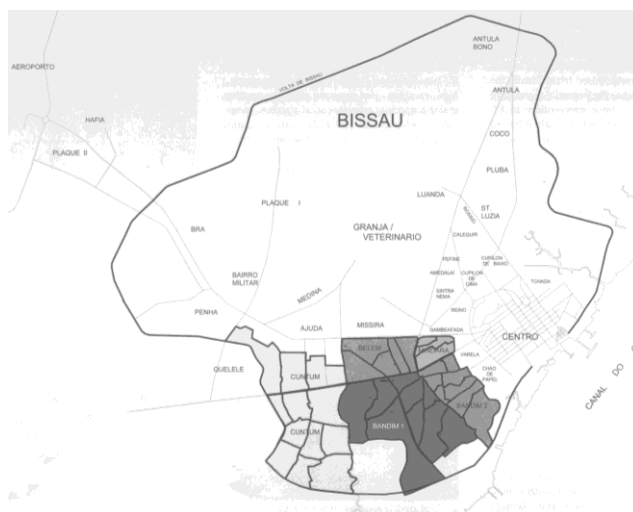
www.stat-guineebissau.com. Consultado [3/2/2011] e [30/4/2013].

www.vidaslusofonas.pt/amilcar_cabral.htm. Consultado [14/5/2013].

- www.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf. Qualitative Research for Health Programmes (compiled by Patricia Hudelson) World Health Organization Consultado [1/10/2013].
- www.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf. Consultado [10/4/2013].
- www.who.int/features/qa/62/en/ What is mental health? Online Q&A 3 September 2007. Consultado [9-10-2013].
- www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/ - 3k. 10 facts on mental health. Consultado [9-10-2013].
- www.who.int/topics/depression/en/. Consultado [9-10-2013].
- www.repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/23213/2/tesemestpaulapinto000093779.pdf. Consultado [7/4/2013].
- Youngmann, R., Zilber, N., Workneh, & Giel, R. (2008). Adapting the SRQ for Ethiopian Populations: A Culturally-Sensitive Psychiatric Screening Instrument. *Transcultural Psychiatry*. December, 45 (4): 566-589.
- Zemleni, A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique / Old and New Social Usages of Sickness in Africa. *Archives des sciences sociales des religions*. N.54, JUILLET /SEPTEMBRE. pp. 5-19.
- Zemleni, A. (1985). La maladie et ses causes. *L'Ethnologue*. 96-97 (2-3): 13-43.
- Zweig, S. (1967). *Amok e Cartas de uma Desconhecida* (A. Ogando, Trad.). (14ª ed.). (pp. 7 - 102). Porto: Edições da Livraria Civilização. (Obra original publicada em 1922).

Anexos

Anexo 1 – Fotografias

Mapa da Guiné-Bissau³⁴¹

Os bairros de Bissau

© Peter Aaby³⁴²

³⁴¹ <http://www.africa-turismo.com/mapas/guine-bissau.htm>. Consultado a 2/7/2014.

³⁴² Ver Referências bibliográficas, Aaby, Peter, 2008, p.12



Transporte de animais
© Natália Pereira (2011)



Hospital Civil Simão Mendes
© A. Marques Lopes (2005)³⁴³

³⁴³ Em www.ensp.unl.pt/lgraca/guine_guerracolonia14_cidades.html, Consultado em 20/1/2013



Hospital Militar³⁴⁴, nos anos 70, atual Hospital 3 de Agosto



Aspeto atual do antigo Hospital Militar

© Natália Pereira (2011)

³⁴⁴ <http://madeinbissau.blogspot.pt/2011/01/guine-bissau-hospital-nacional-3-de.html>. 20/1/2013.



Centro de Saúde Mental³⁴⁵



Marabout Boca Jao

© Natália Pereira (2012)

³⁴⁵ www.paramedicos-internacional.org/wp-content/uploads/HPIM4876.jpg, 20/1/2013.



Imagem de *irã*
© Natália Pereira (2012)



Corachacó forquilhas na região do Biombo
© Natália Pereira (2012)



Momentos de “curas divinas”³⁴⁶.



Com curandeiro Sumba e D. Ana

© Natália Pereira (2011)

³⁴⁶ www.ipda.com.br. 1/8/201.



Com djambakós na região do Biombo

© Natália Pereira (2012)



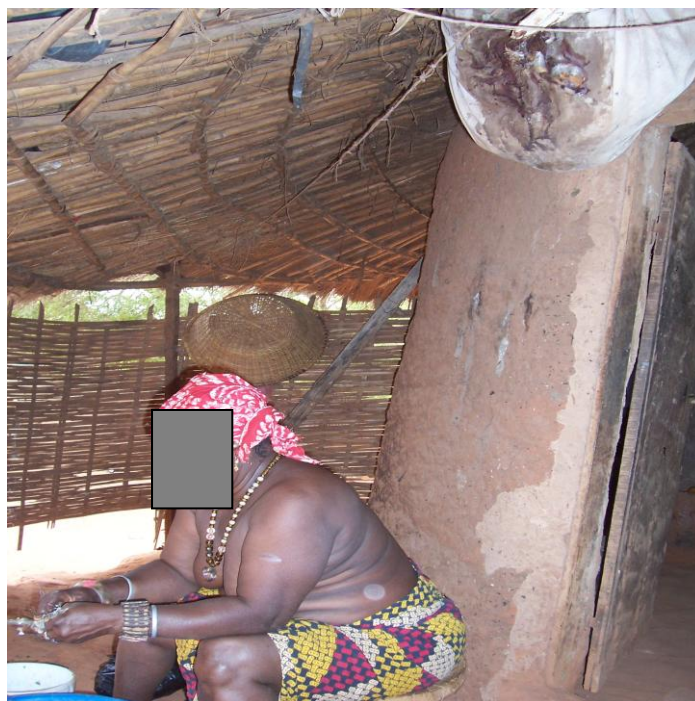
Entrada do hospital tradicional

© Natália Pereira (2011)



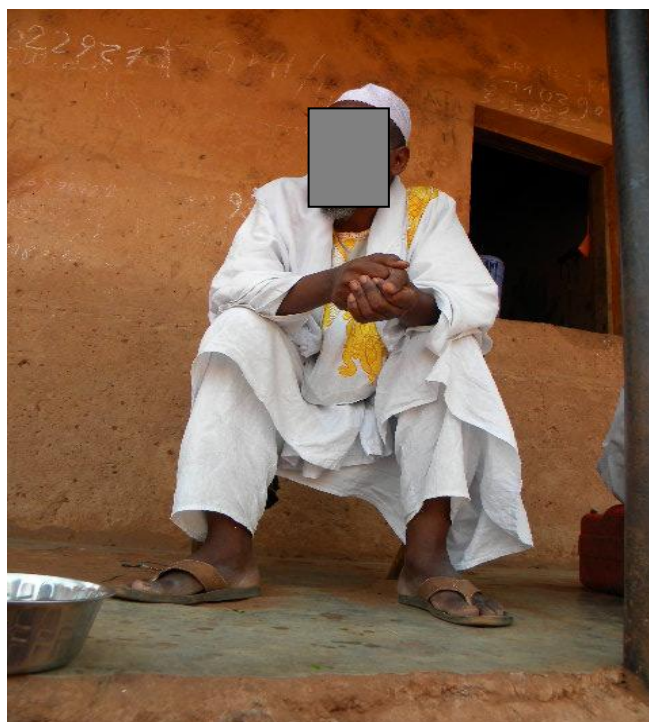
Aspeto de uma enfermaria

© Natália Pereira (2012)



Kintadju

© Natália Pereira (2012)



Marabu do bairro Feira de S. Paulo

© Natália Pereira (2011)



Exemplificação por um marabout de como se coloca uma tala

© Natália Pereira (2011)



Água com folhas de limoeiro para lavagens

© Natália Pereira (2011)



Com herbalista Sr. Lopes

© Natália Pereira (2011)



Hospital Pediátrico de Bô³⁴⁷



Centro de reabilitação de toxicodependência em Quinhamel

© Natália Pereira (2011)

³⁴⁷ www.didinho.org/IGREJACATOLICAGUINEENSEMODELONAATRACCAODEQUADROS.htm, consultado a 26-9-2013.



Um dos quartos³⁴⁸



Visão do novo hospital psiquiátrico no bairro do Enterramento

© Natália Pereira (2012)

³⁴⁸ <http://www.dw.de/centro-pioneiro-trata-toxicodependentes-na-guin%C3%A9-bissau/a-17763230>
19/7/2014



Perspetiva do espaço

© Natália Pereira (2012)

PROFESSOR HADIA
ILUSTRE ESPIRITUALISTA E CIENTISTA
O mais importante da astrologia é obter resultados bons rápidos e garantidos a 100%. Dotado de poderes ajuda a resolver problemas difíceis ou graves com a maior rapidez. Como: amor, insucessos, depressões, negócios, injustiças, casamento, impotência sexual, maus olhados, doenças espirituais, sorte nas candidaturas, desporto, exames, e protecção contra perigos, como acidentes em todas as circunstâncias, aproxima e afasta pessoas amadas, com rapidez total. Se quer prender uma vida nova e pôr fim a tudo o que o preocupa, não perca tempo, contacte o mestre ele tratará o seu problema com eficácia honestidade. Cura impotência sexual dentro de horas, com sucesso absoluto. Consulta à distância e pessoalmente de Segunda a Domingo das 09h00 às 20h00.

PAGAMENTO SÓ DEPOIS DO RESULTADO

Flyer de um curandeiro em Portugal

Anexo 2 - Fanado reflectido na catequese

A opção consta da proposta do novo Directório Caquético sobre a Iniciação das crianças e adolescentes. O documento, segundo o padre Carlos Andolfi, fez um estudo aproximativo dos processos de iniciação cultural, o fanado, para permitir que o jovem viva intensamente as etapa da iniciação cristã.

Na cultura dos povos da Guiné-Bissau, o "fanado" é a etapa que marca o ingresso da pessoa na sociedade. Uma intensa preparação preenchida com diversas provas marca o rito de adesão do candidato ao novo estilo de vida como adulto, na comunidade. Para o padre Carlos, “As pessoas valorizam o fanado, como um momento importante da vida, na educação da fé não podemos ignorar”, disse. Num contexto de prática activa da religião tradicional essa indicação, no Directório de Catequese, pode ajudar a aprofundar as linhas de diálogo entre a fé e a cultura. Para vários missionários estrangeiros, os missionários oriundos da cultura dos povos locais poderiam ajudar mais no estudo com publicações apropriadas, para o processo de inculturação ser mais eficaz.

O directório além deste grande apelo cultural, tenta actualizar e aproximar-se mais a realidade do jovem, procurando unificar os processos da educação da fé. Neste particular, chama atenção os temas da afectividade e da vocação que no anterior não tinham sido suficientemente trabalhados. Porém, indica a idade de 18 anos para a recepção do sacramento do crisma.

In http://igrejadebissau.blogspot.pt/2010_06_01_archive.html, consultado a 26-9-2013.

Anexo 3 - Notícia em jornal eletrônico

Mais de 30 mulheres detidas pela POP em Catió



Bissau (PNN, 17 de Novembro de 2013) - O Comissariado da Polícia de Ordem Pública (POP) em Catió, deteve, na semana passada, 31 mulheres suspeitas da morte de uma mulher, que o grupo acusa de prática de feitiçaria na povoação de Cadique Mbetna, região de Tombali, sul do país.

A informação foi avançada à PNN por uma fonte das autoridades policiais da Guiné-Bissau, citando o Comando da Província Sul, Divisão de Catió.

De acordo com a mesma fonte, a vítima Bitchete Na Sanha, de 46 anos de idade, foi espancada pelas suas colegas, que a acusam de prática diabólica contra uma pessoa doente que acabou por falecer a 14 de Novembro.

O processo relativo a este grupo de mulheres já foi remetido para o Tribunal regional de Tombali, tendo a instância judicial iniciado, esta segunda-feira, 18 de Novembro, a audição das suspeitas. Bitchete Na Sanha era casada e tinha cinco filhos.

Além desta situação, as forças da ordem de Catió também têm em mãos o caso de outras cinco pessoas, que terão confiscado 16 cabeças de gado bovino, seis cabeças de gado suíno e cinco cabeças de gado caprino, além dos outros bens materiais na povoação de Cafal, região de Tombali, sul da Guiné-Bissau.

Em causa está, segundo a fonte da PNN, uma ação de vingança contra o roubo de um bovino por um habitante de uma tabanca vizinha.

A região de Tombali é a zona com maior frequência de acusação de práticas de feitiçaria, casamentos forçados, precoces e furtos de gado bovino.

In www.gbissau.com/?p=8192, consultado a 19-11/-013

Anexo 4 - Encontro com curandeiros dias 27 e 28 de fevereiro de 2012

Nome	Tipo	Etnia	Idade	Residência
Giro Gomes	Herbalista	Papel	71	Bandim
António Muscate	Djambacó	Bijagós	62	Quélé
Eduarda Badinca	Djambacó	Mancanha	48	Cuntum
Preta Fina Nanque	Djambacó	Papel	60	Sta. Luzia
Musqueba Camará	Marabout	Mandinga	64	Stema
Areca Cá	Djambacó	Papel	53	Antula
Aramata Injai	Marabout	Biafada	52	Belem
Quintino Sá	Djambacó	Papel	53	Pefine
Marcos Cá	Ossos	Papel	44	Bairro Militar
Soaré Camará	Marabout	Mandinga	64	Luanda
Maria Amélia Cruz	Djambacó	Papel	59	Tchada
Edmerlia Gomes	Djambacó	Mancanha	44	Missirá

Anexo 5 - Fotos do encontro



Encontro de dia 27 de fevereiro, com enfermeiro Félix, diretor adjunto da Direção Regional de Saúde de Bissau, que foi nosso tradutor.



Encontro de dia 27 de fevereiro, com enfermeiro

Anexo 6 – Receita para mulher com queixas depressivas

Prometazina 50mg/2ul - 1 Amp.
Diazepam 10mg/2ul - 1 r
Haloperidol 5mg/1ul - 1 r
I.M. 2x/dia/3 d.

Depois — Haloperidol 5mg
Cp. 1/2 Cp. 2x/dia
15 dias
Artane 1mg Cp.
1/2 Cp. 2x/dia -
15 dias
Amitriptilina - 25mg 1 Cp. noct.
CENTRO DE SAÚDE MENTAL
OSVALDO M. VIEIRA
BRA/BISSAU
TEL: 25 16.00

Anexo 7 – Mensagens chave OMS e Wonca

Mensagens Chave do relatório sobre integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários (Ver bibliografia OMS, p. 1)

1. As perturbações mentais afectam centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica.
2. Apesar das possibilidades existentes de tratar com sucesso as perturbações mentais, apenas uma pequena minoria daqueles que o necessitam recebem o tratamento mais básico.
3. A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de cobrir o défice de tratamento e assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam.
4. Os cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo, e investimentos neste domínio podem trazer benefícios importantes.
5. Certas capacidades e competências são necessárias para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar, e referenciar pessoas com perturbações mentais de forma eficaz; é essencial que os profissionais de cuidados primários estejam adequadamente preparados e apoiados no seu trabalho na área de saúde mental.
6. Não há um modelo único de boa prática que possa ser seguido em todos os países. Pelo contrário, sucessos têm sido alcançados através da aplicação sensata de princípios gerais a nível local.
7. A integração é mais bem sucedida quando a saúde mental é incorporada na política de saúde e nas estruturas legislativas e é apoiada por lideranças credíveis, recursos adequados e administração continuada.
8. Para serem totalmente eficazes e eficientes, os cuidados primários para a saúde mental devem estar coordenados com uma rede de serviços a diferentes níveis de cuidados e complementados por um desenvolvimento mais geral do sistema de saúde.
9. Numerosos países de baixo e médio rendimento fizeram com sucesso a transição para cuidados primários integrados para a saúde mental.

10. A saúde mental é fundamental em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata; cuidados holísticos nunca serão atingidos até a saúde mental ser integrada nos cuidados primários.

O Representante Especial visita Hospital dirigido através de parceria Governo-ONG

11 de Junho de 2013 – O Representante Especial do Secretário-Geral da ONU para a Guiné-Bissau, José Ramos-Horta, visitou terça-feira, 11 de Junho, o Hospital Raoul Follereau, uma instituição de saúde, em Bissau, administrada nos termos de um acordo com o Governo da Guiné-Bissau.

A visita foi parte de uma ronda pelas instituições de saúde levada a cabo nas últimas semanas pelo Representante Especial. Outras instituições visitadas por Ramos-Horta incluem o Hospital Militar de Bissau, o Hospital Simão Mendes, em Bissau, e o Hospital de Bafatá, no leste do país.

O Hospital Raoul Follereau é administrado pela Aid, Health and Development (AHEAD), uma ONG italiana. Mediante um acordo com o Governo, o Estado fornece energia elétrica, medicação TB e paga os salários dos funcionários guineenses da instituição, de acordo com o Fábio Riccardi, da AHEAD. A ONG, cujos membros são voluntários, se ocupa do resto. Os serviços prestados são gratuitos e a instituição cultiva a maior parte dos legumes e frutas que os pacientes consomem.

Ramos-Horta disse que tem estado a visitar os hospitais para estar melhor informado e consiente dos problemas de saúde no país. Lembrando a sua visita à outra instituição, notou que o Hospital Militar, construído e equipado pela República Popular da China, está bem equipado, mas tem a falta de pessoal de saúde. Este hospital, onde cerca de 90 por cento dos pacientes são civis, dispõe de profissionais de saúde da Guiné-Bissau, China, do Grupo de Acompanhamento da Comunidade Económica dos Estados da África ocidental (CEDEAO), ECOMIG, mas continua a necessitar de mais, segundo os seus administradores.

Por outro lado, o Hospital Simão Mendes, que é o principal hospital do país, encontra-se num estado lamentável e necessita ser completamente reformado e modernizado, disse o Representante Especial

Apesar das crises pelas quais a Guiné-Bissau tem passado, e dos problemas de financiamento que têm afetado o país nos últimos meses, “de vez em quando, encontramos oásis de sucesso, de bom trabalho”, disse Ramos-Horta no fim da visita ao Hospital Raoul Follereau. “Este hospital é um desses oásis”, enfatizou.

³⁴⁹ Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau. <http://uniogbis.unmissions.org/Default.aspx?tabid=10170&ctl=Details&mid=13076&ItemID=20395&language=pt-PT>, consultado a 26-9-2013.

O setor da saúde constitui um dos principais desafios para a Guiné-Bissau, como indicam os dados disponíveis.

Em 2007, haviam sete enfermeiros e um médico para cada 10,000 habitantes na Guiné-Bissau, de acordo com o perfil da Guiné-Bissau, produzido pelo Africa Health Workforce Observatory (AHWO), uma rede de países e organizações promovida pelo Gabinete Regional para a África da Organização Mundial de Saúde. Segundo o relatório da AHWO, foi difícil motivar os profissionais de saúde a permanecerem nos serviços de saúde e citou a Direção de Recursos Humanos da Guiné-Bissau, estimando que 48% do pessoal de saúde deixaria o setor até 2015.

Em 2010, foram registadas 790 mortes maternas para cada 100,000 nados-vivos na Guiné-Bissau, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013, o qual menciona ainda que de cada 1,000 bebés nascidos no país, 150 não sobrevivem até os cinco anos de idade.

FICHA CLÍNICA

INFORMAÇÃO GERAL:

Nome _____

Sexo _____ Idade _____ Religião _____

Estado civil _____

Ocupação _____

Morada _____

Telefone _____

Pessoa que se pode contactar em caso de necessidade _____

Morada _____

Telefone _____

HISTÓRIA DA QUEIXA ATUAL:

Quando e como é que começou?

Está melhor ou pior?

Está a tomar algum medicamento ou a fazer qualquer tratamento?

O que acha da sua doença?

Quais as causas?

Acha que pode ser algum espírito?

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Alguém na família tem doença de cabeça?

Tem receitas antigas?

Bateu com a cabeça em algum lado?

O que é que aconteceu na família ultimamente? (Separação, morte, desemprego)

Com quem é que vive?

Alguém toma conta de si?

Tem algum apoio religioso ou de amigos?

Bebe álcool ou usa drogas?

Anexo 10 – Ficha Clínica (Versão crioulo)

FICHA DI MÉDICO

FORMAÇÃO GERAL:

Nome

Sexo

Idade

Religião

Estado Civil

Trabalho

Morada

Telefone

Quim cum podi liga na bu casa?

Morada

Telefone

CAL QUI STORIA DI BU DOENÇA:

Kal dia qui komssa e coma qui komssa?

Bu está melhor ó bu piora?

Bu na toma algum minsinho ó bu na faci tratamento?

Que ku bu acha de bu doença?

Kal que causa de bu doença?

Bu acha que pode sedo irã?

OUTRO INFORMAÇÃO:

Alguem de bu familia tene problema de kabeça?

Bu tene receita antiga?

Que bu bote cabeça na algum lado?

Que co acontece na bu familia ano passado? (separação, more, desemprego)

Quim co bu mora kel?

Alguim ta toma conta de bo?

Bu tene apoio de bo familia ou de bo amigos?

Bu ta bibi ou bu ta fuma droga?

**Questionário para determinar qual o modelo explicativo para a
doença**

1. Como é que chama ao seu problema? Tem um nome?
2. O que acha que causou o problema?
3. Porque acha que começou naquela altura?
4. O que lhe faz a sua doença, como se sente? Como é que isso funciona?
5. Acha que é muito grave? Acha que vai ter isso muito ou pouco tempo?
6. O que é que a preocupa mais em relação à doença?
7. Quais são os principais problemas que a doença lhe causou?
8. Que tipo de tratamento acha que deve fazer? Quais são os resultados mais importantes que espera do tratamento?

Anexo 12 - Questionário sobre modelo explicativo da doença (Versão crioulo)

QUESTÕES PARA SE DETETAR O MODELO EXPLICATIVO DA DOENÇA

1. Kal tipo de doença qui bu tene?
2. Ke que bu pensa que pui bu tsa doente?
3. Pa bia ku bu sta doente?
4. Ke que doença ta facio?
5. Bu acha que bu doença é grave? Bu pensa kuma ina tarda passan?
6. Pa bia ku bu tene medo de tene bu doença?
7. Kal problema grave que bu doença pú?
8. Kal tipo de tratamento que bu precisa? Kal que resultado mas importante do tratamento?

Anexo 13 - SRQ-20 (Original)

A USER'S GUIDE TO THE SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)
WHO/MNH/PSF/94.8

SRQ-20

A copy of the English version of the Self Reporting Questionnaire-20 is shown below.

- | | | |
|-----|--|--------|
| 1. | Do you often have headaches? | yes/no |
| 2. | Is your appetite poor? | yes/no |
| 3. | Do you sleep badly? | yes/no |
| 4. | Are you easily frightened? | yes/no |
| 5. | Do your hands shake? | yes/no |
| 6. | Do you feel nervous, tense or worried? | yes/no |
| 7. | Is your digestion poor? | yes/no |
| 8. | Do you have trouble thinking clearly? | yes/no |
| 9. | Do you feel unhappy? | yes/no |
| 10. | Do you cry more than usual? | yes/no |
| 11. | Do you find it difficult to enjoy your daily activities? | yes/no |
| 12. | Do you find it difficult to make decisions? | yes/no |
| 13. | Is your daily work suffering? | yes/no |
| 14. | Are you unable to play a useful part in life? | yes/no |
| 15. | Have you lost interest in things? | yes/no |
| 16. | Do you feel that you are a worthless person? | yes/no |
| 17. | Has the thought of ending your life been on your mind? | yes/no |
| 18. | Do you feel tired all the time? | yes/no |
| 19. | Do you have uncomfortable feelings in your stomach? | yes/no |
| 20. | Are you easily tired? | yes/no |

Anexo 14 - SRQ-20 (Versão português)

Questão	Sim	Não	Pontuação
<i>SRQ-20</i>			
1. Sr(a). tem dores de cabeça com frequência?			
2. Tem falta de apetite?			
3. O(a) Sr(a). dorme mal?			
4. O(a) Sr(a). fica com medo com facilidade?			
5. Suas mãos tremem?			
6. O(a) Sr(a). se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?			
7. Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?			
8. O(a) Sr(a). não consegue pensar com clareza?			
9. Sente-se infeliz?			
10. O(a) Sr(a). chora mais que o comum?			
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?			
12. Acha difícil tomar decisões?			
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?			
14. O(a) Sr(a). não é capaz de ter um papel útil na vida?			
15. O(a) Sr(a). perdeu interesse nas coisas?			
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?			
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?			
18. O(a) Sr(a). se sente cansado(a) todo o tempo?			
19. O(a) Sr(a). tem sensações desagradáveis no estômago?			
20. Fica cansado(a) com facilidade?			
Total:			

Anexo 15 – SRQ-20 (Versão crioulo)

Questão	Sim	Não	Pontuação
SRQ-20			
1. Bu tá tene dor de cabeça manga de bias?			
2. Bu tene falta de apetite? Bu ká tá consigui comê?			
3. Bu tá durme mal?			
4. Bu tá fica com medo mais rápido?			
5. Bu mon tá firmi?			
6. Bu tá sinti raiva ou bu tá preocupado?			
7. Ora que bu cume bu tá sinti bariga pisado?			
8. Bu ká tá consigui pensa muito?			
9. Bu ká tá sinti feliz?			
10. Bu tá tchora tchiu?			
11. Bu gosta di kussas que bu ta fasi todo o dia?			
12. Bu acha que é difícil toma decisão?			
13. Bu acha que é difícil pa fáci bu tarbadju?			
14. Bu acha koma abó importante pa bu familia?			
15. Bu ka ta tene vontade de binca? Ou de fá nada?			
16. Bu acha kuma bu ka bali?			
17. Bu chiga de pensa matá cabeça?			
18. Bu tá sinti cansado todo o dia?			
19. Bu tá sinti kosas na kurin na bariga?			
20. Bu tá fica cansado rapido?			
Total:			

Pontuação:

- O escore é a soma do somatório de cada resposta afirmativa que pontua 1.
- As negativas não pontuam nada.
- O ponto de corte é 7 para o SRQ-20

lhe consiga fazer compreender... O senhor sabe o que é o *amok*?

— *Amok*?... Creio recordar-me... é uma espécie de embriaguez... entre os malaaios.

— É mais do que embriaguez... é loucura, uma espécie de raiva humana, literariamente falando... uma crise de monomania assassina e insensata, à qual uma intoxicação alcoólica não se pode comparar. Eu próprio, durante a minha permanência ali, estudei alguns casos— quando se trata dos outros, a gente é sempre perspicaz e muito positiva—, mas sem nunca poder descobrir o medonho segredo da sua origem... A causa, é, sem dúvida, o clima, esta atmosfera densa e asfíxiante que oprime os nervos, como uma trovoadas, até que eles acabam por descarregar...

O *amok*... sim, o *amok*, eis o que é: um malaio, seja embora o melhor homem, mais cheio de doçura, absorve a sua bebida... está para ali apàticamente sentado, indiferente e sem energia... tal como eu estava sentado no meu quarto... De súbito, levanta-se, pega num punhal e sai para a rua... corre sempre em frente, sem saber para onde... e quem passa no seu caminho, homem ou animal, ele abate-o com o seu *keriss*, e o cheiro do sangue torna-o ainda mais violento... Enquanto corre, os lábios enchem-se-lhe de baba e urra como um possesso... mas corre... corre sempre... sem ver nada do que lhe fica à direita ou à esquerda, correndo sempre, soltando o seu grito penetrante e segurando na mão, durante essa correria, o *keriss* ensanguentado... As pessoas da aldeia sabem que nenhum poder, no mundo, consegue fazer parar esse homem assaltado por uma crise de loucura sanguinária... e quando o vêem, gritam, o mais longe que podem, a sinistra palavra: «*Amok! Amok!*» e todos fogem... Mas ele, sem nada ouvir, prossegue na sua carreira, correndo sem ver ninguém e continuando a matar quem encontra... até que o abatem também, como um cão danado, ou cai inanimado, espumando...

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

diagnosticados, no interior daquela sala de conferências caótica, sob os auspícios de Robert Spitzer, que por sua vez fora buscar a informação a pioneiros das listas de verificação como Bob Hare.

– Dê-me alguns exemplos – pedi-lhe.

– Oh... – agitou o braço no ar, como que a dizer que havia um número infindável. «Perturbação de *Stress* Pós-traumático. Perturbação de Personalidade *Borderline*, Perturbação de Défice de Atenção...»

E havia também o Autismo, a Anorexia Nervosa, a Bulimia, a Perturbação de Pânico... cada uma das quais, uma perturbação novinha em folha, com a sua própria lista de sintomas.

Aqui está, por exemplo, parte da lista de verificação de Perturbação Bipolar, tal como surge no DSM-IV:

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, prolongando-se por uma semana, pelo menos.

Autoestima inflacionada e sentido de grandiosidade.

Necessidade de dormir diminuída (p. ex., sente-se descansado ao fim de apenas três horas de sono).

Mais falador do que o habitual, ou pressão para continuar a falar.

Envolvimento excessivo em actividades agradáveis com elevado potencial de terem consequências desagradáveis (p. ex., entregar-se a surtos de consumo desenfreado, atividade sexual extramarital ou investimentos financeiros insensatos).

COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS

Perda de prazer por todas, ou quase todas, as atividades.

Falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente melhor, ainda que de forma temporária, quando alguma coisa positiva ocorre).

Sentimento de culpa excessivo ou inapropriado.

Entre os problemas correspondentes, incluem-se faltar às aulas, insucesso escolar, insucesso ocupacional, divórcio, ou comportamento antissocial episódico.

Anexo 18 - Quadro para a análise quantitativa de dados qualitativos (Ficha Clínica feita em t1)

ANÁLISE QUANTITATIVA DE DADOS QUALITATIVOS (FICHA CLÍNICA feita em t1)

	Biomédico	Psicólogo	Curandeiros	s/tratamento
HISTÓRIA DA QUEIXA ATUAL:				
1. Quando e como é que começou?	Dificuldade em concentrar-se, chora – 1 Quando o marido arranhou amante – 2 Depois do 2º filho morrer – 1 Algum tempo, os pais tratam-na como escrava – 1 Quando o marido casou com outra mulher – 1 A prima foi embora, o namorado já tinha ido – 1 Algum tempo – 2 Foi quando lhe deram um sapato velho - 1	Depois da morte do filho e do marido – 1 Cerca de 3 meses, porque teve de voltar para a Guiné – 1 Cerca de 6 meses – 2 Cerca de 1 mês – 1 A filha morreu e agora o marido deixou-a – 1 Há 4 meses que não vê a filha – 1 Tem tonturas, assustada e medo de morrer – 1 Morte do marido à 6 meses – 1 Marido assassinado, começou a sentir-se só - 1	Desde que o marido começou a dormir fora, cerca de 6 meses – 1 Há 10 anos o marido foi para Portugal e nunca mais deu notícias, tem vivido numa tristeza permanente – 1 O marido bebe e bate-lhe – 1 Inveja da outra mulher – 1 No final do ano morreu um filho com malária – 1 Está casada à 10 anos e não tem filhos, o marido diz que vai casar com outra mulher, mas agora ele foi para Portugal – 1 A filha, que estava grávida foi picada por uma cobra e morreu – 1 Morte do marido – 2	Morte do marido à 2 meses - 1 Cerca de 6 meses – 1 Morte do marido à 4 meses – 1 Algum tempo, fica triste e chora – 1 Sempre foi assim, triste – 1 Morte de mãe e tia à 6 meses – 1 Morte do filho à 1 ano e do sobrinho à 6 meses – 1 Ficou a saber à 3 meses que o pai a tinha prometido em casamento, queria estudar para enfermeira – 1 Soube que o marido tem uma amante – 1 Não sabe, sente-se triste e acorda com medo – 1

			Começou à cerca de 1 mês, tem medo de ser envenenada – 1	
2. Está melhor ou pior?	Melhor - 5 Pior - 5	Pior – 7 Igual – 1 Mais ou menos – 1 Melhor – 1	Pior – 8 Está melhor – 1 Mais ou menos – 1	Pior – 8 Mais ou menos – 1 Igual - 1
3. Está a tomar algum medicamento? (A medicação foi tomada nunca mais de 3 semanas)	Sim, Alprazolam – 4 Sim, Haloperidol e Dialepam – 2 Sim, Amitriptilina – 1 Não – 1 Tomou quando esteve no hospital do Cacheu, não sabe o quê – 1 Já fez mas não sabe o quê – 1	Não – 9 Tem infeção e está a tomar Bactrim - 1	Não. Está a tomar e a lavar-se com djuto dado pelo curandeiro – 1 Só tomou um chá do curandeiro – 4 Chá e orações – 2 Não – 3	Não - 10
4. O que acha da sua doença?	Sentir-se sózinha – 1 Enganada – 1 Foi o desgosto – 2 Ser mal tratada – 1 Feitiço – 3 Tristeza – 1 Raiva - 1	Tristeza - 4 Depressão – 1 É um peso no coração – 1 Anda triste e deprimida – 1 Tem pânico – 1 Vai morrer – 1 Medo - 1	Tristeza – 1 Tem muitas dores no pescoço – 1 Não sabe – 1 A outra mulher é a culpada – 1 Desgosto – 1 Dores no peito – 1 A tristeza está-lhe a comer o coração – 1 Da cabeça – 1 Feitiço – 2	Espírito – 1 Depressão - 1 Coração – 1 Saudades – 1 É uma pessoa triste – 1 Tristeza – 3 Não quer casar – 1 Não sabe - 1
5. Quais as causas?	Estar longe da família – 1 Amante do	As mortes e em especial do marido que foi assassinado –	O marido dorme fora e bate-lhe – 1 Tem medo que	Espírito do marido – 1 Pouco dinheiro e só

	marido – 1 O marido não lhe perdoou – 1 Teve 1 filho sem ser casada – 1 O marido tem amante – 1 Foi a segunda mulher – 1 Foram todos embora estudar e ela não tem dinheiro para ir – 1 Foi dad em casamento – 1 Não sabe – 1 Os espíritos querem que morra – 1	1 Não se adapta à vida em Bissau – 1 Não sabe – 1 Tem vergonha do que aconteceu e tem medo de ter SIDA – 1 A família sofre de hepatite e tem medo que o namorado tenha SIDA e anda a enganá-la – 1 Feitiçaria – 1 Está presa sem culpa – 1 Pode ser feitiçaria da 1ª mulher – 1 Sente-se só - 2	seja um tumor – 1 Não sabe – 2 Inveja da outra mulher – 2 Morte do filho mais novo – 1 Se calhar por causa das dores não consegue ter filhos – 1 Morte da filha grávida – 1 Foi inveja porque o marido era muito bom – 1	come arroz – 1 Tristeza – 1 Os filhos estão no Brasil – 1 A mãe morreu quando era bebé e foi criada por uma tia – 1 Mortes – 2 Por ir casar obrigada – 1 O marido – 1 Deve ser por causa de um rapaz que anda atrás dela - 1
6. Acha que pode ser algum espírito?	Não – 6 Talvez – 2 Sim - 2	Não – 5 Não quer falar sobre isso – 3 Sim – 2	Talvez – 3 Não – 1 Sim, mandado pela outra mulher – 3 Pode ter sido o espírito do pai que o tenha vindo buscar – 1 Pode ter sido mandado pela sogra que não gosta dela – 1 Sim – 1	Sim - 1 Não- 8 Pode ser enviado pela prima que tem inveja - 1
OUTRAS INFORMAÇÕES:				
7. Alguém da família tem	Não – 10	Não – 9 Uma sobrinha sofre	Não – 9 Da parte do	Não – 9 O filho sofria de

doença de cabeça?		de epilepsia - 1	marido mas não sabe o quê - 1	epilepsia - 1
8. Tem receitas antigas?	Não - 8 Sim, os médicos da AMI deram-lhe amitriptilina - 1 Não lhe deram no Cacheu o nome dos medicamentos - 1	Não - 10	Não - 10	Não - 10
9. Bateu com a cabeça?	Não - 9 Sim - 1	Não - 10	Não - 9 Sim, no chão - 1	Não - 10
10. O que é que aconteceu na família ultimamente?	Nada - 2 O marido mandou-a embora - 2 Nada - 1 O marido foi embora - 1 Tentou matar-se - 2 A prima foi para Cabo-Verde estudar - 1 Não quer tomar conta da filha - 1	Nada - 1 Tem de viver na mesma casa que a irmã e o cunhado - 1 Morte do marido - 3 Na família nada - 1 O namorado recusa-se a ir fazer o teste da SIDA - 1 O marido deixou-a porque está sempre a chorar - 1 A vizinha não leva a filha a visitá-la - 1 O marido morreu e teve de ir morar com o tio - 1	A família diz que ela deve aceitar o que o marido fique fora - 1 Nada - 3 O marido ficou desempregado - 1 O marido dá mais atenção à outra mulher - 1 Morte do filho, à 6 meses - 1 Morte da filha grávida, ainda tentaram tirar o filho mas este morreu - 1 Morte marido - 2	Morte do marido - 2 Não consegue arranjar uma bolsa para a filha - 1 A partida dos filhos - 1 Nada - 4 Morte do filho e do sobrinho - 1 Morte do pai - 1
11. Com quem é que vive?	Agora com a irmã - 1 No Centro - 2 Pais e filho - 1 Filhos - 1 Marido, 2ª mulher	Com o filho quando está no campo e com a mãe, irmã, filhos e sobrinhos quando está em Bissau - 1 Marido, irmã,	Marido, filhos, sogra, cunhados e sobrinhos - 1 Filhos - 3 Sogros, marido e filhos - 1	Sogros - 1 Marido e 3 filhos (já lhe morreram 2 filhos) - 1 Com os 2 filhos - 1 Marido - 1

	e filhos de ambas – 1 Mãe, tios e primos – 1 Marido, irmã e filha – 1 Mãe, pai e irmãos – 1 Mãe e irmãos – 1	cunhado, sobrinhos e filhos – 1 Filhas – 1 Mãe, irmã, cunhado e sobrinho – 2 Pais – 1 Filha – 2 Estabelecimento prisional – 1 Tio – 1	Marido, filhos, a outra mulher e os filhos dela – 3 Sogra e cunhada – 1 Sózinha - 1	Marido, 2 filhos e 2 filhas – 1 Marido e filhos – 2 Filho, nora e netos – 1 Pais e irmãos – 1 Mãe e irmãos - 1
12. Alguém toma conta de si?	Irmã – 2 Está num centro – 2 Pais – 1 Filha – 1 Não – 1 Mãe – 3	Não – 3 Marido – 1 Filhas – 1 Família – 2 Pais – 1 Companheiras – 1 Tio – 1	Família – 3 Não - 7	Sogros – 1 Não – 6 Nora – 1 Pais – 1 Mãe - 1
13. Tem algum apoio religiosos ou de amigos?	Irmã e amigas – 1 Amigos e igreja – 2 Não – 5 Filha e igreja – 1 Amigas – 1	Igreja – 3 Ainda não tem amigos – 1 Filhas – 1 Família – 2 Não – 2 Companheiras - 1	Não – 9 Vizinhas - 1	Não – 3 Vizinhas – 2 Amigas/colegas – 2 Vai à igreja - 3
14. Bebe álcool ou usa drogas?	Não - 10	Não - 10	Não - 10	Não - 10

Anexo 19 - Quadro para a análise quantitativa de dados qualitativos (Questionário sobre o Modelo Explicativo da Doença feita em t1)

ANÁLISE QUANTITATIVA DE DADOS QUALITATIVOS (Questionário sobre o Modelo Explicativo da Doença em t1)

	Biomédico	Psicólogo	Curandeiros	s/tratamento
1. Como se chama o seu problema?	Depressão – 2 Tristeza – 4 Não sabe - 3 Raiva - 1	Tristeza – 4 Depressão – 1 Peso no coração – 1 Vergonha – 1 Fobia/pânico – 1 Não sabe – 1 Medo – 1	Tristeza – 3 Tumor – 1 Não sabe – 1 Desgosto – 1 Não consegue ter filhos – 1 Da cabeça – 1 Feitiço - 2	Não sabe – 1 Depressão – 1 Doença do coração – 1 Tristeza – 5 Desgosto – 1 Medo - 1
2. O que pensa que causou o seu problema?	Estar sózinha – 1 O marido – 1 Morte dos filhos – 1 O namorado deixou-a – 1 Traição do marido causada pelos espíritos zangados – 1 A 2ª mulher e a família dela – 1 Estar sempre a pensar – 1 Ser casada – 1 Feitiçaria – 2	Morte do marido – 3 O regresso à Guiné-Bissau – 1 Falta de marido – 1 Foi violada – 1 Quando foi trabalhar com doentes com HIV – 1 Morte da filha – 1 Ter sido presa e não ver a filha – 1 Primeiro pensou feitiçaria agora deixou nas mãos de deus - 1	Marido – 1 Pensar muito – 1 O marido bater-lhe – 1 Inveja – 1 Morte do filho – 2 Deve ser do peito/coração – 1 Feitiçaria - 3	Morte do marido – 2 Não ter conseguido ir estudar para fora – 1 A partida dos filhos – 1 Não sabe – 3 Mortes na família – 1 Não quer dizer – 1 Marido - 1
3. Porque pensa que ele começou quando começou?	Estar longe da família – 1 Não gosta que o marido tenha amantes – 1 Depois do 2ºfilho	Foi ficando triste por estar sózinha – 4 Não consegue adaptar-se a esta vida – 1 Porque não contou a ninguém – 1	Quando o marido lhe começou a bater – 2 Não se lembra – 1 A outra mulher lançou-lhe feitiço – 1	Não sabe – 3 Quando viu que tinha de ficar na Guiné - 1 O coração foi ficando apertado – 1 Pensa que nunca

	morrer – 1 Quando foi abandonada – 1 Inveja dos espíritos – 1 A 2ª mulher não a respeita – 1 Não sabe o que fazer e não gosta de Bissau -1 Antes de casar – 1 Não sabe – 1 Inveja de alguém - 1	Acredita que o namorado tem HIV – 1 Depois da morte da filha – 1 Foi enganada e abandonada – 1 A 1º mulher do marido envenenou-a - 1	Era o único macho – 1 A mãe do marido insiste que ele tenha outra mulher para ter filhos – 1 Alguem lhe quer mal por isso a cobra picou a filha – 1 A 2ª mulher não queria ter casado – 1 Foi inveja da 1ª mulher – 1 Depois de ficar sózinha – 1	mais vê os filhos que foram para fora – 1 O médico diz que são nervos – 1 Depois da 2ª morte de familiares próximos – 1 A 2ª morte foi logo a seguir à 1ª – 1 Quando soube da amante - 1
4. O que é que a doença lhe faz? Como é que isso funciona?	Dificuldade em pensar, concentrar, chorava e dormia mal – 1 Não quis viver mais – 3 Tristeza, chora, coração dói – 1 Tristeza, chora, não dorme – 1 Fica zangada, grita e quer matar o marido – 1 Tristeza, quer dormir sempre – 1 Não quer estar casada - 2	Dorme mal, chora e está sempre triste – 2 Chora e sente-se infeliz pois não gosta de estar em Bissau – 1 Chora e tem medo – 1 Fica ansiosa e chora muito – 1 Desmaia e tem dores no corpo – 1 Não dorme e tem dores no corpo – 1 Sente-se mal – 1 Não trata de si, da casa e chora muito – 1 Aperto no peito - 1	Chora e está sempre triste – 1 Dores no corpo – 2 Chora, grita e sai de casa a correr – 1 Sente-se sempre cansada e chora muito – 1 Muita tristeza – 1 Quer morrer – 1 Tem tonturas, falta de ar, tem medo de morrer e sente o coração pequenino – 1 Não consegue ter filhos – 1 Não tem vontade de tratar dela – 1	Dores no corpo e chora – 1 Dores de cabeça – 1 Sente aperto no coração e fica com falta de ar – 1 Chora – 1 Grita e fica com raiva – 1 Tristeza – 3 Tem ataques de pânico – 1 Pânico e suores de noite - 1
5. É grave? Acha que vai ser um problema curto ou	Vai passar – 1 Sim, não sabe – 5 Sim, já dura à	Não é muito grave, acha que longo – 1 É grave, talvez longo	Não sabe – 3 É - 7	É – 5 Não sabe - 5

longo?	muito - 4	– 6 Espera que não seja grave e que passe depressa – 1 Talvez não – 1 Não sabe – 1		
6. O que é que tem mais medo sobre a doença?	Que demore muito a passar – 3 Que tente morrer – 2 De matar o marido e ser presa – 1 Que o marido não mude – 1 Não tem medo – 2 Sente que vai morrer - 1	Que não passe e não consiga tomar conta dos filhos – 1 Que não passe – 2 Por causa da doença não encontre marido – 1 Não tem medo pois sabe que vai passar – 1 De morrer – 4 De piorar – 1	Que não passe – 2 De morrer – 7 Ficar doida - 1	Que os sogros a mandei de volta para os pais e lhe tirem os filhos – 1 Ficar paralisada – 1 De morrer – 1 De morrer e não ver mais os filhos – 1 Que a cabeça rebente – 1 De ficar para sempre assim – 1 Que não passe – 1 De morrer de falta de ar – 1 Às vezes falta ao trabalho – 1 A mãe zanga-se com ela - 1
7. Quais os problemas mais graves que a doença lhe causou?	Teve de voltar à Guiné e perdeu o ano – 1 Teve de deixar os filhos – 1 Perder o emprego – 1 Grita muito – 1 Não trabalhar – 1 O marido e a família zangam-se com ela – 1	Falta de vontade para tratar da terra – 1 Problemas com o marido – 1 Faltar ao trabalho – 1 Não quer sair tem faltado às aulas - 1 Teve dois abortos e pensa que foram devido à doença – 1 O marido deixou-a – 1	A família do marido quer que ele a deixe – 2 Tem medo – 1 Que o marido a mate – 1 O marido não dorme com ela – 1 Não consegue tratar da casa – 1 Tristeza – 2 Ficar sem marido –	Dificuldades com os sogros – 1 Tem faltado ao trabalho – 2 Não sabe – 3 Grita com o marido e com os filhos – 1 Dorme mal e treme – 1 Tristeza – 1 Não consegue estudar - 1

	Não ir à escola – 1 O marido bate-lhe e atirou com a filha ao chão – 1 Não consegue estudar – 1 A mãe está sempre zangada com ela - 1	Não dorme – 2 Os filhos não vão à escola – 1 Não tratar dos filhos - 1	1 O marido ameaça mandá-la embora – 1	
8. Que tipo de tratamento acha que precisa? Quais os resultados mais importantes do tratamento?	Medicação e um sentido para a vida – 4 Tratamento também com djambakó – 1 Tratamento também com marabout – 1 Gostava de ter um medicamento mas sente-se mal com eles – 1 Ficar só durante um tempo – 1 Quer voltar à escola – 1 Não sabe - 1	Alguém que a oiça – 3 Encontrar um marido – 1 Que lhe dê confiança – 1 Algum medicamento – 2 Encontrar um sentido para a vida – 1 Não vê futuro – 1 Ficar boa - 1	Ficar curada – 1 Que lhe tirem os pensamentos da cabeça – 1 A fizeram cerimónia para o marido encontrar emprego – 1 O chá que está a tomar está a fazer efeito sente-se melhor – 1 Já foi pedido ao <i>irã</i> a sua proteção e sente-se ligeiramente melhor – 1 Tem feito as orações e tomado o chá mas não se sente melhor – 1 Não sabe – 1 A água do <i>irã</i> vai curar, já se sente melhor – 1 Um contra feitiço – 1 Já mataram uma cabra, agora vai melhorar – 1	Não sabe – 7 Arranjar um 2º emprego – 1 Devia de ir ao médico – 1 Dormir - 1