



**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**Atenção e Reinserção Sócio-familiar de Doentes Mentais na
Cidade de Maputo**

Castigo Xadrique Matlhombe

Supervisor: Prof. Doutor Cristiano Matsinhe

Maputo, Agosto de 2025

Dissertação submetida ao Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre por cursar o Mestrado em Antropologia Social

O supervisor

O presidente

O oponente

Mestrando: Castigo Matlhombe

Maputo, Agosto de 2025

Declaração

Declaro que esta dissertação é o resultado de uma pesquisa original. Que ela é produto da minha investigação, razão pela qual indico, ao longo do trabalho bem como nas referências bibliográficas, as fontes de informação que usei para a sua elaboração. Declaro, igualmente, que o presente trabalho nunca foi apresentado, anteriormente, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

Declarante:

Castigo Matlhombe

Maputo, Agosto de 2025

Dedicatória

Para todos os que sempre me incentivaram a continuar nesta difícil caminhada.
Em especial, os meus pais (em memória) Cecília e Xadrequê, pelo apoio incondicional.

Agradecimentos

Os meus agradecimentos vão a Deus, onipotente, onisciente e onipresente, a Ele, devo toda a minha gratidão por me conceder a vida e o entendimento para a realização deste trabalho, pois sem Ele, nada sou.

Ao meu estimado supervisor, Prof. Doutor Cristiano Matsinhe, pela paciência, atenção, sabedoria e perspicácia na orientação deste trabalho. Reconhecendo que o seu apoio, suas críticas, bastante construtivas, e orientações foram fundamentais para tornar possível a concepção deste trabalho.

O meu muito obrigado, aos docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, especialmente aos do MAS, o meu muito obrigado, pela instrução na ciência e educação em valores, sendo que estes conhecimentos e valores foram essências à minha formação como pessoa e profissional.

A minha gratidão é extensiva a todo o pessoal do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, pelo acolhimento, em todos os momentos da realização da pesquisa. Agradeço, de igual modo, a todos os utentes daquele estabelecimento, em especial àqueles que serviram de fonte para o meu entendimento sobre atenção e reinserção sócio-familiar de pacientes com doenças mentais.

Aos meus colegas do curso de Mestrado em Antropologia Social, turma de 2020, meus companheiros de jornada, na partilha de experiências e conhecimentos e, acima de tudo, pelo carinho e respeito durante a convivência nesta formação.

A minha profunda gratidão, aos meus pais Xadrique Matlhombe e Cecília Matlhombe, pelo cuidado, carinho, amor e atenção que sempre tiveram para comigo, este apoio foi o alicerce, em todos os momentos da minha trajectória académica, até à realização deste trabalho.

A todos os meus familiares e amigos, pelo apoio e admiração que sempre tiveram por mim.

Resumo

Este estudo procura compreender a conexão entre a atenção e reinserção sócio-familiar de pessoas com doenças mentais na cidade de Maputo, analisando como as políticas públicas enfrentam o desafio de atendê-las de maneira integral e respeitando as suas singularidades. O seu objectivo é delinear, na visão dos sujeitos com doenças mentais, como a atenção e reinserção sócio-familiar, a partir das políticas públicas, consideram as suas especificidades de demandas e necessidades e como essas proposições se efectivam, ou não, na provisão de um serviço de saúde mental. Para a realização deste trabalho, adoptou-se a metodologia qualitativa. Realizou-se um trabalho de campo, num Centro de Reabilitação Psicossocial, que se dedica ao atendimento do grupo alvo do presente estudo, em que se privilegiou o método de observação estruturada. Além da observação estruturada, entrevistas e depoimentos recolhidos, resultaram em dados. Outrossim, levantou-se informações na literatura científica acerca da temática. O argumento central do presente estudo é de que não obstante os avanços das políticas públicas e movimentos sociais, estes não amplificam o cuidado nem inserem todos os indivíduos com doenças mentais nas políticas sociais. A análise dos dados produzidos conduz à compreensão de que a inviabilidade de acesso e as dificuldades técnicas no atendimento dos indivíduos com doenças mentais, nas instituições públicas de saúde mental, fazem com que eles, em sua maioria, na cidade de Maputo, raramente, procurem ajuda nos serviços públicos, buscando, com frequência, os serviços de assistência social.

Palavras-chave: Saúde mental, Reabilitação, Políticas públicas, Reinserção social, Etnopsiquiatria.

Abstract

This study seeks to understand the connection between care and socio-family reintegration of people with mental illnesses in the city of Maputo, analyzing how public policies face the challenge of serving them in a comprehensive way and respecting their singularities. Its objective is to delineate, from the point of view of subjects with mental illnesses, how socio-family care and reintegration, based on public policies, consider their specificities of demands and needs and how these propositions are effective, or not, in the provision of a mental health service. To carry out this work, the qualitative methodology was adopted. Fieldwork was carried out in a Psychosocial Rehabilitation Center, which is dedicated to the care of the target group of the present study, in which the structured observation method was privileged. In addition to structured observation, interviews and testimonies collected resulted in data. Furthermore, information was collected in the scientific literature on the subject. The central argument of the present study is that, despite the advances in public policies and social movements, they do not amplify care or include all individuals with mental illnesses in social policies. The analysis of the data produced leads to the understanding that the unfeasibility of access and the technical difficulties in the care of individuals with mental illnesses in public mental health institutions mean that most of them in the city of Maputo rarely seek help in public services, often seeking social assistance services.

Keywords: *Mental health, Rehabilitation, Public policy, Social reintegration, Ethnopsychiatry.*

Lista de Abreviaturas e Siglas

AD	Análise de Discurso
AVVI	Associação Vanghano Va Infulene
CRPS	Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas
CERPIJ	Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil
DM	Doença Mental
DSM	Departamento de Saúde Mental
EPASM	Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental
FNM	Formulário Nacional de Medicamentos
GdM	Governo de Moçambique
HCM	Hospital Central de Maputo
LOLE	Lei dos Órgãos Locais do Estado
LPDM	Lei de Protecção do Doente Mental
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PISMSEGC	Plano para Intervenção de Saúde Mental em Situações de Emergência e Grandes Calamidades
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSM	Programa Nacional de Saúde Mental
PP	Políticas Públicas
RNCCISM	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
RNSM	Reunião Nacional de Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Representações Sociais
SM	Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSM	Serviços de Saúde Mental

Índice

Declaração	iii
Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Lista de Abreviaturas e Siglas	viii

I CAPÍTULO

1. Introdução

1.1. Contextualização temática.....

1.1.1. A loucura representada ao longo dos tempos

1.1.2. Uma visão da saúde mental na África Austral: do colonialismo à actualidade.....

1.1.3. Uma visão do Sistema de Saúde Mental em Moçambique

1.2. Objecto do estudo

1.3. Objectivos do estudo

1.3.1. Objectivo geral

1.3.2. Objectivos específicos

1.4. Identificação do problema

II CAPÍTULO

2. Enquadramento conceptual e teórico

2.1. Base conceptual

2.1.1. Loucura? Deficiência mental ou intelectual? Alienação ou sofrimento psíquico?

Doença ou transtorno mental? – Um debate sempre actual na inclusão das pessoas.....

2.1.2. Políticas públicas

2.1.2.1. Adentrando as políticas públicas moçambicanas

2.1.2.1.1. Políticas económicas.....

2.1.3. Reinserção social

2.1.3.1. A reinserção e reintegração social em Moçambique

2.1.4. Família

2.2. Enquadramento teórico.....

2.2.1. A teoria das representações sociais

2.2.2. A abordagem da psicopatologia fenomenológica.....

III CAPÍTULO	45
3. Metodologia da pesquisa	45
3.1. Enquadramento metodológico	45
3.2. O trabalho de campo	49
3.2.1. As entrevistas	51
3.2.2. A observação estruturada	54
3.2.2.1. As fotografias	57
3.2.3. A análise de discurso	58
3.2.4. Comodidade e constrangimentos do trabalho de campo	62
3.2.5. Sujeitos da pesquisa	65
IV CAPÍTULO	66
4. Apresentação e interpretação dos resultados	66
4.1. A Cidade de Maputo	67
4.1.1. Localização geográfica	67
4.1.2. Dados etno-históricos	68
4.1.3. População	69
4.1.4. O Bairro das Mahotas	69
4.1.5. Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas – o campo da pesquisa	69
4.1.5.1 Assistência clínica e terapêutica	71
4.1.5.2. Unidade de Reabilitação Infantil S. Bento Menni	71
4.1.5.3. Unidade de Reabilitação de Adultos S. João de Deus	72
4.1.5.4. Equipa	72
4.1.5.5. Parcerias e protocolos	72
4.2. Encontrando os sujeitos da pesquisa	73
4.2.1. A visita à escola: por uma interacção com a comunidade	79
4.2.2. A visita às famílias dos pacientes: encontros inesperados	81
4.3. A família como cuidadora da pessoa em sofrimento psíquico	87
4.4. Trabalho assistido e geração de renda: quando a reinserção dá frutos	90
4.5. Da exclusão ao estigma social	95
Considerações finais	99
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS	i

I CAPÍTULO

1. Introdução

Na sociedade moçambicana, a condição de doente implica um certo grau de isenção das responsabilidades habituais, porém, é-lhe exigido que faça todos os esforços para melhorar, nomeadamente, que procure a ajuda adequada junto dos profissionais de saúde. No entanto, no caso dos doentes mentais, mesmo isso se torna difícil. É neste contexto que o presente trabalho procura compreender a conexão entre a atenção e reinserção sócio-familiar de pessoas com doenças mentais, que vivem na cidade de Maputo, analisando como as políticas públicas enfrentam o desafio de atendê-las, de maneira integral, e respeitando as suas singularidades.

Não há como falar nesse assunto, sem lembrar dos determinantes sociais de saúde. Considerando que as pessoas são influenciadas por factores sociais, psicológicos e biológicos, é possível inferir que a saúde mental pode ser prejudicada por factores como a marginalização social, o estilo de vida e de trabalho e a exposição à violência (OPAS, 2018). Aqueles que estão mais sujeitos a agravos, como os doentes mentais, fazem parte das chamadas populações vulneráveis.

O maior desafio deste estudo é que ele explora a saúde como algo mais do que apenas uma questão médica, destacando a sua importância social e cultural, que pode ser interpretada de diferentes maneiras, dependendo do indivíduo e da sociedade.

Para Santos (2011), apesar da saúde mental ter sido estudada desde a Idade Média, ela sempre foi predominantemente considerada como sendo do domínio da psicologia. Isso resultou na escassez de estudos relacionados à saúde mental nas Ciências Sociais e, consequentemente, na Antropologia. Nos últimos anos, começaram a emergir preocupações com a questão da doença mental: a vulnerabilidade dos doentes mentais, a insuficiência de apoios na comunidade, a importância do trabalho multidisciplinar, a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (SSM), de entre outras. Os estudos antropológicos específicos sobre a problemática da Saúde Mental (SM) e sobre as instituições de assistência psiquiátrica são quase inexistentes, no nosso país. É com base nessa lacuna de conhecimento, especificamente em Moçambique, que surgiu o meu

interesse em investigar a saúde mental, uma vez que se trata de um problema social sujeito a interpretações e reações sociais variadas.

Este trabalho, que resulta de uma investigação para a obtenção do grau de mestrado em Antropologia Social, discorre sobre a problemática da saúde mental, na cidade de Maputo. A apresentação dos resultados do mesmo está organizada em quatro capítulos: no primeiro, para além da presente introdução, procuro contextualizar a pertinência do estudo, fazendo referência aos objectivos bem como ao levantamento do problema;

No segundo capítulo, apresento o quadro conceptual e teórico da pesquisa. Procuro denotar o entendimento que se deve ter dos principais conceitos utilizados ao longo do trabalho. Mostro, igualmente, o quadro teórico adoptado para este estudo;

Descrevo a metodologia de investigação, no terceiro, e indico as fases do estudo, os instrumentos de recolha de dados e as dificuldades enfrentadas no trabalho de campo;

Uma breve apresentação do local do estudo é feita no quarto capítulo; igualmente, caracterizo a população alvo bem como interpreto e discuto os resultados encontrados neste estudo. Por fim, apresento algumas considerações finais, que me pareceram pertinentes para a problemática em questão.

1.1. Contextualização temática

1.1.1. A loucura representada ao longo dos tempos

Nesta parte do trabalho, apresento uma breve revisão da literatura acerca do objecto de estudo, a fim de contextualizá-lo historicamente. Ressalta-se que, a revisão da literatura, constitui fundamento importante, para se aproximar do conhecimento produzido na área e avaliá-lo em busca de aprofundamento. Não obstante a limitante de a revisão literária focar somente no material escrito, sem olhar para as dinâmicas da sociedade estudada, ela torna-se relevante à medida que passamos a saber o que já foi escrito sobre um determinado assunto, de modo a tomarmos uma posição. Tal como afirmam Lakatos e Marconi (2003), a citação das principais conclusões a que os outros chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atitudes. Portanto, a fase da revisão da literatura foi caracterizada pelo registo e resumo de alguns textos que abordam questões relacionadas com o tema da

pesquisa e a actualização de assuntos que ocorreram no contexto da realização da pesquisa.

Para Melman (2008), os mecanismos de incorporação social da doença mental só são perceptíveis numa perspectiva longitudinal. A história da psiquiatria tem a ver com a evolução dos conceitos de loucura, considerada como um fenómeno sobrenatural, imprevisível e sem tratamento e, por isso mesmo incompreensível, para passar a ser um fenómeno natural, uma doença, objecto de um estudo científico.

Conforme Foucault (2006), a doença mental, da forma como a identificamos hoje, é uma construção histórica e não um “facto natural”¹ como se pode supor, em um primeiro momento. Ao longo do tempo, a história tem demonstrado não ser linear. O autor deixa claro que “a loucura não é um objecto natural, existente desde a aurora dos tempos e esperando para ser entendido pelo homem, mas uma criação do próprio homem” (p. 163). Ainda de acordo com este autor (2000), foi numa época relativamente recente, há cerca de 300 anos, que o Ocidente concedeu à loucura um *status* de doença mental; situando-a, portanto, no âmbito das questões médicas. No entanto, isto não significa que em épocas anteriores não houvesse nenhum tipo de preocupação com a loucura. Foucault (2000), relata que, desde a medicina grega, uma certa parte da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia e as práticas que a ela se relacionam. Muitos hospitais da Idade Média, como o Hotel-Dieu de Paris, possuíam leitos reservados aos loucos, frequentemente, leitos fechados da mesma forma que jaulas. No entanto, o tratamento médico da loucura era limitado às formas que se julgavam curáveis como frenesis, episódios de violência ou acessos melancólicos.

No século XV, abriram-se, na Espanha, em Saragoza, depois na Itália, os primeiros estabelecimentos reservados aos loucos onde eram submetidos a um tratamento, inspirado, em grande parte, na medicina árabe. Mas, eram práticas localizadas. “A loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um, uma experiência quotidiana que procura mais exaltar do que dominar” (Foucault, 2000, p. 78). Por exemplo, a França, no começo do século XVII, ainda demonstrava certa tolerância em relação à loucura ao reverenciar alguns loucos, que se tornaram célebres como artistas. No entanto, a partir de meados do século XVII, verificou-se, em vários países da Europa, uma diminuição da tolerância em

¹ As aspas são minhas.

relação à loucura. De acordo com Foucault (2004), uma data para servir de referência é o ano de 1656, em função do decreto de fundação do Hospital Geral, em Paris, na França. A instituição foi formada a partir da reunião, sob uma administração única, de diversos estabelecimentos que já existiam com outras finalidades. Rapidamente, as principais cidades da França passariam a ter o seu hospital geral; bem como, muitos outros países da Europa passariam a terem as suas casas de correcção iniciando o que Foucault (2004) denomina a grande internação. Além dos loucos, passaria a ser abrigada, nestas instituições, uma série de outros indivíduos como os inválidos e velhos pobres, os mendigos, os desempregados, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real queriam evitar o castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infracção, enfim, todos aqueles que cometeram actos não compatíveis com a ordem da razão e da moral vigentes na sociedade. Os indivíduos eram admitidos nestas instituições, não para serem tratados, mas porque “não se pode mais fazer parte da sociedade” (Foucault, 2000, p. 79). Para Foucault (2004), o internamento atingiu grandes proporções: em Paris, poucos anos após a inauguração do Hospital Geral, de cada 100 moradores da cidade, um já havia sido internado ou estava numa casa de internamento.

Dessa forma, o internamento como política pública voltada para o social evidencia os valores da nascente sociedade capitalista. O traço comum, entre todos aqueles que eram enviados para as casas de internamento, ou seja, os loucos, os vagabundos, os idosos, os portadores de alguma deficiência física, era a incapacidade de participar da produção, circulação e acumulação de riquezas. Deste modo, as casas de internamento eram locais onde se procurava uma reeducação ética e moral para o trabalho, imperando o trabalho obrigatório, ainda que não produtivo. Para Desviat (1999) e Foucault (2004), o internamento foi uma das respostas do século XVII aos graves problemas económicos e sociais que afectaram o mundo ocidental naquele momento. Nesse sentido, o internamento atingia um duplo papel: nos períodos de crise, absorvia os desempregados, diminuindo seus efeitos sociais mais visíveis e fora destes períodos, a produção dos ateliês das casas de internamento contribuía para reduzir os preços.

Essa questão começa nas próprias representações e juízos sociais sobre a doença mental. “A doença mental não se limita a um dos extremos do espectro de racionalidade. Ela reside, frequentemente, num comportamento cujo sentido imediato é perfeitamente evidente, mas que, apesar disso, é considerado perverso, irrealista, despropositado etc.;

trata-se de juízos que ocupam uma espécie de território interior entre a razão e a moralidade” (Ingleby, 1982, p. 100).

Para (Ingleby, 1982), toda a acção, em saúde mental, gira em torno do indivíduo, dos grupos e da comunidade. A doença, como fonte de perturbação e desequilíbrio do ser humano na sua totalidade bio-psico-social, assume uma grande importância em todas as culturas e sociedades e todas elas criam sistemas de protecção contra a doença. Estes sistemas permitem determinar quais os indivíduos doentes, qual a origem da doença e qual a terapêutica adequada para os restituir à vida normal.

1.1.2. Uma visão da saúde mental na África Austral: do colonialismo à actualidade

Em harmonia com Reinhardt (2014), a antropologia, assim como qualquer outra forma de conhecimento – merecedor ou não da alcunha de científico – dá-se no mundo e, portanto, de forma situada e histórica. No caso da antropologia sobre a África Austral, esse vínculo remete, necessariamente, ao processo longo e espinhoso da entrada do continente africano no sistema capitalista mundial, que assume novo vigor com o tráfico transatlântico de escravos, sendo seguido pela conquista colonial.

A delimitação temporal deste subcapítulo foi feita sob influência do trabalho da Gisele Silva Santos². Para esta autora (2016), na África Meridional, a etnopsiquiatria, assim como a sociologia, a antropologia e outras ciências, “compõem o conjunto de disciplinas filhas do processo de colonização da África no século XIX, pelos europeus. Isto significa que foi o neocolonialismo europeu que proveu o cenário social em que essas ciências emergiram. Torna-se impossível, portanto, separar a história dessas disciplinas dos investimentos coloniais” (p. 438).

Para Megan Vaughan, citada por Santos (2016):

Um profundo ‘medo colonial’³ foi a causa principal que propulsionou o financiamento de todas as pesquisas e estudos sobre “a mente dos africanos” por parte das autoridades coloniais. Segundo a autora, esse medo passou a ser mais evidente nos anos de 1930, quando a “desintegração” da estrutura “tradicional” das sociedades africanas ameaçava a prevalência do controle social. Através do governo indireto, as autoridades coloniais e as comunidades

² Professora do Departamento de História da Universidade Paranaense – UNIPAR – campus Cascavel.

³ Nesta citação, todas as aspas são do autor.

européias na África britânica acreditavam que poderiam conter o choque cultural causado pelas mudanças trazidas pelo neocolonialismo se os povos nativos pudessem continuar obedecendo seus líderes tradicionais e seguindo suas regras tradicionais. Os africanos seriam governados pelo costume que, por sua vez, receberia uma legitimação oficial (Santos, 2016, p. 441).

Em harmonia com Reinhardt (2014), o destino da antropologia clássica sobre saúde mental, enquanto partícipe de estratégias imperiais de representação e governo da diferença, na África colonial Britânica, tem sido enfatizado por uma série de trabalhos⁴, com graus variados de sensibilidade para a complexidade das relações de poder. Tal relação adquire tons ainda mais nuançados quando se concebe que, mais que um período pontual de tirania europeia, que felizmente teria vindo a termo com as lutas de libertação, a experiência colonial se deu através de uma série de disputas ideológicas sobre o passado, presente e futuro dos povos africanos – que tiveram sobre eles um encanto duradouro, e nos quais a antropologia tomou e toma parte de diversas formas.

No entender de Santos (2016), na África colonial, definir e categorizar um louco era uma tarefa complexa. A maior parte dos oficiais da colônia permitiam que a maioria daqueles diagnosticados como insanos permanecessem junto de suas comunidades, desta forma, o Estado não teria responsabilidade sobre eles. Todavia, os criminosos insanos eram classificados como uma categoria distinta e, com a finalidade de separá-los do resto da sociedade, foram criados os asilos para lunáticos.

A chamada virada pós-moderna, da qual o livro de Fabian faz parte, indica uma desejável guinada reflexiva no sentido de que a antropologia emergiu e se estabeleceu como um discurso sobre um tempo outro [*allochronic*]; como uma ciência de outros homens em outros Tempos. Tomando a expressão de Gadamer (1998), pode-se dizer que a temporalidade aparece nesses trabalhos como um “horizonte”⁵ para a compreensão mútua. Em meio a fusões e conflitos, alteridade e identidade se articulam de forma produtiva na prática antropológica, fazendo com que a teoria se revele em sua historicidade própria. Sendo um marco desta tendência, o trabalho de James Clifford (1998) toma a etnografia enquanto um gênero literário e questiona a negação antropológica da coexistência no nível da escrita, propondo formas dialógicas e

⁴ Sobre a escola britânica, veja-se Asad, 1973; Kuper, 1983; Fischer, 1983; e Kuklick, 1991; sobre a escola francesa, veja-se Leiris, 1988; Jamin, 1982; e Clifford, 1998: 179-226.

⁵ As aspas são minhas.

polifônicas de representação que destacariam o carácter contingente tanto da cultura quanto da disciplina antropológica.

Desde então, a agenda marcadamente epistemológica e hermenêutica do pós-modernismo tem sido progressivamente aberta e enriquecida pela crítica pós-colonial, adquirindo uma forma política mais robusta e se endereçando criticamente às novas faces do poder ocidental, como os discursos do desenvolvimento (Ferguson, 1994), do multiculturalismo (Povinelli, 2002) e do secularismo (Asad, 2003).

No entanto, a escola britânica tornou-se presa fácil para as forças políticas do seu tempo, especialmente ao negar ao colonialismo qualquer valor teórico e etnográfico. O facto de que “o facto colonial total”⁶ no qual os pesquisadores estavam imersos nunca ter sido analiticamente reconstituído por seus trabalhos testemunha a estranha temporalidade que enquadrava a pesquisa destes antropólogos. Nesse sentido, sua experiência de campo foi marcada por dois tempos justapostos e mutualmente insensíveis: o colonial e o pré-colonial. O surrealismo desta situação pode ser entrevisto em declarações como: “muitos dos analistas recentes têm apontado para as mudanças nos sistemas políticos aqui abordados, levadas a cabo pela conquista e governo coloniais. Se aqui não enfatizamos este aspecto é porque todos os contribuidores estão mais interessados em problemas antropológicos do que administrativos” (Fortes e Evans-Pritchard, 1987, p. 1).

Actualmente, no tocante à saúde mental, na África Austral, há pouca literatura disponível. Chamou-me atenção o Relatório da Organização Mundial da Saúde (2008), que versa sobre a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, numa perspectiva global. No referido Relatório, dois exemplos distintos de boas práticas, na África do Sul, são retratados: o primeiro exemplo, da área de Ehlanzen, na província de Mpumalanga, mostra como os cuidados básicos de saúde mental podem ser prestados através de dois modelos de serviços diferentes – no primeiro modelo, uma enfermeira especialista acompanha todos os pacientes com problemas de saúde mental numa clínica de cuidados primários; no segundo modelo, os transtornos de saúde mental são tratados como qualquer outro problema de saúde e todos os profissionais de cuidados primários tratam pacientes com problemas de saúde mental. É importante ressaltar que as clínicas tentaram implementar um modelo que melhor se adaptasse aos recursos existentes e às necessidades locais. No final de 2002, 50% das clínicas, no distrito de Ehlanzen,

⁶ As aspas são minhas.

ofereciam serviços de saúde mental e, no início de 2007, 83% das clínicas. Os enfermeiros e os pacientes dos cuidados primários estão, geralmente, satisfeitos com o modelo integrativo. Estas conquistas são notáveis porque em 1994, quando o regime do apartheid terminou, não havia serviços de saúde mental na província de Mpumalanga. No entanto, num período de 10 anos, desenvolveu e implementou os primeiros socorros em saúde mental em toda a região.

Outro exemplo, ainda de acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde (2008), vem da área de Moorreesburg, na província de Western Cape. Os enfermeiros de cuidados primários prestam serviços gerais de saúde mental de cuidados primários, e os enfermeiros de saúde mental visitam casos complexos, uma vez por mês, e supervisionam os enfermeiros de cuidados primários. Um psiquiatra regional visita a clínica uma vez por trimestre e um psicólogo oito horas por semana. Um representante de saúde está disponível na clínica todos os dias. Como os pacientes são atendidos na mesma clínica, o acesso à saúde mental melhora e o estigma é reduzido. Os trabalhadores dos cuidados primários estão geralmente satisfeitos com o modelo. Apreciam as visitas regulares de uma enfermeira de saúde mental e de um psiquiatra que proporcionam formação contínua, no próprio serviço, bem como apoio em casos difíceis.

É importante notar que a diversidade destes dois exemplos de boas práticas, dentro do mesmo quadro de política nacional, demonstra que, quando se projectam e implementam serviços de saúde mental, é sempre essencial examinar, com cuidado, os recursos, as opiniões e as necessidades locais, e definir soluções que sejam desenhadas para a situação específica.

Na África do Sul, de acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde (2008), “desde 1997 que os cuidados primários para a saúde mental têm constituído a política oficial do governo nacional. Na sequência da adopção da política nacional, todas as províncias se envolveram na melhoria dos serviços de saúde mental a nível comunitário e na integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Um programa nacional para a formação em cuidados de saúde primários foi desenvolvido para facilitar este processo” (p. 167).

Em Angola, de acordo com Vigário⁷ (2019), a saúde mental está alinhada aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que, de entre outros aspectos preconizam: (i)

⁷ Coordenadora Nacional do Programa de Saúde Mental e Abuso de Substâncias.

abordar a saúde mental em todos os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável; (ii) incluir a saúde mental nos serviços essenciais para a Cobertura Universal de Saúde; (iii) adoptar uma abordagem de saúde pública para a prevenção e promoção; (iv) assegurar a inclusão das pessoas com doença mental; (v) aumentar o investimento em saúde mental; (vi) utilizar os resultados da investigação para impulsionar a mudança; (vii) medir o progresso relativamente aos compromissos existentes.

Vale realçar, concordando com Vigário (2019), que Angola “debate-se com problemas de ausência de uma autonomia financeira (disponibilidade e adequação), recursos humanos especializados para a área assistencial e fraca disponibilidade e acessibilidade de medicamentos” (p. 25).

1.1.3. Uma visão do Sistema de Saúde Mental em Moçambique

Em Moçambique, segundo o MISAU (2006), o primeiro seminário nacional de Saúde Mental foi realizado em Outubro de 1984, já no período pós-independência, com a presença de vários representantes de instituições da saúde e membros das ONGs que operavam em Moçambique no âmbito psicossocial. A análise feita, nesse primeiro seminário, identificou os seguintes problemas na área da Saúde Mental: (i) centralização das estruturas de tratamento; (ii) dificuldades na planificação devido à ausência de dados sobre a prevalência das doenças mentais no país; (iii) carência de recursos humanos, materiais e financeiros; (iv) ausência de sensibilidade para a Saúde Mental, quer ao nível de pessoal de saúde, quer ao nível da comunidade em geral; (v) a instabilidade dos quadros técnicos, na sua maioria, cooperantes estrangeiros e (vi) ausência de colaboração multisectorial.

De acordo com dos Santos (2011):

a saúde mental em Moçambique sempre foi uma área contemplada pelo Governo. Contudo, a assistência prestada aos doentes mentais no país era do tipo reclusiva em que os pacientes foram confinados em manicómios (período colonial), passando, no pós-independência, por uma segunda fase de total libertação dos doentes, seguindo-se um tipo de cuidados em regime semiaberto a partir de 1990, com a participação das comunidades, tendo sempre em vista a reabilitação e reinserção social destes. Para esta autora, actualmente, e depois de terem sido preconizados, no Programa Nacional de

Saúde Mental em 1990, os objectivos referentes à organização e estrutura do serviço clínico e de reabilitação – incluindo a criação de uma rede de atendimento em psiquiatria e saúde mental que deverá englobar serviços de psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social e as suas respectivas áreas afins, bem como outras áreas de saúde em geral – ainda não foram atingidos na íntegra (p. 10).

Dos Santos (2011), citando Mandlhate (1996), afirma que quando Moçambique se tornou independente, o Governo adoptou as ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia⁸, que recomendou o fim das duas unidades de tratamento psiquiátrico mais importantes do país. Os pacientes foram devolvidos às suas comunidades e famílias. Aqueles que não puderam ser reintegrados permaneceram ou foram transferidos para os hospitais psiquiátricos de Infulene e Nampula. Algumas enfermarias psiquiátricas continuam a funcionar nos Hospitais Gerais de Maputo, Beira e Chissui. O legado da era colonial deixou os serviços psiquiátricos e de saúde mental carentes de recursos humanos e de organização, bem como de uma estrutura intermediária para ligar os serviços especializados à comunidade.

O Relatório Anual do Ministério da Saúde (2020), aponta que, no segundo e terceiro níveis, em Maputo, os cuidados de saúde mental estão limitados a uma consulta por semana em três hospitais gerais: Mavalane, Chamanculo e José Macamo. Ao nível dos cuidados especiais (nível quaternário), o Hospital Central de Maputo dispõe, diariamente, de um departamento psiquiátrico e de consulta externa. À luz do Relatório Anual (2021), no Hospital Central de Maputo (HCM), existe o Serviço de Psiquiatria, que recebe, apenas, casos agudos, triados na urgência daquele hospital e que, ou são encaminhados

⁸ Segundo Yusuf (2018) a partir da segunda metade do século XX, começaram a surgir críticas e questionamentos em relação ao tratamento das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, impulsionado, principalmente, pelas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, mas tem repercussões em todo o mundo. Assim, começa o movimento da Luta Antimanicomial, marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce a Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicómios como instituições repressivas, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias.

Moçambique é um dos membros que participou na primeira conferência de promoção da saúde, em 1986, Conferência de Ottawa (OMS, 1986). Nesta conferência, a promoção da saúde foi definida como um processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação dela no controlo deste processo. De acordo com Green e Kreuter (2000), a promoção da saúde é “uma combinação de suportes educacionais e ambientais para acções e condições conducentes à saúde” e educação para saúde é “qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinados a facilitar acção voluntária conducente à saúde” (p. 17). A conferência de Ottawa identificou cinco áreas de acção para promover a saúde que são: políticas de saúde pública, reorientação dos serviços de saúde, fortalecimento da acção comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e criação de ambientes favoráveis.

para o Hospital Psiquiátrico do Infulene ou permanecem neste serviço, quando são passíveis de ser compensados num curto espaço de tempo. No HCM, funcionam, ainda, uma enfermaria de psiquiatria, um serviço de consultas externas de psiquiatria e psicologia e o Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil (CERPIJ).

Há, ainda, o Hospital Psiquiátrico do Infulene, que data ainda do período colonial e que, durante muitos anos, só providenciou cuidados de natureza custodial. No Hospital Psiquiátrico do Infulene, de acordo com Brás *et al.* (2014), “funciona desde 2001, a Associação Vanghano Va Infulene (AVVI). Esta associação é uma organização não-governamental nacional que se ocupa de Saúde Mental, fundada com o objectivo de dar apoio psicossocial às famílias vulneráveis vivendo com pessoas com transtorno mental e de comportamento” (p. 46).

Por sua vez, o Relatório Anual do Ministério da Saúde (2020), avança a existência do Centro de Reabilitação Psicossocial (CRPS), que pertence à Província Portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. O Centro actua em duas áreas de reabilitação: pediatria e saúde mental. O Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil, que atende crianças com várias necessidades, incluindo deficiências, HIV/AIDS e tuberculose. O Centro de Reabilitação para adultos, que cuida de adultos com doenças e/ou deficiências mentais, visando o acompanhamento médico, terapêutico e a reintegração na sociedade. É importante frisar que foi no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas que se desenvolveu a presente pesquisa.

Na revisão bibliográfica acima, fiz uma reflexão teórica de como foi, historicamente, a percepção e conceituação da experiência com a loucura e, conseqüentemente, das formas de agir perante ela. Percebi que a construção histórica do objecto deste estudo é permeada por transformações profundas, dependendo da época em que é analisada. Não obstante o facto de, nos dias actuais, vivenciar-se mais um momento fértil em possibilidades de mudanças, devido a alguns avanços já conquistados, na área da saúde mental, o meu entendimento é de que esse processo não pode ser pensado como simples modificações de estruturas físicas. Concordo com Silveira e Braga (2005), que “é preciso, antes de tudo, que se execute uma reelaboração de concepções, de dispositivos e das formas encontradas para que se possa relacionar com a loucura. Caso contrário, estar-se-á apenas repetindo as relações manicomiais em outros espaços (p. 594). Nesse ponto de vista, é fundamental compreender como a loucura foi construída, ao longo da história, para que seja possível

questionar conceitos estabelecidos e reconstruí-los, de maneira mais alinhada aos interesses das pessoas que recebem cuidados.

No caso da África Austral ressalto que há pouca disponibilidade de informações relativas à saúde mental. Esta questão pode estar relacionada à pouca/falta de disponibilização por parte dos órgãos locais que gerem a área da saúde.

1.2. Objecto do estudo

A atenção e reinserção sócio-familiar de doentes mentais, na cidade de Maputo, constitui o objecto do presente estudo.

1.3. Objectivos do estudo

1.3.1. Objectivo geral

A premissa para o presente estudo assenta na tese de que, não obstante os avanços das políticas públicas e movimentos sociais, estes não amplificam o cuidado nem inserem todos os indivíduos com doenças mentais nas políticas sociais. Neste contexto, o principal objectivo da pesquisa foi de apresentar subsídios para delinear, na visão dos doentes mentais, como a atenção e reinserção sócio-familiar, a partir das políticas públicas, contemplam as suas especificidades de demandas e necessidades e como essas proposições se efectivam, ou não, na prática de um serviço de saúde mental, na cidade de Maputo.

1.3.2. Objectivos específicos

Este estudo é composto pelos seguintes objectivos específicos:

- i) Problematizar a situação de saúde e vida dos doentes mentais, na cidade de Maputo;
- ii) Analisar os desafios de construção de práticas que contemplem as condições existenciais desses indivíduos;
- iii) Averiguar a viabilidade do acesso aos serviços de saúde mental disponíveis, o que se faz fundamental para minimizar o sofrimento dos sujeitos da pesquisa;

iv) Pretende-se, igualmente, e não menos importante, com a consecução desta pesquisa, contribuir-se para o campo da antropologia da saúde e doença, estimulando futuras pesquisas sobre a temática da saúde mental.

1.4. Identificação do problema

Esta pesquisa tem como problema central a constatação de que a magnitude sofrimento e fardo – em termos de incapacitação e custo para os indivíduos, famílias e sociedades – relacionados às doenças mentais foram subestimados até muito recentemente. Segundo a OMS (2001), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais em todo o mundo, mas apenas uma pequena minoria tem tratamento, ainda que elementar. Os doentes mentais transformam-se em vítimas por causa da sua doença e convertem-se em alvos de estigma e discriminação. Dados oficiais⁹ indicam que, em Moçambique, cerca de 75 por cento das pessoas com perturbações mentais não recebem cuidados devidos, muito por culpa da insuficiência de pessoal formado em saúde mental, irrisório orçamento destinado à saúde, no geral e, à saúde mental, em particular, fraca rede sanitária e a não implementação de políticas públicas de saúde mental.

As perturbações mentais aumentam o risco de suicídio. A depressão, esquizofrenia, e a utilização de substâncias incrementam o risco de suicídio. Aproximadamente um milhão de pessoas cometem suicídio, a cada ano. O suicídio é considerado como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, sendo uma das principais causas de morte de jovens e adultos e situa-se entre as três maiores causas de morte na população entre 15-34 anos (OMS, 2001).

Uma em cada quatro famílias tem, pelo menos, um membro com doença mental. Todas as pessoas têm alguém de seu relacionamento próximo – familiar ou amigos – que sofre de algum transtorno psiquiátrico. Frequentemente, os familiares são os cuidadores primários de pessoas com doenças mentais graves, com grande impacto em sua qualidade de vida e na economia doméstica (OMS, 2003).

De acordo com Foucault (2002), em todas as sociedades, existem pelo menos quatro domínios das actividades humanas (trabalho, reprodução da sociedade, linguagem e actividades lúdicas), e sempre existem grupos de pessoas que não realizam certo tipo de

⁹ Portal do Governo de Moçambique (MISAU) - consultado em 18 de Março de 2022.

actividade. No entanto, apenas o louco é excluído de todas essas esferas. Ao considerar os domínios indicados por Foucault, é importante destacar a categoria “trabalho” que, a partir das sociedades industrializadas, se tornou o primeiro elemento para determinar a loucura em um indivíduo. Se o louco não é economicamente activo, é destinado à margem social, como indica Basaglia (2005): o que a produção descarta está doente, o que está doente é separado.

Para Brás *et al.* (2014, p. 45), “tal como em muitos países, Moçambique não é uma excepção. O número de pessoas que vivem ou deambulam nas ruas tem estado a ganhar terreno nos últimos tempos, principalmente nas zonas urbanas, colocando em aberto o problema da pobreza, da degradação dos valores morais e do abandono por parte da família e da sociedade”.

De acordo com o Ministério da Saúde da República de Moçambique, citado por Barros *et al.* (2021), “os serviços especializados para crianças e adolescentes no Programa Nacional de Saúde Mental são quase inexistentes. Por outro lado, é dramática a escassez de recursos humanos a trabalharem na saúde mental por 1.000 habitantes, correspondendo a 0.009,9 o que quer dizer quase nada. As taxas para as categorias de médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais são também excessivamente baixas” (p. 34).

Concordo com dos Santos (2011), na alegação de que embora existam programas governamentais, a assistência em Saúde Mental, em Moçambique, particularmente em Maputo, encontra-se débil, na medida em que, os serviços ao nível clínico debatem-se com a problemática das infra-estruturas, sendo que, actualmente, existem apenas dois hospitais especializados em psiquiatria (Hospital Psiquiátrico do Infulene, na capital do País, Maputo, e o outro na zona norte, em Nampula), dos quais o Hospital Psiquiátrico do Infulene é a maior unidade sanitária do país, mas que possui um número limitado de camas, escassos recursos humanos e com inconstante disponibilidade de psicofármacos. O modelo biopsicossocial ainda não está implementado, integralmente, uma vez que são poucos os serviços que oferecem apoio psicossocial (que inclui a reabilitação e reintegração) para além da intervenção farmacológica. Esta pode ser considerada uma das principais causas de recaídas identificadas em todas as províncias.

Relativo ao retro afirmado, Brás *et al.* (2014), assevera que, em relatórios não oficiais, a nível da Europa, exemplo de Portugal, a Saúde Mental é vista como um caso de Saúde pública. Em Moçambique receia-se que o mesmo fenómeno aconteça a curto, médio

prazo, devido aos vários factores acima citados. No entanto, começam a emergir movimentos associativos que pretendem constituir parcerias com as instituições públicas, para reforçar a capacidade de resposta aos diversos problemas deste quadro. A Associação Vanghano Va Infulene (AVVI), à semelhança do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas – o campo da presente pesquisa – fazem parte deste pequeno grupo.

No Relatório de Revisão do Sector de Saúde (2012), consta que: (i) o MISAU já avançou na elaboração de importantes políticas, estratégias e leis relacionadas aos serviços de saúde, produtos e tecnologias médicas e outras componentes do sector de saúde. Não obstante, observa-se menos progresso na aprovação e implementação destas. Este desafio pode existir em parte devido a questões de organização e estrutura do MISAU; (ii) o uso da informação é um factor determinante da qualidade das informações. A informação fiável sobre o uso de informação nos diferentes níveis do Sistema Nacional de Saúde é escassa. Em geral, observa-se que o uso de informação para a planificação, elaboração de políticas e decisões programáticas ainda é limitado. O MISAU também não dispõe de mecanismos rotineiros para saber o grau, a natureza e a extensão da utilidade dos dados que está a produzir. O uso de informações para a tomada de decisões a todos os níveis do sistema deve ser explicitamente previsto em políticas, estratégias, planos e protocolos.

As constatações do Relatório supracitado levam-me à suspeita de que boa parte dos problemas da saúde, em particular da saúde mental, em Moçambique, podem ter a sua génese nas políticas públicas da saúde. O meu palpite é reforçado por Garrido (2021, p. 71), ao considerar que, “desde 1975, o Governo de Moçambique tem, no geral, delineado boas políticas para o Sector de Saúde, mas o Estado tem fraca capacidade para garantir a implementação de tais políticas”. Para este autor, nas manifestações da deficiente implementação destacam-se: (i) falta de recursos humanos e baixa motivação da maioria dos recursos humanos; (ii) subfinanciamento crónico e gestão financeira deficiente, desde 1975, faltando dinheiro para cobrir quer as despesas de funcionamento (salários, combustíveis para transportes, aquisição de medicamentos e de outros consumíveis etc.) e para as despesas de investimento (construção de novas unidades sanitárias, aquisição de equipamentos etc.); (iii) insuficiente cobertura geográfica, em especial, do seu subsistema mais importante (o Serviço Nacional de Saúde) sobretudo nas áreas rurais, onde vivem cerca de 2/3 dos moçambicanos; (iv) implementação deficiente da Política de Cuidados de Saúde Primários, que dá primazia à promoção da saúde e à prevenção da doença sobre a Medicina Curativa; (v) planificação e gestão ineficientes a todos os níveis e em todos

os sectores, usando metodologias rudimentares que não só contribuem para a fraca qualidade de cuidados de saúde, como também para práticas corruptas protagonizadas por trabalhadores de saúde; (vi) fraca capacidade de regulação dos restantes provedores de serviços pelo Estado, havendo diversas normas de cumprimento obrigatório emitidas pelo Ministério da Saúde que não são cumpridas por alguns provedores de serviços; (vii) corrupção sob várias formas (pp. 71-73).

Com base nestas reflexões surgiu a iniciativa de se compreender ***até que ponto a atenção, a partir das políticas públicas, contemplando as demandas e necessidades dos pacientes com doenças mentais contribui para a sua reinserção sócio-familiar, na cidade de Maputo?***

II CAPÍTULO

2. Enquadramento conceptual e teórico

2.1. Base conceptual

A base conceptual que orienta a realização deste trabalho está assente, sobretudo, nos seguintes conceitos: loucura, doença mental, sofrimento psíquico, políticas públicas, reinserção social e família. No presente capítulo, dedicar-me-ei a tratar sobre os mesmos. De igual modo, explanarei em torno das teorias que guiam o presente estudo.

2.1.1. Loucura? Deficiência mental ou intelectual? Alienação ou sofrimento psíquico? Doença ou transtorno mental? – Um debate sempre actual na inclusão das pessoas

A definição de loucura, concordando com Frayze-Pereira (1984), para além de ser antiga, é igualmente controversa. Médicos, antropólogos e filósofos já se debruçaram sobre o problema da loucura sem que tenham conseguido saber exatamente o que ela é. E isto porque, de modo algum, é um “facto”¹⁰ ou uma “entidade natural”; a loucura é uma questão problemática. Ela é um problema inseparável da questão colocada pelo homem sobre a sua identidade, é no que ele se diz ser, dependendo da imagem ideal que faz de si mesmo, que se apresenta a nós, louco ou são de espírito.

Para Silveira e Braga (2005), a sociedade ocidental contemporânea produz e naturaliza uma visão do sofrimento psíquico como objecto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas. Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”¹¹, com quadros nosológicos claramente delimitados. Sabe-se que essa visão do mundo se arvora em ser “A Verdadeira” e que já foi assimilada a tal ponto que se corre até mesmo o risco do ridículo se tentar apresentar os factos sob outra óptica. Entretanto, “a história mostra que nem sempre foi assim: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal” (Silveira e Braga, 2005, p. 592).

¹⁰ Nesta citação, as aspas são do autor.

¹¹ Ambas aspas são dos autores, na presente citação.

De acordo com Foucault (1979), é o século XVIII que vem, definitivamente, marcar a apreensão do fenómeno da loucura como objecto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura. É o Século das Luzes, onde a razão ocupa um lugar de destaque, pois é através dela que o homem pode conquistar a liberdade e a felicidade. Ocorre valorização do pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico.

Para Caldeira (2015), a Loucura, de acordo com a fase antropológica que Hegel nos desvelou, revela ser o sentimento, a percepção e a experiência de vazio existencial experimentado por um sujeito que, no decurso da relação consigo mesmo, não chega a edificar consciência. A permanência na loucura não acontece necessariamente a todos as pessoas, mas trata-se de um momento inerente e ultrapassável do próprio processo racional de compreensão de si com consequências óbvias na consciência imediata, e portanto, também, com os outros. São fenómenos da experiência imediata, do nível inconsciente, que a racionalidade quer integrar na constituição psíquica, no fundo, a luta pelo controlo e posse de pulsões como a sexual, do temperamento, do carácter e das idiossincrasias. Hegel revelara-o:

“a nossa interpretação de que a desordem mental seja uma forma ou estágio que ocorre necessariamente no desenvolvimento da alma, não implica que todos os espíritos, todas as almas, devem passar por este estado de extremo dilaceramento. Defendendo esta posição, seria tão insensato quanto assumir que, tal como o crime é tratado, na filosofia do direito, como uma manifestação humana, fosse inevitavelmente necessário que qualquer indivíduo fosse culpado dele. Acontecem, regularmente, no ser humano, não na sua forma extremada, mas como limitações pontuais que ele deve ultrapassar no decurso da sua vida” (Hegel, 2012, citado por Caldeira, 2015).

No entender de Frayze-Pereira (1984), a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal. O que significa esse velho “lugar-comum”¹²? “Significa, em última análise, o seguinte: 1) que a relação normal-anormal, saúde-doença, se inscreve na realidade da existência colectiva; e 2) que somente levando-se em conta o conjunto da sociedade, o seu modo particular de constituição interna, é que se poderá chegar a compreender a “doença” concretamente” (p. 23-24). Em conformidade

¹² As aspas são do autor, nesta citação.

com Leader (s/d), as nossas atitudes perante a loucura moldam a nossa reação a ela, tanto em termos de nossas interações cotidianas quanto na escolha das terapias disponíveis.

Concordo com Frayze-Pereira (1984), na afirmação de que quer se conceba o louco como doente, a loucura como a degenerescência do ser humano e, portanto, como ausência de lucidez (ou de conhecimento), quer se encare a loucura como a forma de conhecimento da verdade e o louco como aquele que sabe “olhar o mundo com os olhos da realidade”¹³, tanto num caso, como no outro, “o louco encontra-se excluído do universo comum dos mortais. Qual o sentido desta exclusão? Em que critérios ela se baseia? – são questões que pedem respostas, mas nada fáceis de responder” (p. 12).

Neste estudo, procuro compreender se as políticas públicas contemplam ou não os doentes mentais, na vertente de reinserção sócio-familiar, no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, cidade de Maputo. Tentei aproximar-me desse problema ao mesmo tempo denso e delicado, por não se tratar de uma questão fechada e resolvida teoricamente. A minha tarefa foi, apenas, apontar algumas pistas que, tendo despertado a minha própria reflexão, possam dar margem aos demais pesquisadores ou leitores, para (re)pensarem os seus próprios pontos de vista.

À semelhança de Leader (s/d), ao longo do presente trabalho, refiro-me à “loucura”¹⁴, “deficiência mental ou intelectual”, “alienação ou sofrimento psíquico” e “doença ou transtorno mental” usando os termos indiscriminadamente. Não tenho uma visão relativista – a de que loucura é apenas aquilo que não se encaixa nas normas sociais. Entretanto, reconhecer que existe algo chamado loucura não significa que precisemos aceitar o discurso da saúde e das demais denominações. Embora muitas pessoas experimentem níveis insuportáveis de sofrimento, isso não faz delas “doentes mentais”, por exemplo, já que, simplesmente, não existe saúde mental. Quanto mais exploramos cada caso individual, mais descobrimos que a pessoa aparentemente “saudável” pode ter crenças delirantes ou sintomas que não geram conflito em sua vida e, por isso, não despertam atenção. Cada um de nós enfrenta problemas com os quais lida à sua maneira singular, e aquilo que é rotulado de loucura, doença mental, sofrimento psíquico, transtorno mental etc., na realidade, pode ser um esforço para reagir a essas dificuldades e elaborá-las. Usar esses rótulos não apenas arraiga a falsa dicotomia entre saúde e

¹³ As aspas são minhas.

¹⁴ Na presente citação, todas as aspas são minhas.

doença, como também obscurece o aspecto criativo e positivo dos fenómenos da saúde mental.

2.1.2. Políticas públicas

Para Sousa (2002), a crítica acerca do pensamento comum sobre política é imprescindível ao se ponderar a interface estabelecida com os saberes académicos, cuja construção se dá na incerteza das ciências, na interlocução dialética entre as convergências e divergências para a formulação e/ou reformulação de conceitos, além da construção de um possível campo de estudos para as políticas públicas e suas aplicabilidades.

No contexto da promoção da saúde, é importante cultivar uma perspectiva mais ampla de que o campo é perpendicular ao cerne das necessidades das pessoas, portanto a sua promoção requer, actualmente, uma compreensão das Políticas Públicas (PP) e da sua constante colisão e convergência na busca de modelos que possam responder a demandas sociais inalcançáveis. Nessa construção dual entre o senso comum e o bojo epistémico, o estudo da política pública não está restrito a uma disciplina académica, trazendo à tona o imperativo do entendimento da área como construtora do conhecimento académico em múltiplas disciplinas. Pode-se comprovar essa premissa a partir do desafio que se mostra na apresentação de teorias, métodos e ferramentas únicos para o estudo da temática (Marques e Faria, 2013).

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que sejam políticas públicas. Mead (1995), as define como um campo dentro do estudo da política que analisam o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980), as define como um conjunto específico de acções do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986), segue o mesmo veio: PP são a soma das actividades dos governos, que agem directamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Ao longo das décadas o conceito foi sendo ressignificado. A definição instituída por Thomas Dye (1984), é sempre citada como aceitável quanto ao que seriam as políticas públicas, “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”¹⁵. A afirmação de Dye encontra fundamento no artigo de Bachrach e Baratz (1962), publicado na *American Science Review*, intitulado de *Two Faces of Power*. O trabalho demonstra que a posição do governo de “não se fazer nada” mediante

¹⁵ As aspas são do autor.

um dado problema, pode ser considerado uma maneira de produzir políticas públicas. A definição cunhada por Lasswell, anterior à de Dye e também muito utilizada, surge em forma de provocação: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Essas questões orientariam o estudo do que, de facto, pode ser considerada uma política pública, assim como daria um guia de orientação quanto às questões que necessitariam ser respondidas para uma análise mais elaborada.

Concordando com Marques e Faria (2013), ao trabalharmos com definições de políticas públicas o risco de limitar o papel dessas acções para efetuar quaisquer análises. É entendido que uma política para ser implementada passa por fases e processos sociais. Um embate a respeito de ideias e formas de agir que, por vezes, irão direccionar certas práticas políticas. Uma abordagem teórica conceitual deve prezar por uma visão ampla do processo de constituição e aplicação de uma política pública, com isso observa-se a necessidade de reconhecer a força de grupos quanto à natureza política dessas acções.

Neste trabalho, assumo a definição de políticas públicas tal como Sousa (2002, p. 5), ao considerá-las como sendo “o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo “colocar o governo em acção” e/ou analisar essa acção (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou cursos dessas acções (variável dependente).”

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e acções para a produção de resultados ou mudanças no mundo real (Sousa, 2002).

2.1.2.1. Adentrando as políticas públicas moçambicanas

A Constituição da República de Moçambique (CRM, 2004), no capítulo V, referente aos direitos sociais garante, no artigo 89 e 116, a todo o cidadão, o direito à saúde, asseverando que “o Estado promova a extensão dos cuidados médicos e de saúde e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito”. A Constituição também prevê o direito de “acção popular”¹⁶, segundo a qual indivíduos ou grupos podem abrir um caso judicial em relação a questões como saúde pública, direitos do consumidor e conservação do meio ambiente. O direito à saúde faz parte do chamado grupo de direitos

¹⁶ As aspas são minhas.

fundamentais de segunda geração¹⁷, “os direitos sociais, culturais e económicos”¹⁸, que estão ligados intimamente a direitos de prestações sociais do Estado perante o indivíduo, bem como à assistência social, educação, saúde, cultura e trabalho (Massarongo-Jona, 2016). No entanto, embora a população possa ter esse direito, o seu acesso permanece restrito aos custos directos e indirectos de acesso aos serviços, incluindo a acessibilidade física, factores socioculturais ou benefícios e necessidades percebidos (dos Anjos e Cabral, 2016; Wagenaar *et al.*, 2016).

O governo moçambicano reconhece que a saúde não é uma responsabilidade apenas do sector da saúde. Ela “é citada na agenda de todos os formuladores de políticas para que estejam cientes das decisões que tomam e permitam que a população, a partir de informações consistentes e acessíveis a ela, faça suas escolhas saudáveis” (Madziwa, Angst e Lazzarotto, 2020, p. 4).

A governança do sector de saúde, em Moçambique, está concentrada em três níveis que são o nível central, províncias e distritos, oferecendo serviços de saúde primários, secundários e terciários. O MISAU é responsável pelo desenvolvimento de políticas e estratégias de sector de saúde, coordenação e desenvolvimento de planos, mobilização e alocação de fundos, monitoria dos planos de implementação e o estado de saúde da população, supervisão e auditoria de serviços e coordenação com parceiros nacionais e internacionais (MISAU, 2014).

Conforme Massarongo-Jona (2016), um dos elementos-chave na governação é o desenvolvimento de políticas de saúde e a formulação de planos estratégicos pelo Ministério da Saúde para conceber as intervenções a serem implementadas rumo ao alcance dos resultados desejáveis de saúde.

A actual Política Nacional de Saúde (PNS) – com a Resolução n.º 13/2021, de 16 de Abril, que aprova a Política de Saúde e a Estratégia da sua Implementação e revoga a Resolução n.º 4/95, de 11 de Julho – destaca a saúde como uma pré-condição boa e essencial para

¹⁷ Os direitos Fundamentais são classificados em gerações, sendo os da primeira geração correspondentes aos direitos clássicos civis e políticos; os direitos sociais, económicos e culturais correspondem à segunda geração; os de fraternidade e solidariedade, em que se inclui a paz, meio ambiente, património etc., correspondem à terceira geração e, por último, os da quarta geração, que se referem à institucionalização do Estado Social e compreendem o direito à democracia, à informação e ao pluralismo (Massarongo-Jona, 2016).

¹⁸ As aspas são do autor.

um desenvolvimento sustentável. Em termos gerais, inclui o acesso à saúde pública e a garantia de referência entre níveis de cuidados. Além disso, descreve a interação com o sector comunitário com parteiras tradicionais e agentes comunitários de saúde, especialmente em áreas remotas. No entanto, a política fornece um quadro fraco para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e confere ao sector privado um papel na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos (Ministério da Saúde, Conselho de Ministros, n.d.). De facto, a Política Nacional de Saúde define saúde como um “bem”¹⁹ ao invés de um “direito”, uma ideia que pode influenciar atitudes em relação à prestação de serviços de saúde e sua privatização (Gironés *et al.*, 2018).

De acordo com Gironés *et al.* (2018), o SNS foi criado pela lei 25/91 e foi definido como o conjunto de unidades de saúde, incluindo aquelas nacionalizadas, que dependem do MISAU e contribuem para a prestação de cuidados de saúde à população. Na prática, nem sempre existe uma clara diferenciação entre as funções do SNS e do MISAU. No papel, o SNS desenvolve acções preventivas, de assistência e de reabilitação, utilizando formação e pesquisa como meio para o seu desenvolvimento contínuo.

O actual quadro político estratégico do sistema de saúde é o Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2014-2019, que estabelece dois pilares. Por um lado, (i) ter mais e melhores serviços de saúde com base nos seguintes princípios gerais: acesso, utilização, qualidade, equidade e eficiência. Por outro lado, (ii) uma agenda de reformas em saúde baseada em seis componentes gerais: serviços de saúde, infraestrutura de saúde, liderança e governação, financiamento da saúde, recursos humanos, logística e tecnologia em saúde e, finalmente, informação em saúde, monitoria e avaliação (Ministério da Saúde, 2013b).

Desde 2001, Moçambique tem vindo a implementar o processo de descentralização dos serviços públicos, incluindo o sector da saúde, mas ainda está pouco desenvolvido. A lei que rege o processo é a Lei dos Órgãos Locais do Estado (LOLE) (Lei 8/2003), que esclarece as funções e responsabilidades administrativas dos organismos desconcentrados (Provinciais, Distritais, Postos Administrativos, Localidades e População). Além disso, cria novos serviços ao nível distrital e concede aos distritos autonomia para planificar, fazer orçamento e implementar iniciativas locais. Inclusivamente, estabelece canais para a participação e consulta da comunidade na governação local. Ademais, o Diploma Ministerial n.º 67/2009 de 17 de Abril aprovou as directrizes para a organização e

¹⁹ As aspas são do autor.

funcionamento dos Conselhos Consultivos Locais para assegurar a participação das comunidades locais do processo de planificação e implementação dos planos do desenvolvimento distrital. Também reconhece que o processo da participação comunitária acontece através dos Conselhos Locais nos seguintes níveis: Distrito, Posto Administrativo, Localidades e População. Ao abrigo deste Diploma Ministerial, o envolvimento da comunidade na planificação e implementação dos planos do desenvolvimento distrital deve começar ao nível de base ou local, ou seja, as comunidades devem participar, identificando as reais necessidades colectivas e incorporando-as nos planos de cada distrito. Deve-se assegurar este exercício através da participação activa do cidadão nesse processo (dos Santos, 2011).

No entanto, de acordo com Gironés *et al.* (2018), muitos desafios surgem na formulação e implementação dessas políticas dos planos estratégicos. Quanto à formulação de políticas, verifica-se um controlo escasso e a planificação de programas verticais, o fraco envolvimento de outras partes interessadas na formulação de políticas, a fragmentação entre os processos de desenvolvimento de políticas e planos estratégicos e a existência de leis desactualizadas e obsoletas. Além disso, existem algumas desvantagens no que diz respeito à capacidade de planificação estratégica, tais como a existência de muitos sistemas paralelos de dados, um investimento fraco na geração de evidências e o uso dessas evidências, bem como a colaboração limitada entre o MISAU e outros órgãos nacionais (por exemplo, o Instituto Nacional de Estatística de Moçambique).

Segundo dos Santos (2011), as directrizes para a saúde mental, em Moçambique, estão reflectidas na PNS cuja última revisão foi efectuada em 2007. Neste Documento, estão incluídas as seguintes componentes:

- desenvolvimento da saúde mental nos cuidados primários de saúde;
- recursos humanos;
- envolvimento dos pacientes e familiares;
- advocacia e promoção;
- protecção dos direitos humanos dos pacientes;
- melhoria da qualidade dos serviços; e
- monitorização e avaliação.

Ainda de acordo com a mesma autora, relativamente aos psicofármacos, existe no país um Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) que inclui os psicofármacos essenciais recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Dos Santos (2011), aponta que a segunda Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental (EPASM), que está em curso, foi elaborada em 2006 e aprovada em 2007, aquando da realização da Primeira Reunião Nacional de Saúde Mental (RNSM). Neste documento estão plasmadas as directrizes da PNS e incluem as componentes de:

- recursos humanos e formação;
- organização e prestação dos serviços;
- envolvimento comunitário;
- abuso de substâncias psicoactivas incluindo o álcool e tabaco;
- violência, HIV/SIDA e outros grupos vulneráveis;
- epilepsia, esquizofrenia e outras doenças mentais crónicas;
- advocacia e legislação e direitos humanos;
- investigação;
- financiamento;
- monitorização; e
- avaliação.

A responsabilidade por velar pelo respeito dos direitos humanos dos pacientes é do Departamento de Saúde Mental (DSM). É através do Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) que são realizadas supervisões regulares aos serviços de saúde mental, as revisões dos procedimentos de admissão involuntária e de altas, das reclamações e processos de investigação. É, também, da responsabilidade deste Departamento aplicar sanções sempre que se justifique, pelo que 100% dos profissionais dos hospitais psiquiátricos e 33% dos serviços com internamento psiquiátrico de base comunitária (enfermarias de psiquiatria e camas de psiquiatria nos hospitais gerais e provinciais) beneficiam anualmente de formações sobre direitos humanos e saúde mental. Contudo, não existe nenhuma instituição ou órgão independente (externo) que faça inspecções sobre direitos humanos na área da saúde mental (dos Santos, 2011).

Até ao final de 2009 não existia, no país, nenhum instrumento legal ou financeiro de apoio ao emprego, protecção contra a discriminação no trabalho e habitação, para as pessoas com perturbações mentais e de comportamento (dos Santos, 2011).

Não existe legislação específica de defesa dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais e de comportamento. A monitoria e a supervisão destes direitos são precárias e não têm sido feitas por nenhuma entidade independente. Além deste facto, constatei que: (i) o emprego protegido para as pessoas com perturbações mentais e de comportamento não está institucionalizado; (ii) o orçamento destinado às actividades da saúde mental, é uma ínfima parte do orçamento para a Saúde em geral. Muitas actividades planificadas, incluindo aquelas da EPASM não são implementadas por insuficiência de fundos; (iii) uma das principais deficiências do PNSM é a escassez de recursos humanos especializados na área. A cobertura do Programa a nível nacional com equipas multidisciplinares básicas compostas por psiquiatra ou técnicos de psiquiatria, psicólogo clínico e terapeuta ocupacional, é uma meta que ainda está muito longe de ser atingida.

Embora o PNSM contemple várias áreas de acção, que vão desde a formação, prevenção, tratamento e reabilitação, e que são organizadas, coordenadas, e supervisionadas pelo Departamento de Saúde Mental, grande parte da operacionalização dos objectivos previstos nestas áreas de acção obriga a uma coordenação apertada com outros sectores do Ministério da Saúde como é o caso do Departamento de Assistência Médica que é responsável por toda a componente assistencial, desde o nível primário ao quaternário.

As actividades do Departamento de Saúde Mental incluem: (i) a planificação e gestão das actividades do PNSM a nível central e nacional; (ii) a concretização do processo de formação de mais profissionais da área de modo a garantir a expansão dos recursos humanos e maior qualidade e acesso aos serviços de psiquiatria e saúde mental; (iii) a supervisão e monitoria das actividades realizadas pelos profissionais da área; (iv) a realização de trabalhos de investigação e levantamentos epidemiológicos a nível nacional; (v) a conclusão e revisão dos objectivos do PNSM, principalmente no que se refere à Legislação (Elaboração das Leis de Protecção do Doente Mental, Regulamento do Consumo e Comercialização do Álcool, Código Deontológico da Psicologia, Regulamentos de Supervisão da prática clínica em Psicologia e Regulamento da Supervisão dos estágios profissionais em psicologia).

Assim, concordando com dos Santos (2011), posso afirmar que Moçambique tem uma estratégia e Plano de Acção para a saúde mental cujas acções estão plasmadas na Política Nacional de Saúde. Contudo, não existe no país uma Lei de saúde mental. O financiamento para a saúde mental é uma parte ínfima do Orçamento do Estado e está orientado basicamente para os serviços de tratamento. Não existem planos de segurança

social, mas a maior parte da população tem acesso livre aos serviços de psiquiatria e saúde mental e aos psicofármacos.

2.1.2.1.1. Políticas económicas

No seu livro “*A Contribution to the Critique of Political Economy*”, Karl Marx refere que ao considerar a economia política de um dado país, é necessário ter em conta a população, sua divisão em classes, distribuição pela cidade, campo e mar. As questões da economia política estendem-se também aos diversos ramos da produção, a exportação e a importação, a produção anual e ao consumo anual, os preços das mercadorias e outros factores (Marx, 2010).

A Constituição da República de Moçambique consagra um modelo de Economia Mista, pois estabelece os princípios básicos de uma economia de mercado, impondo ou permitindo a regulação pública de alguns aspectos do seu funcionamento e salvaguardando os direitos dos próprios trabalhadores enquanto limites ao poder económico, privado ou público.

Esse modelo de equilíbrio entre a economia de mercado e interesse público e social, projecta-se em vários preceitos da Constituição da República de Moçambique. Assim sendo, para garantir a democracia económica social que é uma das componentes do Estado de direito Democrático (Art. 3 da CRM) – a CRM faz assentar a organização económica, social, financeira e fiscal do país (Art. 96 da CRM). O Estado promove, coordena e fiscaliza a actividade económica agindo directa ou indirectamente para a solução dos problemas fundamentais do povo e para a redução das desigualdades sociais e regionais. O investimento do Estado deve desempenhar um papel impulsionador na promoção do desenvolvimento equilibrado (Art. 101 da CRM).

De acordo com Watyy (2011), destacam-se como objectivos fundamentais do Estado moçambicano com relevância económica os seguintes:

- a) A edificação de uma sociedade de justiça social e a criação do bem-estar material, espiritual e de qualidade da vida dos cidadãos;
- b) A promoção do desenvolvimento equilibrado, económico, social e regional do país;
- c) A defesa e a promoção dos direitos humanos da igualdade dos cidadãos perante a lei;
- d) O reforço da democracia, da liberdade da estabilidade social e da harmonia social e individual.

Não obstante o plasmado na Constituição da República de Moçambique, no vasto conceito de política de Marx, o Estado aparece como sendo uma instituição em que perpetua o poder de dominação do capital sobre o trabalho. De acordo com Chagas (2012), Marx reduz tudo de essencial ao aparelho de Estado, considerando este repressivo e relacionando-o ao poder da classe dominante sobre a classe dominada. O Estado como mecanismo de manutenção das condições sociais de existência e da reprodução desta realidade.

Na mesma linha de pensamento, porém com uma abordagem diferente, as reflexões de Althusser resultaram no ressurgimento do Marxismo e deram lugar a uma nova abordagem relacionada com os aparelhos ideológicos do Estado. Althusser distinguiu o Aparelho Repressivo do Estado (ARE) do aparelho Ideológico do Estado (AIE) pela sua natureza violenta e física, o que ocorre de forma atenuada no caso dos AIE, (Chagas, 2012).

Portanto, os AIE²⁰ são também a base de manutenção da divisão das classes sociais e de reprodução de poder das classes dominantes, deste modo, influenciando e intervindo na produção e outras vertentes micro e macroeconómicas. Estas abordagens reflectem alguns aspectos da realidade da economia moçambicana, em que as relações dos grupos sociais e as alianças políticas do governo conduzem, de certa forma, a política económica do país. As estratégias e opções políticas resultam na reprodução e manutenção do poder das classes dominantes.

Em Moçambique, a perpetuação da divisão de classes e perpetuação do poder da classe dominante ou possuidora sobre a classe não possuidora teve início no processo de privatização, nos anos 80. De acordo com Chivangue e Cortez (2015) o momento decisivo deu-se no 5º congresso, onde se autorizou que os membros da Frelimo, o partido no poder, participassem no sector privado e tivessem a oportunidade de enriquecer. De acordo com este estudo, as elites usaram o poder para beneficiar-se do processo de privatizações, pois este não foi um processo transparente e foi dependente das diferentes ligações políticas que podem ter distorcido preços e informações a favor de interesses individuais ou colectivos.

²⁰ Fazem parte do Aparelho Repressivo do Estado (ARE) as instituições que funcionam através da violência em situações extremas ou similar, como por exemplo Governo, as forças armadas, a polícia, o poder judicial, prisões e outros. Por sua vez, os AIE são constituídos por instituições religiosas, sector educacional, família, contexto jurídico, social, cultural e outros intangíveis, (MARQUES, 2008).

Para Garrido (2021), as instituições têm um papel importante no desempenho do sector da Saúde e, por seu intermédio, no desenvolvimento económico e social de Moçambique. De entre os factores institucionais, destaca-se pela negativa a (in)capacidade do Estado e a sua (não) autonomia face a interesses privados, que resulta, em larga medida, do facto de o Estado estar sob o controle de uma minoria de privilegiados que não dá a prioridade devida às necessidades básicas em saúde da larga maioria da população.

Concordo com Garrido (2021), que se efectivamente se desejar melhorar a prestação de cuidados de saúde a todos os moçambicanos, são absolutamente imprescindíveis alterações nas instituições com influência no sector da Saúde. As medidas de carácter institucional mais importantes são a revisão da Constituição da República, o reforço do Sistema Nacional de Saúde (em particular do Serviço Nacional de Saúde) e a redução da pobreza e das iniquidades económica e social.

2.1.3. Reinserção social

Para Coelho (2002), a noção de reinserção social é, em si, bastante ambígua e imprecisa. Ela ostenta um prefixo de repetição, pressupondo que quem vai ser reinserido já foi, no passado, inserido. Subjacente está uma assunção em três fases, primeiro, que os doentes mentais já estiveram inseridos; segundo que a doença os separou da sociedade e, finalmente, é necessário reinseri-los outra vez no corpo social.

Ferreira (2016), vê a questão de reinserção social como um processo de vinculação activa e efectiva à realidade sócio-económica e cultural que um indivíduo realiza, após um período de isolamento ou marginalização do seu meio e ou após uma crise com esse mesmo meio, para que o indivíduo se insira num meio social adequado, onde possa desenvolver-se como pessoa e cidadão após a sua saída. Disso, conclui que, a reinserção social nutre-se de uma intervenção que promova além do tratamento físico e psicológico, uma autonomia económica, social e uma participação activa na sociedade, desfrutando de direitos e cumprindo deveres de cidadão.

O termo reinserção social, no âmbito do cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é ancorado nos princípios da reforma psiquiátrica, que defende que o tratamento deve ocorrer no contexto de serviços substitutivos com base na criação de novos dispositivos no território (Dalla Vecchia e Martins, 2009). Nesse sentido, reinserção social desponta como uma noção importante para pensar as novas

práticas e o cuidado fora dos muros do hospital, sem excluir o sujeito do seu convívio familiar e comunitário (Frazatto e Sawaia, 2016). De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), a reinserção social está atrelada ao conceito de exclusão que, por sua vez, está relacionado ao acto de privar alguém de determinadas funções. Nesse sentido, a exclusão caracteriza-se pela falta de acesso a sistemas sociais básicos, tais como a família, a moradia, o trabalho, a saúde etc., sendo necessário o processo de reinserção social com a finalidade de reconstrução das perdas e capacitação para exercer o direito à cidadania (Ministério da Justiça, 2012).

De acordo com Frazatto e Sawaia (2016), deve-se discutir a reinserção tendo em vista o histórico social de exclusão da loucura. A sociedade ocidental organizou-se de modo a excluir o que é diferente e, portanto, marginalizou o portador de sofrimento psíquico, criando rótulos e estigmas pejorativos, além da destituição de seus direitos civis. A reforma psiquiátrica tem como proposta devolver tal público aos espaços sociais, através de acções que permitam que essas pessoas se tornem autónomas e sujeitos de suas acções.

Diante disso, não basta somente reinserir: é preciso que haja antes uma reabilitação, ou seja, oferecer ao usuário de saúde mental possibilidades que o capacitem para a vida em sociedade, considerando as diversas perdas sofridas pelo sujeito em decorrência do seu adoecimento. Do mesmo modo, não basta só reabilitá-lo sem proporcionar a ocupação cidadã por parte do louco de seu lugar na sociedade. Nesse sentido, esses dois conceitos devem andar juntos para que sejam realizadas acções profícuas no âmbito da saúde mental (Dalla Vecchia e Martins, 2009).

Nos trabalhos de Paranhos-passos e Aires (2013), Ganev e Lima (2011) e Ferreira (2010), os conceitos de reinserção e reabilitação social são utilizados de forma imprecisa e diversificada, ou como termos sinónimos. Apesar da imprecisão conceitual, tais noções são de extrema relevância para a reforma psiquiátrica, como atestam diferentes artigos. De modo geral, apresentam a reabilitação psicossocial como um operador teórico-prático da reforma psiquiátrica, orientador dos serviços substitutivos, e cujo processo seria de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia, atingindo seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade.

Pitta (1996, *apud* Pinto e Ferreira, 2010), alerta para o reducionismo que esse conceito pode apresentar, tendo em vista que a palavra “reabilitação” pode soar como um retorno à normalidade perdida, o que manteria um diferencial de poder, assegurando a

minorização da loucura. Já a reinserção social é vista como o principal objectivo da reabilitação psicossocial, referindo-se ao convívio do sujeito nas instâncias sociais, possibilitando o processo de trocas.

Considerando que a Reforma Psiquiátrica ainda é recente e se encontra em processo de construção, concordo com Paranhos-Passos e Aires (2013), ao afirmarem que se faz necessário problematizar a reinserção social a partir do olhar dos usuários, os principais sujeitos do processo, com vista a contribuir para uma maior eficácia da rede de saúde mental.

Desse modo, o presente trabalho considera tais conceitos de acordo com a definição apresentada a seguir: a reabilitação psicossocial é “uma estratégia que visa proporcionar a autonomia do portador de sofrimento psíquico para que ele possa actuar com independência nos diversos contextos sociais, exercendo a sua cidadania plena, e direccionando-o à reinserção social. Esta, por sua vez, se refere à possibilidade de convívio do portador com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, através da circulação e ocupação dos espaços sociais” (Id., 2013, p. 6).

2.1.3.1. A reinserção e reintegração social em Moçambique

Na presente parte do trabalho, apresento algumas experiências de Moçambique relativamente à questão da reinserção e reintegração social. A primeira, diz respeito à reinserção e reintegração social de ex-guerrilheiros; a segunda, tem a ver com a reinserção e reintegração social dos reclusos. Das experiências em alusão, objectivo obter algumas ilações que nos possam ajudar na compreensão do processo de reinserção e reintegração social de doentes mentais.

Em harmonia com Costa (2024), com a cerimónia dirigida por Sua Excelência Presidente da República, Filipe Jacinto Nyusi, a 15 de Junho de 2023, em Vunduzi, distrito de Gorongosa, província de Sofala, alusiva ao encerramento da última base da Renamo, chegava ao epílogo o processo de Desarmamento, Desmilitarização e Reintegração – DDR. Seguidamente, avançou-se com a reintegração dos ex-guerrilheiros daquela agremiação.

Vines (2013), citado por Costa (2024), afirma que o processo de reinserção social dos ex-guerrilheiros “registou avanços e recuos e foi criado um Regime de Apoio à Integração

(RSS) cujo objectivo era pagá-los e dispersá-los durante um período relativamente curto para os retirar da equação do conflito. Os ex-guerrilheiros estavam a reintegrar-se muito rapidamente, casaram-se e muitos deles dependiam de rendimento da sua esposa como forma de garantir a sustentabilidade familiar” (p. 2).

Esta ideia de Vines (2013), faz-nos reflectir sobre o processo de reintegração social como um todo, incluído o seu impacto na sociedade moçambicana, após um conflito, os factores que influenciam a sua continuidade e os riscos sociais associados a esse processo.

De acordo com Costa (2024), Isabel Kavandeca, antiga combatente da Frelimo, afirmava que, durante a luta pela independência de Moçambique, houve vários factores a se ter em conta na reintegração. No entanto, para essa, os principais desafios tinham a ver com as vontades das várias partes; não só, como também, os desafios político e material, ou seja, prover meios para que essas pessoas possam trabalhar. Esta conclui que o maior desafio se prende na aceitação das próprias pessoas em as inserir na comunidade receptora, o que não é tarefa fácil (p. 10).

Na mesma senda, Castiano (2020), citado por Costa (2024), analisa a questão de reinserção social como uma situação que tem a ver com questões ético-políticas em torno da liberdade política. Para esse autor, a reconciliação só será possível com a combinação e articulação de dois conceitos, a racionalidades e a razoabilidade de algumas regras democráticas (p.196). Com isso, ele quis dizer que a justiça deve-se basear não simplesmente na razão, mas também na razoabilidade das leis e na sua aplicação em contextos culturais diferentes.

Para Cabral (2006, p. 153), “foi ao nível da família e do colectivo social que se verificou grande parte do trabalho de reabilitação, reintegração e reconciliação das partes afectadas pelo conflito, em particular as crianças e jovens militarizados”.

Coyle (2002, p. 09), aponta que nunca houve tanta convergência de pontos de vista a favor dos direitos humanos e das políticas públicas de reinserção social como actualmente. Ainda assim, “em várias partes do mundo, a retórica não reflecte a realidade. De acordo com o autor, se de facto se pretende superar essa lacuna, deve-se reconhecer que a implementação das normas e das políticas públicas de reinserção social não é simplesmente uma questão de teoria abstracta, mas deve encontrar aplicação prática no trabalho cotidiano dos estabelecimentos penitenciários”.

Na visão de Hawkins (1976), “o trabalho é uma das actividades que as autoridades penitenciárias devem monitorar e avaliar o seu impacto social, atentando-se para a implementação das políticas públicas de reabilitação e reinserção social dos reclusos, e eliminando a ociosidade da população penitenciária” (p. 117).

A Recomendação de 2006 do Comité de Ministros dos Estados Europeus Membros do Conselho da Europa sobre as Regras Penitenciárias afirma que todos os detidos devem ser envolvidos no processo de ensino técnico-profissional de modo a possibilitar a sua reintegração social. A mesma fonte declara que as autoridades penitenciárias devem, para o efeito, trabalhar em estreita colaboração com os serviços e organizações que o apoiam para o acompanhamento dos reclusos pós-prisão, de forma a assegurar a reinserção social dos mesmos.

De acordo com Griffiths e Murdoch (s/d), os programas de reinserção social dos reclusos nos Estados Unidos da América apresentam várias alternativas à pena de prisão, que conectam os reclusos aos serviços e oportunidades através de uma diversidade de actividades profissionalizantes que, quando implementados e avaliados, são bem-sucedidos e menos dispendiosos.

O regulamento interno do Serviço Nacional Penitenciário SERNAP (2014), aponta que “o serviço de penas alternativas à pena de prisão auxilia as decisões judiciais em matéria de prestação de trabalho socialmente útil e na certificação das condições para a reinserção social do condenado” (p. 24).

O artigo 17 do Decreto 63/2013 de 06 de Dezembro aponta que o Serviço de Reabilitação e Reinserção Social é o departamento do SERNAP que deve garantir o ensino técnico-profissional e a reinserção social dos condenados em regime de privação e não privação de liberdade.

A Colectânea de Legislação Penitenciária aponta que a incumbência dos Serviços Penitenciários se organiza em duas vertentes fundamentais: a primeira tem como objectivo contribuir para a protecção da sociedade, através da reclusão e do acompanhamento de todos aqueles que, por sentença judicial, são condenados a penas privativas de liberdade por motivo de cometimento de uma infracção criminal. A segunda consiste no desenvolvimento e promoção de acções com o objectivo de transformar os reclusos, tornando-os cidadãos respeitadores das regras mais elementares da convivência

social através de mecanismos de ensino técnico, ressocialização e reinserção nas comunidades de que são oriundos ou residentes.

O Artigo 12, do n.º 1, da Lei n.º 14/2009, de 17 de Março, que aprova o Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (EGFAE), prevê que um indivíduo condenado a pena maior (acima de dois anos) não pode ter acesso ao emprego na Administração Pública, em Moçambique, o que coloca o recluso condenado excluído do sector público, uma barreira legal imposta pelo Estado, e que contraria as leis do sistema penitenciário. Por este motivo, o sector de reinserção e reintegração social dos reclusos focaliza a formação técnica dos condenados a pena maior, encaminhando-os, no sentido de preenchimento de vagas de emprego disponíveis no sector privado ou da promoção do auto-emprego. Nesta perspectiva, o artigo 291.º, da Lei de Organização Prisional, de 28 de Maio de 1936, recomenda a criação de condições que garantam o ensino técnico aos condenados.

O Diploma Ministerial n.º 130/2002 especifica os métodos e as condições que devem ser implementados, para que se efective o ensino técnico, recomendando a construção e reabilitação das oficinas e parques industriais nos estabelecimentos prisionais. A Lei da Organização Prisional cria, para o efeito, algumas escolas secundárias em benefício dos reclusos, nas seguintes instituições: Cadeia Central de Maputo, Cadeia Central da Beira, Penitenciária Industrial de Nampula, Penitenciária Agrícola Manica, e Centro de Reclusão Feminino de Ndlabela. Contudo, na prática não se verifica o cumprimento dos regulamentos instituídos, ocorrendo uma clara violação dos direitos humanos. O Relatório do Serviço Nacional Penitenciário (2016, p. 37) aponta que “nos estabelecimentos penitenciários moçambicanos não há condições para se tratar da ressocialização”. Ainda de acordo com o documento, “a precariedade das cadeias não oferece condições para o ensino técnico, tão-pouco para a privação da liberdade”.

De acordo com o relatório do SERNAP (2016), nas Cadeias de Ndlabela e Central o ensino técnico teve desde o seu início um lugar de destaque, tendo sido privilegiadas as relações entre elas e as comunidades circunvizinhas com os sectores formal, informal, privado e público. Contudo, verificou-se uma inércia durante algum tempo havendo necessidade de actualização dos níveis e dos cursos ministrados.

Para Siteo (2017), a falta de condições para a materialização das políticas orientadas para o processo de reabilitação e reinserção social, o estado obsoleto do equipamento e das

infra-estruturas, a deficiência no envolvimento das famílias dos reclusos no processo de reabilitação e reinserção social, a falta de um acompanhamento individual dos reclusos no processo de reinserção social, a insuficiência de quadros capacitados para o efeito (tais como professores especializados, juristas, criminólogos, assistentes sociais, psicólogos e sociólogos), a dependência de apoio do Governo e de parceiros, quando registam-se atrasos na disponibilidade de fundos ou de material para o ensino técnico contribuem para que não haja possibilidade de cumprimento das metas pré-definidas.

Sitoe (2017), constatou, igualmente, que “o Estado moçambicano tem sido diligente, mas não o suficiente para garantir as necessidades básicas em matérias de privação de liberdade e reinserção social dos indivíduos, embora constitucionalmente rejeite todos os condenados a penas maiores no seu corpo de agentes e funcionários, o que torna inconstitucional todo o esforço para a empregabilidade dos ex-reclusos neste sector, cabendo apenas ao sector privado o papel de empregador destes” (p. 65).

Apresentei, nos parágrafos acima, duas experiências de reinserção e reintegração social: uma relativa à reinserção e reintegração social de ex-guerrilheiros e outra à reinserção e reintegração social dos reclusos. Da análise das experiências em alusão, denoto que, quando não se observa o devido acompanhamento do ex-recluso, à semelhança do ex-guerrilheiro, pode-se assistir ao descrédito na reabilitação e reintegração destes indivíduos. Esse facto não surge apenas por parte de quem atravessa o processo, mas também é imposto pela sociedade onde o indivíduo se irá integrar, devido a sentimentos que predominam nas sociedades actuais como de desconfiança face a ex-reclusos ou guerrilheiros, segregação e negativismo de que são vítimas.

Na senda do que acima expus, Ekunwe (2011), considera a reinserção como um sistema que orienta o retorno à comunidade após um período de privação de liberdade. Ele salienta ainda não se tratar apenas de libertar os indivíduos, mas que deve significar também que as pessoas estão preparadas para retornar à sociedade. Segundo este autor, a reinserção ultrapassa a simples ideia de reencontro com a família, amigos, e outras pessoas de convivência, pois ela implica vários desafios para a pessoa e os que estão em sua volta.

Infelizmente, embora a legislação pátria “assegure”²¹ a ex-reclusos e ex-guerrilheiros – aqui podemos, igualmente, incluir os doentes mentais – um tratamento humanizado e individualizado, voltado a reinseri-los na sociedade, através da educação, da

²¹ As aspas são minhas.

profissionalização e tratamento humanizado, parece que não conseguiu, ainda, o Estado, cumprir com a sua própria legislação. Acerca disso, Júnior (2023), avança a ideia de que “a (re)inserção social dos indivíduos, na sua maioria, deveria ser um problema não discutido, um falso problema. Um não-problema a partir da altura em que o comprometimento de cada um possa, em primeiro lugar, questionar a essa nobreza estatal da exclusão de muitos e assumidamente considerarmos esses muitos como se fossem poucos, pois não acompanham o discurso de combate à exclusão acções visando tal (re)inserção” (p. 6).

2.1.4. Família

Todo o ser humano possui necessidades para viver e sobreviver: necessidades humanas como habitação e trabalho, necessidades biológicas como a alimentação e necessidades sociais como garantia de direitos, pertencimento social e constituição de rede de relações (Kern, 2001). O ser humano possui uma conotação colectiva e, na sua constituição de sujeito capaz de delinear sua trajectória, relaciona-se com os demais, produzindo as redes de relações.

Dessa maneira, a família é a mais antiga forma de viver em sociedade que a civilização já criou, sendo o primeiro grupo social no qual o indivíduo interage. Quando se reflecte sobre família relaciona-se com um homem, uma mulher e seus filhos, onde na verdade, essa constituição é o início de tudo. Como se sabe, a família se constituiu de diversas formas, pois ela não é sempre a mesma, diferenciando-se de acordo com os costumes de cada país, civilização ou cultura.

A família, em todas as culturas, e também na ocidental, converte-se em uma ponte entre o indivíduo e o colectivo assumindo uma função socializante. É reconhecida não só para a manutenção inicial da vida e sobrevivência, mas também por permitir a protecção, a socialização, a transmissão da ideia de unidade de pertencimento grupal, assim como do capital cultural, económico, constituindo-se enquanto base principal da conformação das relações de género e de solidariedade. Ela se estabelece como um espaço privilegiado de transmissão e produção de projectos e das práticas culturais, responsável pela existência dos seus membros, o que reafirma a relevância do entendimento e interpretação das suas relações internas e externas nos processos de cuidado (Carvalho e Almeida, 2003; Gimeno, 2001).

O conceito de família, universalmente tido como uma instância de reprodução biológica e social, torna-se complexo por todos acreditarem e julgarem saber como classificá-la ao estar tão evidente na prática cotidiana dos sujeitos. No entanto, sabe-se que a “família” se apresenta e manifesta de modos diferenciados através das sociedades, sendo produto de um trabalho socialmente construído (Lenoir, 1998).

As autoras Minayo *et al.* (1999), trazem uma perspectiva mais ampla em que localiza a família enquanto uma organização pertencente a uma estrutura social que a fragiliza ou fortalece quando afirmam:

A família é uma organização social complexa, um microcosmo da sociedade, onde ao mesmo tempo se vivem as relações primárias e se constroem os processos identificatórios. É também um espaço onde se definem papéis sociais de gênero, cultura de classe e se reproduzem as bases do poder. É ainda o locus da política, misturada no cotidiano das pessoas, nas discussões dos filhos com os pais, nas condições sobre o futuro, que ao mesmo tempo tem o mundo circundante como referência e o desejo e as condições de possibilidade como limitações. Por tudo isso, é o espaço de afecto e também de conflito das contradições (Minayo *et al.*, 1999, p. 83).

Cada família circula num modo particular de relacionar-se, criando uma “cultura” familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe única para comunicar-se e interpretar essas comunicações, a partir de suas regras, ritos e jogos (Szymanski, 2002). Segundo Laing (2002, p. 16), “[...] a ‘família’ não é um objecto interiorizado mas sim um conjunto de relações que foi interiorizado”, o que é interiorizado para ele são os padrões de relacionamento através de processamentos internos que o sujeito desenvolve e introjecta em uma estrutura de grupo.

Novos padrões sociais vêm incidindo-se nas famílias, não só na sua estrutura básica, mas na redefinição e redistribuição dos papéis entre seus membros. No entanto, quando as famílias se esforçam para manter-se dentro dos padrões-tipo, por serem alvo das restrições sociais, os conflitos e as crises passam a emergir, instaurando-se como ameaça para o seu próprio desenvolvimento (Gimeno, 2001). O surgimento de um transtorno mental entre um de seus membros é capaz de transformar de modo substancial a dinâmica e as possibilidades de produção e organização desse sistema, sendo a compreensão do seu ir e vir, da sua capacidade de solucionar problemas e praticar o cuidado o objectivo maior desse trabalho.

Assim, o conceito de resiliência, como a capacidade de resposta dos sujeitos e suas famílias no enfrentamento de situações adversas, tem a capacidade de lançar luz às possibilidades produzidas pelas famílias que possuem uma pessoa com sofrimento mental em seu contexto na presente pesquisa. O processo de resiliência pode ser compreendido a partir de três sentidos principais, como exposto por Werner (1995), que são: a capacidade da pessoa e/ou família produzir respostas com vistas ao desenvolvimento adequado no enfrentamento aos riscos ambientais prejudiciais; a avaliação para manutenção das competências, e por fim, a capacidade das pessoas e suas famílias se recuperarem das dificuldades que surgem em suas biografias de vida, como é o caso do sofrimento mental.

No entanto, tal conceito não deve ser visualizado como passividade e aceitação, mas ao contrário, é fundamentalmente a (cri)acção e produção de possibilidades para a resolução de problemas, que estão directamente relacionadas com a oportunidade e protecção social garantidas pelo Estado a estes sujeitos. Se torna difícil e até contraditório falar sobre resiliência em contextos sociais desertos de direitos, marcados por violência e violações cotidianas da cidadania, sendo necessária uma análise crítica sobre a estrutura macrossocial que permeia o contexto moçambicano e as marcas do Estado na sua consolidação (Werner, 1995).

Segundo Gimeno (2001), a concepção da família sofre, na actualidade, transformações e reconfigurações relacionais que contextualizam o seu ciclo de vida e que permite que se fale de desenvolvimento familiar. Este conceito reporta-se às mudanças ocorridas na família enquanto grupo, assim como às mudanças nos seus membros individuais, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. Neste contexto, são requeridas competências no domínio social, familiar e mesmo individual por forma a lidar de modo mais eficaz com as transformações na família ao nível dos seus múltiplos papéis.

O presente estudo considerou os membros de uma família a partir da “rede familiar”²² e não àquela restrita ao espaço doméstico, pois a mesma se estende muito além das quatro paredes de uma casa (Fonseca, 2005). Incide, principalmente, em todo aquele que é cuidador da pessoa em sofrimento psíquico, independente do grau de parentesco.

²² As aspas são do autor.

2.2. Enquadramento teórico

São duas as teorias que norteiam a realização deste trabalho, nomeadamente: (i) a teoria das representações sociais e (ii) a abordagem da psicopatologia fenomenológica. Neste subcapítulo, ocupar-me-ei a tratar sobre os mesmos, sendo que, após discorrer sobre cada uma delas, apresento a sua pertinência para o presente estudo.

2.2.1. A teoria das representações sociais

A teoria das Representações Sociais (RS) foi postulada por Serge Moscovici no final dos anos 1950, e tendo reconhecimento público em 1961, quando da publicação de seu estudo em forma de tese, “La psychanalyse, son image et son public”. Este estudo versava sobre a representação social da psicanálise na França, que buscava compreender o modo como o público, a sociedade de modo geral, percebia, absorvia e, dava significação – já podemos dizer, representava – ao tema psicanálise, que era difundida pelos meios de propaganda ao público parisiense.

Moscovici, inspirado nas representações colectivas de Durkheim²³, “criou uma teoria das representações sociais voltada não só para abordagens psico-analíticas, mas também para o social” (Giacomazzi e Camargo, 2004, p. 34). No entender de Abric (1998, p. 27), citado por Giacomazzi e Camargo (2004, p. idem), a teoria de representações sociais pressupõe que “não exista uma realidade objectiva a priori, mas sim que toda a realidade é representada, quer reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependentes da sua história e do contexto social e ideológico que o cerca”.

Neste sentido, a teoria das representações sociais desenvolvida por Moscovici parte da premissa de que não há separação entre o universo exterior e o universo do indivíduo ou do grupo, estabelecendo-se, deste modo, uma dinâmica entre os níveis individual e social.

²³ Durkheim (1994, p. 9-54), considera que as representações colectivas traduzem a forma como o grupo pensa nas suas relações com os objectivos que o afectam. Assim, as representações sociais, por terem características de um facto social, são exteriores ao indivíduo e exercem coerção sobre a sua consciência. Para este autor, os indivíduos agem e pensam dependentes do grupo, incorporando e reproduzindo percepções, valores e esquemas de classificação que são totalmente dependentes da realidade social mais ampla. Durkheim pressupõe uma realidade social rígida, que deixa pouco espaço para a acção individual.

Partindo de vários enfoques, Queiroz (2000), afirma que é possível definir representações sociais como “um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão do mundo e o orienta nos projectos de acção e nas estratégias que desenvolve no seu meio social”. Realmente, as representações sociais são conhecimentos que adquirem sentido e significado no contexto cultural e situacional em que se manifestam. Por isso, as acções dos indivíduos, enquanto membros da colectividade, encontram um enquadramento dentro das percepções do grupo.

Na visão de Spink (1992), as representações sociais são formas de conhecimento prático - o saber do senso comum - que têm por função estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem-se em seu mundo social e material e possibilitar, desta forma, a comunicação entre os membros de um mesmo grupo. Dado o seu carácter eminentemente social – visto que o significado a elas atribuído advém do mundo social – é imperativo que elas sejam sempre remetidas: às condições de sua produção; às comunicações mediante as quais elas são veiculadas; e às funções a que servem na interação com o mundo social. Assim, embora acessadas através do discurso elas são elucidadas pelos nexos que estabelecem com o entorno social.

A partir da teoria das representações sociais, é possível entender como se dá a formação, a actuação e a mudança de conceitos presentes na sociedade e que orientam a conduta humana, no entender de Moscovici (2003). Entretanto, o autor acrescenta que a compreensão do fenómeno das representações sociais demanda a consideração dos elementos que permeiam o ambiente em que elas se desenvolvem, sua natureza e o seu processo de formação.

No que concerne ao ambiente em que as representações sociais se desenvolvem, autores como Clémence, Green e Courvoisier (2011) e Moscovici (2003), consideram que os diálogos estabelecidos em ambientes propícios às interações sociais favorecem a partilha de ideias e de imagens que são consideradas verdadeiras e que são acolhidas pela maioria das pessoas. Esses ambientes constituem o que Moscovici (2003), chamou de universos consensuais, que são caracterizados pela segurança que as pessoas sentem em manifestar as suas ideias e partilhá-las. Os conteúdos debatidos nesses ambientes não geram, de modo algum, conflitos; ao contrário, aprovam as crenças e as interpretações feitas sobre o mundo e suas tradições. Como exemplos de universos consensuais podem se citar as

igrejas, a família, os bares, as associações e os clubes (Moscovici, 2003; Clémence, Green e Courvoisier, 2011).

Neste estudo, a abordagem das representações sociais ajudou na análise e interpretação das práticas de cuidado entre os profissionais que são os responsáveis por ‘tutelar’ sobre a saúde mental dos indivíduos dentro do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, o que poderá vir a contribuir com saberes e alternativas, haja vista que estas elaborações ‘comuns’ não se constroem no vácuo existencial, mas são baseadas na interação entre o indivíduo e o grupo, mesmo porque “as formas de pensamento objectivo a que nomeamos como representações sociais são campos socialmente estruturados de produção e núcleos estruturantes da realidade social de um grupo” (Moscovici, 2001; Spink, 1993).

2.2.2. A abordagem da psicopatologia fenomenológica

Em *La Schyzophrénie*, de 1927 e em *Le Temps Vécu*, de 1968, Minkowski pretende entender como se estrutura a relação entre o eu e o mundo na vida do esquizofrênico, mais do que os conteúdos afectivos da esquizofrenia. Para ele, a própria dinâmica dos complexos que, na visão de Bleuler²⁴, tinha uma importância determinante, até causal na esquizofrenia, é também como os demais sintomas uma manifestação de algum processo mais primitivo, no plano existencial. Este processo é o da perda do contacto vital, instintivo, com a realidade. É o desligamento afectivo do fluxo temporal da vida, uma “anestesia afectiva”. As constituições esquizoidia e sintonia que, para Bleuler, eram produto da interacção entre o organismo e a experiência no plano psico-biológico ou “organo-psíquico”, são agora entendidas como duas condições ontológicas mais primitivas, dois princípios vitais, dois modos do ser no mundo. A construção da personalidade será o desenvolvimento dessa relação existencial eu-mundo, preexistente a qualquer racionalidade (Pessotti, 2009).

No entendimento de Pessotti (2009), Minkowski constrói sua teoria como uma “psicologia do pathos”, muito mais que uma “patologia do psíquico”. Esta ideia levará a uma visão nova da loucura: enquanto modo de estar no mundo, ela não é um modo errado,

²⁴ Paul Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suíço, influenciado por Kraepelin e de Freud, constrói uma psicopatologia *sui generis* ao instituir o conceito de esquizofrenia, no seu texto de 1911, intitulado *Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias*.

doentio, mas apenas um modo diverso de relação entre o homem e o mundo. O enfoque clínico ou teórico da esquizofrenia, de acordo com Minkowski, deve separar o processo esquizofrénico como tal das alterações nos desempenhos mentais, e abrir mão do “espírito de precisão” que, na busca de uma ciência exacta, ignora “que toda uma parte da nossa vida, e não a menos importante, escapa inteiramente ao pensamento discursivo (...). Assim, os dados imediatos da consciência são os mais essenciais. Eles são irracionais, mas nem por isso deixam de fazer parte da nossa vida. Não há qualquer necessidade de sacrificá-los ao espírito de precisão (...). É aqui que surge a noção do contacto vital com a realidade” (Minkowski, 1927, pp. 81-82).

Cada homem, portanto, enquanto ser no mundo, apresenta, como constituição de base, uma certa proporção de cada um dos dois, *princípios vitais*²⁵ (esquizoidia e sintonia), que são, na verdade, graus de contacto vital com a realidade ambiente. Um contacto que, se perdido, levaria à esquizofrenia e, se exagerado, conduziria à psicose maníaco-depressiva (Pessotti, 2009). “Ocorre que, durante a vida, o síntone suaviza o que há de excessivamente anguloso e cortante na esquizoidia, enquanto a esquizoidia é chamada a aprofundar o que é por demais superficial e difuso na sintonia. O conflito do síntone é a busca do eu que parece fugir-lhe a cada instante: ele vive demais nas coisas do ambiente. O conflito do esquizóide é a busca de caminhos para o acesso à realidade, para a qual ele nem sempre consegue abrir passagem” (Minkowski, 1927, p. 37).

Pessotti (2009), considera que os sintomas da loucura apenas exprimem um modo peculiar de estar no mundo. Na esquizofrenia, o que é peculiar é a busca de retomar um *contacto vital*²⁶ com a realidade. Alguma forma de *contacto* existe, tanto que a realidade não é rejeitada como hostil ou penosa, mas tal *contacto* não é *vital*. Pois o ambiente real não é vivenciado com suas nuances, valores afectivos e hierarquias de importância. Ao mundo do esquizofrénico falta o calor afectivo, a projecção de si mesmo para o futuro, a sensação do próprio devir, de estar embarcado no devir do mundo etc. Obviamente, o conceito de vida aqui aludido implica movimento, mudança, progressão, identificação com o tempo que flui sempre para um futuro – no qual está sempre cada objectivo a dar sentido e destinação ao comportamento. Na falta desta vivência do tempo projectada para o futuro, o devir das coisas perde sentido, perde a sua carga afectiva. O eu desliga-se da vida, do fluxo vital. E então, como a razão não opera no vazio, na falta da realidade

²⁵ Destaque do autor.

²⁶ Nesta citação, o destaque é do autor.

ambiente, surge um mundo imaginário, pobre, repetitivo, estereotipado. Através dele a vida psíquica sobrevive, degradada e empobrecida. Sua função precípua é compensar o vazio deixado pela *ausência de contacto vital com a realidade*, pois é ela que, no fundo, determina o comportamento do indivíduo frente ao ambiente e condiciona, em seguida, os sintomas clínicos de ordem esquizofrénica (...) no curso do seu desenvolvimento psicótico.

No entender de Minkowski, todas as aberrações do discurso ou dos actos do esquizofrénico são, na verdade, tentativas ineficazes de retomar o contacto vital com a realidade. Tais são as “atitudes esquizofrénicas” como o negativismo, o “geometrismo mórbido” e o “agonismo mórbido”. Ou ainda, a “atitude interrogativa”, na qual o doente faz incessantes perguntas (embora não lhe interesse as respostas, já que não consegue prolongar um pensamento ou um diálogo. Cada pergunta é uma tentativa, abortada, de recuperar o sentimento de estar ligado à vida real. Neste sentido, para ele, a loucura implica “a perda da noção dos limites e da medida”²⁷, que nenhuma operação intelectual poderia precisar” (Minkowski, 1927, p. 107). Acrescenta ainda que, para o doente, “os factores afectivos, e mais que eles, a duração vivida, parecem ter desaparecido totalmente da existência. E assim, ele acha-se constantemente em contradição com a vida” (Idem, p. 116).

Os dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), entre 2006 e 2008, mostram um aumento significativo na prevalência de todas as perturbações, apontando a epilepsia e a esquizofrenia²⁸ como sendo as principais contribuintes, no grupo das doenças mentais. A abordagem da psicopatologia fenomenológica, no presente estudo, irá contribuir na análise dos desafios de construção de práticas que contemplem as condições existenciais dos doentes mentais, na cidade de Maputo, ao ajudar na compreensão da esquizofrenia.

A Estratégia e o Plano de Acção para a Saúde Mental de Moçambique, de 27 de Junho de 2007, enfatizam que a epilepsia e a esquizofrenia são problemas crónicos de saúde no país. Os documentos retro mencionados sublinham que a epilepsia afecta cerca de 4% da população da zona rural de Moçambique; 3,8% do total de moçambicanos vive com

²⁷ O itálico é meu.

²⁸ É importante referir que, no Relatório sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001), a esquizofrenia bem como a epilepsia não são classificadas como sendo doenças mentais, mas sim como fazendo parte do grupo dos transtornos depressivos. Contudo, reconhece-se que as pessoas que sofrem com elas enfrentam, muitas vezes, os mesmos estigmas, a mesma ignorância e o mesmo medo associado às doenças mentais. O Relatório avança, ainda, que a esquizofrenia e a epilepsia foram, historicamente, encaradas como doenças mentais e que são, ainda, consideradas como tal, em muitas sociedades.

epilepsia; mais de 75% das pessoas com epilepsia não recebem o tratamento de que necessitam e que é responsável por grande parte de incapacidades mentais ocupando o primeiro lugar nas consultas de psiquiatria (66%). Por conta disso, foi lançada, em 2013, a Iniciativa de Luta Contra a Epilepsia (Programa de Epilepsia do mhGAP) para a integração do tratamento de epilepsia no nível dos cuidados primários de saúde e reduzir a lacuna de tratamento.

As doenças mentais, com ênfase na epilepsia e esquizofrenia, são problemas que transpõem a dimensão nacional, daí merecerem atenção neste estudo, até porque, de acordo com o Relatório da Organização Mundial da Saúde (2001), “em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio, anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se” (p. 7).

III CAPÍTULO

3. Metodologia da pesquisa

3.1. Enquadramento metodológico

Neste capítulo, abordo em torno dos aspectos metodológicos que orientaram a realização deste trabalho. Os aspectos metodológicos que se tomam em consideração são os da construção do projecto, não obstante, outros há inerentes ao trabalho de campo, ao qual se adicionaram transformações que ocorreram durante a realização do referido estudo e novas ferramentas decorrentes da análise e discussão de dados. A forma como consolidaram-se os objectivos que se tornaram guia para o trabalho, a discussão literária e a reanálise da pertinência desta pesquisa, a forma como aconteceu o levantamento de dados e a elaboração da dissertação, igualmente, são arroladas nesta secção.

Este estudo segue uma abordagem antropológica. Uma abordagem antropológica acerca da temática da loucura exige considerar que loucura é uma categoria imprecisa, objectivada de diferentes maneiras nos mais variados contextos. As diferentes categorias forjadas para tentar dar conta da anormalidade (tais como loucura, doença mental, alienação, transtorno ou deficiência cognitiva ou até mesmo as mais recentes, cliente e usuário) são impregnadas de muitas conotações que fizeram parte das transformações nos serviços de saúde mental, desde a sua origem manicomial até nos modelos de centros de atendimentos dispersos, na cidade de Maputo. Sendo assim, não é possível etnografar um objecto analítico purificado que se constituiria como a loucura, visto que:

sob o pretexto de se pôr à escuta e de deixar falar os próprios loucos, aceitamos a divisão como já feita. (...) A loucura não é menos um efeito de poder que a não-loucura; ela não se apresenta como um bicho camuflado cujo trajecto foi interrompido pelas grades do asilo. Ela é, segundo uma espiral indefinida, uma resposta táctica para a táctica que a investe (Foucault, 1994, p. 91).

Portanto, a doença mental, como qualquer objecto analítico, não pode ser tratada como um objecto natural. Se em algum momento parece ainda haver pertinência em referir-se a este termo, entendemos que o seu melhor uso se dá para suspender questões em favor da consideração foucaultiana de que a loucura se integrou às normas da teoria médica através de um espaço de classificação no qual “nenhum dos classificadores parece ter-se detido diante dos problemas que ela poderia ter colocado” (Foucault, 2004, p. 192). Em

vez de produzir uma boa definição de loucura, o mais importante é que o uso analítico desta categoria bem como de categorias técnicas produzidas pela psiquiatria não assuma passivamente as operações que lhes conferiram sentido. Esse parece um modo possível para tentar explorar outros caminhos que não compartilham do mesmo ponto de partida nem da mesma finalidade.

Segundo Oliveira (1998), a apreensão dos fenómenos sociais, por meio do qual o pesquisador busca compreender o universo social do outro, deve ocorrer de dentro, estando lá para ver e ouvir em sua verdadeira interioridade, conseguindo assim apreender os sentidos para a interioridade do contexto considerado e as significações trazidas para a exterioridade. Olhar e ouvir são actos primordiais, no trabalho de campo, ao constituírem a percepção daquilo que a pesquisa solicita, mas será no acto de escrever, concomitante ao de pensar, que o conhecimento, singularizado, textualizará os fenómenos observados.

Na presente pesquisa, segui, basicamente, a metodologia qualitativa. Marconi e Lakatos (1996) explicam que, a abordagem qualitativa, trata-se de uma pesquisa que tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e, ainda, fornecendo análises mais detalhadas, sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento.

A pesquisa qualitativa apresenta-se com um foco multiparadigmático e faz parte de um campo intrinsecamente político. O pesquisador teve o compromisso de manter a compreensão interpretativa da experiência humana (Denzin e Lincoln, 2006), por meio da problematização do contexto social dos participantes, com a constante vigilância epistemológica do seu papel no campo de estudo, privilegiando as boas relações com os pacientes, familiares e com a equipe do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, o *locus* deste estudo.

A pesquisa possui carácter qualitativo, pois está relacionada à maneira de analisar e interpretar os dados e informações mais profundamente. A escolha do método qualitativo como metodologia a usar, neste trabalho, prendeu-se ao facto de o mesmo privilegiar a análise dos significados que os indivíduos dão às suas acções tendo em conta o contexto social em que ocorrem. Mais ainda, pelo facto de a mesma metodologia “procurar analisar os factos no seu contexto sócio-histórico, tendo em conta os diversos pontos de vista dos envolvidos. Por isso, um facto social pode ter vários significados de acordo com o meio

social e o momento em que acontece” (Neuman, 2000, p. 124; Pope e Mays, 2005; Denzin e Lincoln, 2006). Esta metodologia, na óptica de Gauthier (1987) citado por Lessard-Hebert *et al.* (2000, p. 47) “possibilita estudar os factos e interagir com as pessoas envolvidas no seu meio social através da sua linguagem, sem distanciamento dos factos”.

Turato (2003) contribui com essa análise ao afirmar que, na pesquisa qualitativa, são as pessoas ou as comunidades, em sua fala e em seu comportamento, a essência da investigação. Assume-se, assim, que o alvo do interesse do pesquisador é entender a construção dos significados que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenómenos da natureza que lhes dizem respeito. Assim, a relação existente entre objecto do estudo, os elementos simbólicos e as representações sociais existentes irão favorecer a compreensão dos valores e práticas existentes no contexto da presente pesquisa. O significado das acções que as pessoas envolvidas dão, são interpretadas segundo o seu ponto de vista, no momento de recolha de dados, pois os dados obtidos com base em métodos qualitativos, permitem ao pesquisador interpretá-los, procurando conferi-los um significado.

A trajectória da pesquisa sustentou-se, igualmente, em uma perspectiva etnográfica como orientadora para a experiência no campo e o olhar sobre pessoas e histórias encontradas. A escolha pela etnografia fez-se por ela propor-se a produzir, a partir de um fenómeno social ou de um colectivo de pessoas:

[...] um olhar de perto e de dentro, mas a partir dos arranjos dos próprios actores sociais, ou seja, das formas por meio das quais eles se vêem para transitar pela cidade, usufruir seus serviços, utilizar seus equipamentos, estabelecer encontros e trocas nas mais diferentes esferas [...]. Esta estratégia supõe um investimento em ambos os polos da relação: de um lado, sobre os actores sociais, o grupo e a prática que estão sendo estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve, entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise (Magnani, 2002, p. 18).

A perspectiva qualitativa e etnográfica pressupõem uma aproximação, significam estar disposto e disponível para trocas e interlocuções, ao mesmo tempo em que confrontações entre teoria do pesquisador e experiência concreta, em campo, são feitas (Peirano, 1995).

A preocupação não foi, portanto, com a representatividade de uma amostra e nem com a generalização. Buscou-se captar a produção de sentido a partir de experiências dos

sujeitos da pesquisa, no ambiente. Esta abordagem, permitiu ao pesquisador, identificar, compreender e interpretar, detalhadamente, os aspectos situacionais apresentados, através de comportamentos e tendências, onde envolve dados imensuráveis, crenças e opiniões dos sujeitos da pesquisa. Outrossim foi o auxílio na quantificação dos dados, bem como o seu tratamento, com o objectivo de reduzir possíveis distorções ocorridas a partir da sua análise e interpretação.

Na compreensão e análise das políticas públicas que norteiam a saúde mental, adoptou-se como orientação teórico-metodológica deste estudo a dialética, considerando que seus pressupostos permitem olhar a realidade presente nas relações sócio-históricas e culturais no actual desenvolvimento e transformação do modelo assistencial psiquiátrico e compreendê-la nessa perspectiva.

Optou-se pelo referencial da dialética por considerá-lo com possibilidade teórico-filosófico de captar e de buscar explicações para os fenómenos observados, “numa perspectiva de compreensão do objecto de estudo que privilegia a historicidade da sociedade e a autoria dos sujeitos, que, articulados, nas relações sociais e culturais, consideram que o sentido das coisas não está na sua individualidade, mas na sua totalidade. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia” (Minayo *et al.*, 2005, p. 89).

A escolha desse referencial não revela apenas uma postura ideológica, mas a crença no dinamismo da realidade e das relações sociais, bem como na provisoriedade destas, constituindo-se em um constante devir em que prevalece a contradição e, consequentemente, novas formulações. Assim, reconhece-se o potencial da dialética para este estudo, que evidenciou as contradições que habitam os fenómenos e causa o movimento de transformação, como se nada estivesse acabado, e encontra-se sempre em vias de se transformar e desenvolver. Nessa dimensão, “o fim de um processo é sempre o começo de outro em uma mudança constante, pois sempre há algo que surge e desenvolve e algo que desagrega e transforma e isto faz com que o movimento se perpetue” (Trivínos, 1994, p. 70).

Assim, o foco desta pesquisa foi centrado:

- i. no analisar como a atenção e reinserção sócio-familiar, a partir das políticas públicas, consideram as especificidades de demandas e necessidades dos doentes mentais, na cidade de Maputo; e

- ii. na reinserção social como referencial teórico para a análise da práxis em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

A atenção a partir das políticas públicas e a reinserção social dos mesmos, na visão dos sujeitos da pesquisa, são as duas categorias analíticas que balizaram a realização da pesquisa em todas as suas fases.

Para a consumação do presente estudo, foram observados dois momentos: a revisão bibliográfica e o trabalho de campo. O primeiro consistiu na revisão bibliográfica para o tratamento das teorias e do material que foi produzido sobre o tema em estudo. Para tal, uma pesquisa minuciosa foi feita, em Maputo, principalmente no Centro de Estudos Africanos (CEA), na Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS), no Ministério da Saúde e em outros locais pertencentes às instituições ligadas às questões da doença mental. De igual modo, buscas na internet, em *sites* que tratam da temática da saúde mental, foram efectuadas. Esta revisão bibliográfica possibilitou a construção do problema e do quadro teórico e metodológico que norteou o estudo.

3.2. O trabalho de campo

O segundo momento do estudo consistiu no trabalho de campo que foi realizado na cidade de Maputo, concretamente, no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. A escolha da cidade de Maputo prendeu-se ao facto de ser uma das poucas que detém um centro que recebe e reabilita doentes mentais, que não encontram apoio nos serviços assistenciais do Estado. A facilidade de mobilidade – em termos de transporte, de casa para o Centro, constitui outra razão.

Parto da perspectiva do campo de estudo considerado como um espaço permeado por forças sociais que se expressam por intermédio da estrutura, de seus agentes e das relações estabelecidas entre eles, crendo que eles obedecem a regras específicas presentes e compartilhadas no campo, como modo de introduzir a escolha do espaço deste trabalho (Carvalho, 2015).

A modalidade de abordagem compreensiva usada na pesquisa foi a do estudo de casos múltiplos. A escolha dessa modalidade de estudo é justificada pelo facto de ser uma estratégia útil para a geração de conhecimento sobre factos vivenciados, esclarecendo factores sobre um dado processo (Minayo, 2010). No caso da presente pesquisa, explica-

se pela necessidade de conhecer as práticas de cuidado realizadas pelos familiares aos sujeitos com sofrimento mental, os procedimentos da sua reinserção sócio-familiar, os seus itinerários terapêuticos²⁹, bem como auferir se as políticas públicas contemplam ou não as suas especificidades de demandas e necessidades.

Para aplicar esse método, com o intuito de adquirir-se informações precisas, acerca do assunto, foi necessário que o pesquisador recorresse a múltiplas fontes de informação, usando diferentes técnicas de recolha de dados, tais como: consulta de documentos importantes, entrevistas semi-directivas em profundidade, histórias de vida, a observação estruturada, assim como uma perspectiva teórica ampliada ancorada na antropologia interpretativa de Clifford Geertz (2013), como eixo orientador do processo de trabalho de campo. Isso permitiu o aprofundamento, a compreensão e a interpretação do pesquisador durante o desenvolvimento do trabalho de campo, por acreditar que o comportamento humano é uma acção simbólica que é construída e manifestada a partir e por intermédio da cultura. Os sujeitos do estudo foram compreendidos como seres amarrados a teias de significados, as quais são tecidas por eles mesmos, por meio da cultura, que não deve ser considerada um poder, um simples facto ao qual os acontecimentos podem ser atribuídos, mas sim o contexto dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível. A análise da conjuntura, da realidade social, económica e cultural dos sujeitos implicados, foi condição *sine qua non* para alcançar os objectivos desse estudo.

É pelo estabelecimento de relações entre o sujeito investigador e os sujeitos investigados, nas transcrições textuais, no mapeamento de campos, a partir de um esforço intelectual, que se pode elaborar uma “descrição densa”³⁰ (Ryle *apud* Geertz, 2013). Identificar os eventos a partir da perspectiva do actor e do que ele pretende e quer revelar, permite que

²⁹ De acordo com Amaral *et al.* (2018), itinerário terapêutico pode ser definido como o caminho que uma pessoa desenvolve em busca de auxílio para uma necessidade em saúde, o que inclui diferentes opções de cuidado, às vezes simultâneas, e a adesão ou o abandono do tratamento. Para Alves e Souza (1999, p.133), “a ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade (...); designa um conjunto de planos, estratégias e projectos voltados para um objecto pré-concebido: o tratamento da aflição”. A maneira como cada pessoa percorre essa trajectória, em busca de saúde, é singular, ancorada em suas vivências prévias e na forma como experimenta a doença de forma individual e colectiva. Especialmente no campo da saúde mental, além dos aspectos estruturais da rede de saúde, incluindo a oferta de serviços, essa experiência é atravessada pelos significados atribuídos à doença pelo indivíduo e por sua família, além do estigma social atribuído ao transtorno mental (Goldberg e Huxley, 1980; Evans-Lacko *et al.*, 2008). Para Mângia e Muramoto “... itinerários terapêuticos podem ser considerados recursos importantes para compor a construção de projectos terapêuticos cuidadores que considerem como elementos o conjunto de recursos, experiências e significados de cada pessoa e que tenham como foco central o seu contexto real de vida” (Mângia e Muramoto, 2008, p. 181). Os estudos sobre o itinerário de cuidado têm por objectivo interpretar processos de procura por formas de tratamento (Alves e Souza, 1999).

³⁰ As aspas são do autor.

o pesquisador observe, analise, interprete (interpretação de segunda mão) e quiçá compreenda a lógica informal da vida real (Geertz, 2013).

O trabalho real do pesquisador foi o de tentar ler e construir um manuscrito a partir de sinais não convencionais e de estruturas conceituais complexas, muitas vezes estranhas, irregulares e inexplicáveis. A compreensão da acção social possibilitou a (re)criação das interpretações, que não deveriam ser rígidas ou possuir representações impecáveis, já que esse tipo de análise visa traçar a curva de um discurso social, sendo o pesquisador aquele leitor que busca transformar os acontecimentos passados em um texto supostamente compreensível (Geertz, 2013).

3.2.1. As entrevistas

Para a realização do acima exposto, uma das técnicas usadas foi a entrevista, seguindo a orientação de Triviños (1994) que define a entrevista individual com roteiro semi-estruturado como aquela que parte de questionamentos apoiados em teorias e hipóteses, e no decorrer do processo oferece um campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que surgem à medida que os informantes respondem.

O roteiro, com questões norteadoras (Anexos A, B e C), serviu para orientar a pesquisa e estimular uma narrativa mais livre para que os entrevistados pudessem discorrer sobre o tema proposto, seguindo a linha de raciocínio e experiências com o objecto de estudo. Essa técnica contribuiu para que os informantes alcançassem a liberdade e a espontaneidade nos seus discursos, o que enriqueceu a investigação.

Concorda-se com Schraiber, que:

por ser um modo de contar e um modo de lembrar, a entrevista produz sempre uma interpretação daquele que relata. Mas aquilo que se conta – o acontecido, o vivido – e o significado que lhe confere o narrador, não é exactamente único, senão a experiência pessoal no interior de possíveis históricos bem determinados, e que se dão na forma pela qual aquele indivíduo está situado socialmente (Schraiber, 1993, p. 33).

As entrevistas semi-directivas “permitem a obtenção da informação acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, bem como acerca das suas explicações a respeito das coisas precedentes” (Atteslander, 1991, p. 159).

A escolha desta técnica de investigação deveu-se, principalmente, à sua maior flexibilidade na obtenção da informação, uma vez que o investigador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se, mais facilmente, às circunstâncias em que desenvolve a entrevista (Idem). Outro sim foi a imperativa necessidade de valorizar a presença do pesquisador e de oferecer perspectivas para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade na sua fala, o que enriqueceu os dados empíricos.

As entrevistas semi-directivas foram dirigidas aos técnicos do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, bem como aos familiares dos pacientes que frequentam aquela instituição.

Na tentativa de se compreender as narrativas dos doentes mentais, no caso concreto, frequentadores do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, usou-se a entrevista narrativa como ferramenta metodológica. A entrevista narrativa produz dados textuais que reproduzem de forma completa o entrelaçamento dos acontecimentos e a sedimentação da experiência da história de vida do entrevistado. Não apenas o curso externo dos acontecimentos, mas também as reações internas, as experiências do informante com os eventos e sua elaboração interpretativa por meio de modelos de análise que conduzem a uma apresentação pormenorizada (Schütze, 2010). De acordo com Santos (2013), uma das principais vantagens de se trabalhar com a narrativa é por se tratar de um instrumento que permite às pessoas atribuir unidade e coerência à sua existência. Ao considerar os doentes mentais como informantes de narrativas, pode-se atribuir também a vantagem de “dar ouvidos”³¹ a essas pessoas, frequentemente estigmatizadas e, conseqüentemente, excluídas de pesquisas e com suas histórias ignoradas.

A partir das narrativas, busca-se estabelecer a estrutura de um episódio, organizar a sequência dos eventos, estabelecer explicações por meio da sua interpretação, identificando os dramas e/ou conflitos sociais e os significados que dão sentido à experiência (Silva e Trentini, 2002). No entanto, interessa menos ordená-la em uma cronologia do tipo anamnese, e mais encadeá-la em uma escansão própria, guiada pelo relevo dado pelas próprias pessoas às suas experiências, referidas, sempre, a “seu tempo e lugar”³² (Bellato, Araújo, Maruyama e Ribeiro, 2016).

³¹ As aspas são do autor.

³² As aspas são dos autores.

A análise das narrativas evidencia que os informantes recorrem a suas histórias de vida a fim de identificar elementos centrais para a organização de suas experiências e para o direcionamento de suas acções ao longo do processo de adoecimento crónico (Castellanos, 2014). Assim, os estudos sobre itinerários terapêuticos, a partir da compreensão da narrativa, têm proporcionado a inclusão de novas perspectivas sobre o modo com que as pessoas vivem e se organizam em sociedade, e sobre as práticas e estratégias que utilizam no enfrentamento de problemas cotidianos, sobretudo em relação à procura de cuidados em saúde em contextos de iniquidades sociais (Gerhardt e Riquinho, 2015).

Ao apresentar a entrevista narrativa como ferramenta metodológica para a compreensão das narrativas dos doentes mentais, considera-se que, além de uma técnica de produção de dados, se trata de uma perspectiva com características que possibilitam “fazer-se ouvir” de suas histórias frequentemente negligenciadas, tendo como foco central a construção de sentido(s) de quem vivencia determinada realidade e as acções, decisões e escolhas mobilizadas e que conferem os contornos à sua biografia. A entrevista narrativa também permite a reconstrução desses sentidos, possibilitando novos olhares e *insights* em relação à sua própria experiência que, às vezes, devido a certas interpretações cristalizadas, leva a bloqueios na trajectória biográfica. No caminho de busca por visibilidade a esse grupo, que precisa de um olhar singularizado, a entrevista narrativa permite que se tematize a sua situação com sensibilidade, ao propor um método dialógico, compreensivo e formativo. Além disso, a análise das biografias e trajectórias percorridas pelos doentes mentais permite (re)pensar o cuidado em saúde mental, considerando-se aspectos que possam se configurar em potencializadores do lugar da atenção psicossocial na inclusão e acesso desse grupo.

Gerhardt e Riquinho (2015), consideram que ao levar em conta que as pessoas constroem suas histórias em meio à heterogeneidade de seus contextos subjectivos, socioculturais e de acessibilidade à atenção ao adoecimento, propor a construção de narrativas de pessoas que vivem cercadas pela pluralidade desses elementos deve considerar a singularidade de cada uma, seja em relação aos aspectos objectivos ou subjectivos dos itinerários terapêuticos.

As histórias de vida apresentadas neste trabalho objectivam, por um lado, dar a conhecer sobre a vivência dos sujeitos da presente pesquisa, no seu dia-a-dia, as relações com os seus familiares, o tipo de vida que levam, suas escolhas terapêuticas, bem como as suas

perspectivas para o futuro. As informações foram obtidas a partir dos próprios sujeitos da pesquisa e a partir de conversas com os membros de famílias destes. Este método teve uma importância crucial, nesta pesquisa, pois permitiu conhecer sentimentos, atitudes e motivações dos indivíduos envolvidos, principalmente dos próprios doentes mentais.

Antes de iniciar as entrevistas, procurei estabelecer uma relação de confiança mútua com os entrevistados, na busca de propiciar-lhes um clima de afinidade, simpatia e lealdade, com o propósito de obter a participação activa deles, como também a profundidade nas respostas às questões sobre o fenómeno em estudo. Estabelecido o contacto e o acordo em contribuir com este trabalho, as entrevistas foram agendadas, de acordo com a disponibilidade de cada informante.

Para resguardar a integridade dos discursos, utilizou-se como recurso o gravador, sempre com a anuência do entrevistado, no sentido de garantir a fidedignidade das informações. Uma vez gravado, o conteúdo das entrevistas foi transcrito pelo pesquisador. A primeira leitura de cada entrevista foi realizada, logo após a colecta, com olhar atento, na busca de apreender os significados globais do texto e captar o momento em que os discursos começassem a ser repetitivos.

Considerada a saturação dos discursos com a repetição de temas, foi interrompida a colecta de dados e procedeu-se a novas leituras na íntegra de cada discurso, sem a preocupação de interpretar.

Partindo de alguns pontos de interesse da pesquisa que, ao mesmo tempo, nortearam o pesquisador, chegou-se a alguns dados conclusivos e relevantes sobre como a atenção e reinserção sócio-familiar, a partir das políticas públicas, consideram as especificidades de demandas e necessidades dos sujeitos da pesquisa.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo E), em duas vias, sendo que uma lhes foi entregue e a outra foi arquivada pelo pesquisador.

3.2.2. A observação estruturada

A observação estruturada foi considerada uma técnica importante, por possuir grande potencial de geração de informações a partir da relação em acto. Foi por estar no contexto do pesquisado, transformando e sendo transformado por ele, que o pesquisador alcançou

os objectivos propostos neste trabalho. Vale ressaltar que a primeira entrevista só foi realizada após a inserção do pesquisador no campo e de alguns dias de observação estruturada, para estabelecer um vínculo inicial com o serviço e criar maior familiaridade entre entrevistador/entrevistado. Para a sistematização da observação estruturada no cotidiano, o diário de campo foi um mecanismo de grande relevância durante a permanência do pesquisador junto aos entrevistados, no período da colecta de dados. A partir dos apontamentos realizados *in loco* e da leitura diária dos registros, foi possível realizar o exercício de análise contínua dos dados colectados.

É preciso sobrelevar que a observação estruturada foi o grande alicerce do presente trabalho, estando indubitavelmente em todos os passos dados no terreno. As conversas informais e as entrevistas não estruturadas foram outra fonte de informação elementar. As pessoas com as quais falamos não se sentiam confrontadas relativamente ao seu saber, deixando a conversa fluir, conseguindo transmitir as informações que queríamos recolher.

Adoptou-se uma orientação subjectiva, cuja finalidade foi compreender os actores e seus comportamentos (adoptar uma postura compreensiva) – opção metodológica do presente trabalho. Essa atitude supõe a participação activa com os sujeitos da investigação, o que permitiu uma análise em profundidade, a qual teve por objectivo a familiaridade do pesquisador com a situação tal como ela é definida por seus actores. Isso permitiu identificar e apreender o comportamento “global” do indivíduo no curso da relação, quer fossem eles comportamentos de linguagem ou físicos (posturas, gesticulações, mímica facial, tom de voz, riso e outros).

Para uma abordagem mais aprofundada, parecia-me que o tempo do trabalho de campo tinha sido relativamente curto – aproximadamente quatro meses (Março a Junho de 2022). Enquanto conduzia as conversas informais, uma das coisas que me preocupava era a duração das interacções, já que não havia definido um critério claro quanto ao tempo e os meus interlocutores tinham os seus afazeres. A respeito disso, tranquilizaram-me as reflexões de Leach (1982), que argumenta que, em uma pesquisa etnográfica, não existe um tempo fixo que sirva como modelo universal, pois a duração do estudo varia bastante de acordo com o próprio observador ou pesquisador. A pesquisa foi feita de forma

continuada, três vezes por semana (segunda, quarta e quinta). As entrevistas foram feitas em português e changana³³.

É importante sublinhar que não é possível estudar todas as pessoas e todos os acontecimentos, numa dada situação social. A amostra é construída para delimitar os contornos da pesquisa. Para este trabalho, pareceu-nos pertinente utilizar uma técnica de amostragem não probabilística: a amostragem intencional e casuística, uma vez que a nossa abordagem foi amplamente qualitativa.

Na amostragem intencional os informantes podem ser seleccionados, para o estudo, de acordo com um certo número de critérios estabelecidos pelo investigador, tais como o seu estatuto (idade, sexo e ocupação) ou experiência prévia que lhes confere um nível especial de conhecimentos. (...) A amostragem casuística é usada para referir o processo pelo qual os investigadores de terreno encontram informantes que lhes proporcionem dados de campo. Neste caso, o investigador selecciona os indivíduos com os quais é possível cooperar. Nestes termos, a replicação é impossível porque o investigador selecciona indivíduos que estão disponíveis e desejam cooperar na investigação (Burgess, 2001, p. 59).

Nesta vertente, no total, foram efectuadas dez (10) entrevistas, sendo sete (7) na categoria de informantes-chave, das quais cinco (5) com pacientes³⁴ e duas (2) com técnicos do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. As outras três (3) foram feitas com os membros das famílias dos pacientes do centro.

Para garantir o princípio de anonimato dos participantes, em todas as entrevistas apresentadas neste trabalho, usou-se nomes fictícios, criados aleatoriamente, como forma de preservar as suas identidades e asseverar a segurança dos mesmos. A ética antropológica destaca e valoriza a importância de proteger os informantes de possíveis retaliações ou consequências negativas decorrentes da pesquisa. Neste contexto, Caplan

³³ Língua falada localmente. A maioria dos moçambicanos utiliza o termo Changana para designar duas variações da língua Tsonga (xiRonga e xiChangana), que representam uma combinação de Ronga e Changana. (Fonte: <https://www.mmo.co.mz>).

Todas as entrevistas feitas em changana foram, posteriormente, traduzidas para a língua portuguesa.

³⁴ É importante referir que os pacientes entrevistados se encontravam numa fase avançada de reinserção sócio-familiar. O Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas faz um acompanhamento (monitoramento) de todos os seus pacientes, mesmo depois que estes se encontrem completamente curados. É nesta vertente que eles encontram, no centro, todo o apoio e espaço para a execução das suas tarefas laborais, tendo nestas um ganho financeiro.

et al. (2003) oferecem elementos úteis sobre as questões éticas na Antropologia, que também desempenharam um papel crucial na colecta de dados em campo. Isso inclui o uso de nomes fictícios para salvaguardar a verdadeira identidade dos participantes da pesquisa e a fidelidade na transcrição dos dados fornecidos, evitando assim adicionar ou omitir informações compartilhadas pelos participantes envolvidos.

3.2.2.1. As fotografias

De acordo com Rios *et al.* (2016), a fotografia, na pesquisa social, representa um recorte da realidade, um momento congelado no tempo e espaço por meio da imagem. A escolha do ângulo, enquadramento e efeitos contribui para a representação de aspectos específicos do tema fotografado. Acrescenta o autor que “constitui assim, num espaço democrático e extremamente instigativo de nossa curiosidade em identificar pessoas e lugares, espaços e épocas” (p. 101).

Para Dubois (2006):

a foto não é apenas imagem (o produto de uma técnica e de uma acção, o resultado de um fazer e de um saber-fazer, uma representação de papel que se olha simplesmente em sua clausura de objecto finito), é também, em primeiro lugar, um verdadeiro acto icónico, uma imagem (...) algo que não se pode conceber fora de suas circunstâncias, (...) inclui também o acto de sua recepção e de sua contemplação (p.15).

Do ponto de vista de Warren (*apud* Rios *et al.*, 2016, p. 102), a ideia de “ver para crer”³⁵ “explica a razão de como a fotografia tem sido tradicionalmente utilizada para documentar eventos e processos, nas ciências sociais”. Nesse sentido, Dubois (2006) afirma que a fotografia conserva traços do passado e pode auxiliar as ciências para entender melhor a realidade do mundo.

Na visão de Flick (2009, p. 222), “as fotografias têm uma alta qualidade icónica, o que pode auxiliar a activar as lembranças das pessoas ou estimulá-las/encorajá-las a elaborarem enunciados sobre situações e processos complexos”. Por sua vez, Soares e Suzuki (*apud* Rios *et al.*, 2016, *ibid*), salientam que as fotografias, em geral, sobrevivem após o desaparecimento físico do referente que as originou. Harper (*apud* Rios *et al.*, 2016,

³⁵ As aspas são do autor.

ibid), preconiza que as fotografias podem produzir dados que ampliam a compreensão sobre processos sociológicos, uma vez que gravam detalhes que podem instigar os expectadores a reflectirem sobre realidades culturais mais amplas.

Para Rios *et al.* (2016), a técnica da fotografia apresenta a limitação de que a fotografia pode ser influenciada ou manipulada em sua apresentação. Contudo, a reflexão sobre as imagens fotográficas permite que as pessoas compreendam os contextos na qual foram produzidas, pois expressam valores, escolhas e momentos, e ao serem materializadas têm a possibilidade de serem apropriadas em diferentes contextos e momentos históricos. Assim, o ver a imagem tem que ser substituído pelo analisar e interpretar, estabelecer relações com a imagem e o contexto do espectador.

No presente estudo, utilizando a técnica da fotografia, foi possível registar imagens dos diferentes locais referentes ao campo do estudo, tais como a vista parcial do edifício principal do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, as salas em que os sujeitos da pesquisa realizam diversas actividades, bem como os trabalhos feitos pelos pacientes, durante a reabilitação psicossocial, entre outros aspectos que as fotografias ilustrarão.

3.2.3. A análise de discurso

No campo de pesquisa, fiz gravações de áudio de todas as conversas, no meu celular, com cada gravação durando entre 15 minutos e uma hora. Depois, transcrevi essas gravações no meu computador, levando em conta as ideias de Emerson *et al.* (2013). Segundo eles, a forma do que é registado depende, primeiramente, de quando, onde e como o equipamento é posicionado e acionado, assim como da maneira como os entrevistados reagem à presença desse equipamento. Assim, a transcrição resulta de decisões analíticas e interpretativas do transcritor sobre as várias questões complexas, como a definição de pontuação para indicar frases complexas, considerando a falta de clareza no final das falas; a escolha de representar ou não os elementos como pausas, sobreposições de fala, ritmos e volumes dos sons, além de palavras que possam ser inaudíveis ou incompreensíveis.

Para o momento da análise, considerou-se importante contar com algumas reflexões sobre a Análise de Discurso (AD), utilizada nesta investigação como uma proposta de análise qualitativa dos dados. A análise de discurso foi criada pelo filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou, na década de 1960, a Escola Francesa de Análise de Discurso. Tem

por objectivo realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos. Visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.

A análise de discurso, para alguns de seus proponentes como Pêcheux (1990), Foucault (1996), significa ir além do que se diz e do que fica na superfície das evidências. Nesse sentido, a identificação do “corpus” dos textos num processo de busca do sentido das falas, aqui compreendidos como alguém e além das palavras, exigiu um rigor na análise, por entender que o discurso materializa a relação entre a ideologia e a linguagem, e encontra-se em permanente construção. Para Maingueneau (1997), um sujeito, ao enunciar, presume uma espécie de *ritual social da linguagem*³⁶ implícito e partilhado pelos interlocutores.

A análise de discurso foi realizada com a articulação dos discursos e referenciada às condições materiais de produção, ou seja, foi considerado o contexto social que envolve o sujeito da pesquisa, que, por sua vez, tem uma posição sócio-histórica em uma conjuntura determinada como orientado por Orlandi (1999).

Utilizou-se o argumento de que o discurso opera por meio da linguagem, que é o ponto de partida para a compreensão da representação do sujeito inscrito em contextos determinados. Orlandi (1999, p. 22), orienta que “é por meio da linguagem que fica explícita a sua visão do mundo, a sua concepção sobre determinado objecto, as representações sociais construídas e comunicadas em diferentes épocas”.

Para Pêcheux (1990), a linguagem não é só uma expressão histórica da realidade social, uma manifestação de relações de poder ideológico que a descrevem. A realidade a constrói.

Segundo Maingueneau (1997), a linguagem é um modo de interacção nas relações sociais. Assim, deve ser percebida como condição de possibilidade de discurso e veículo de transmissão da ideologia. Todo dizer é, ideologicamente, marcado e abrange mais de um sentido, pois é na linguagem que a ideologia se materializa nas palavras dos sujeitos. Para este autor, as palavras mudam de sentido conforme as posições daqueles que a empregam.

³⁶ O itálico é meu.

Diferentemente da análise de conteúdo, a análise de discurso considera que a linguagem não é transparente. A questão que se coloca é como este texto significa, e não o que este texto quer dizer (Maingueneau, 1997; Orlandi, 1999).

Maingueneau (1997, p. 10), acrescenta que a técnica de análise de discurso “exige uma apreensão real de textos, por meio de uma leitura verdadeira, conseqüentemente, uma apropriação de sua opacidade e garante que os textos analisados possuem, de facto, uma significação oculta, mesmo que outro analista se mostre incapaz de decifrá-lo. Ler um texto é atribuir-lhe sentido, é determinar o processo e as condições da produção dos discursos ali materializados”.

Para analisar os discursos, segundo a perspectiva de Foucault (1996), é preciso antes de tudo ficar atento às coisas ditas e recusar as explicações unívocas, as interpretações aparentes daquilo que se manifesta pelas palavras, sendo necessário deixar o discurso aparecer na complexidade que lhe é peculiar.

Para isso, foi necessário olhar os discursos para além de um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, não sendo imediatamente visível, o que não significa estar oculto. Para Foucault (1996), analisar o discurso requer contextualizar as relações históricas, de práticas muito concretas, que estão presentes nos discursos.

Neste estudo, a análise de discurso foi adoptada como técnica, por sua aderência aos propósitos teóricos e metodológicos do estudo e pelas possibilidades oferecidas de reflectir sobre as condições nas quais foram construídos e apreendidos os discursos. A análise de discurso possibilitou a interpretação, não apenas do que foi dito, mas, sobretudo, a ideologia que está por traz dos discursos, o que não estava explícito.

Ao analisar os discursos dos entrevistados, que relataram de forma espontânea e generosa as questões norteadoras da pesquisa, ficaram ora explícitos, ora implícitos, a concepção dos sujeitos informantes sobre o pensar e o fazer no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas aos usuários da saúde mental, contribuindo para a busca do sentido e das nuances contidas e, dessa forma, para a construção de textos narrativos.

Para Minayo (1999), na análise de discurso o “texto”³⁷ é tomado como uma unidade de significações e distingue-se de discurso por ser um conceito analítico, ao passo que o discurso é um conceito teórico-metodológico, a linguagem em interação.

Qualquer texto admite múltiplas possibilidades de leitura. E por mais objectivo e neutro que pareça, manifesta sempre um posicionamento em relação a uma determinada questão e à realidade social.

Seguindo essa orientação e tomando o texto como unidade de análise, apreenderam-se os temas e as figuras de significação contidas no discurso dos entrevistados, com o propósito de construir uma referência que orientasse a compreensão das estratégias de cuidado em relação às pessoas com sofrimento psíquico no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas.

Para proceder à análise, na posse do rico material colectado nas entrevistas de campo, foram seguidos os passos indicados por Fiorin e Savioli (1999), Minayo (1999), Orlandi (1999), Foucault (1996), Maingueneau (1997) e Pêcheux (1990), com o objectivo de apreender do “corpus”³⁸ do texto as figuras de significação, considerando o contexto histórico do processo de produção contido nos discursos.

Assim, após leituras sucessivas, procurou-se atribuir sentido aos trechos dos discursos que continham uma ideia, elaborando uma primeira classificação, em que cada tema foi recortado e agrupado. Na sequência, fez-se a classificação por temas mais relevantes.

Para que se pudesse retornar ao discurso, à medida que as unidades temáticas eram extraídas do texto, foi adoptada uma codificação, nomeando quem a emitiu. Durante esse processo, buscou-se assegurar o anonimato dos participantes, de acordo com os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos. As entrevistas foram codificadas e classificadas seguindo a ordem cronológica em que foram realizadas: ET1 e ET2, referindo-se aos técnicos de saúde, EP1, EP2, [...] e EP5, referindo-se aos pacientes e EF1, EF2 e EF3, ao se tratar dos familiares dos pacientes, respeitando-se somente a ordem de ocorrência, sem a preocupação com a identificação individual dos participantes. Esse cuidado deveu-se à necessária preservação do anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo.

³⁷ As aspas são do autor.

³⁸ As aspas são minhas.

A seguir, foi feito um mapeamento das ideias centrais com uma leitura transversal de cada entrevista, buscando a unidade dos significados. A aproximação das ideias centrais semelhantes originou a definição dos temas e o agrupamento dos mesmos. De acordo com as afinidades, emergiram as categorias e subcategorias empíricas, que se apresentaram articuladas, subordinadas e com interdependência manifesta na singularidade da prática das equipes no cuidado oferecido no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas.

Assim, foi evidenciada a particularidade das acções de cada um em relação aos demais membros da equipe, aproximando-se da totalidade da prática no modelo de atenção. A análise permitiu identificar três categorias empíricas e duas subcategorias reveladas pelos profissionais e usuários, o que possibilitou uma aproximação com o fenómeno em estudo. Essas categorias constituem-se recortes que auxiliaram na análise, mas que podem limitar a visão, porque a actividade de trabalho não tem fronteiras. Todavia, essa foi a representação possível para a análise nesse processo de abstração.

À medida que emergiu a visão do conjunto das categorias e das subcategorias, a realidade deste estudo foi sendo configurada, ora revelando, ora ocultando o fenómeno, como lhe é próprio.

A aproximação da prática dos sujeitos da pesquisa, com a apreensão da experiência singular destes, que se expressaram com visões do mundo, valores e crenças de uma forma rica e diferenciada, permitiu a construção de um movimento dialéctico, que se configurou entre o concreto e o abstracto, entre a dimensão singular, particular e o geral.

No intuito de proporcionar uma melhor fluidez ao texto, optou-se por utilizar os segmentos dos discursos dos entrevistados, com vistas a enriquecer os resultados deste estudo, conforme descrito no capítulo 4, particularmente, como em todo o trabalho.

3.2.4. Comodidade e constrangimentos do trabalho de campo

Houve alguns contratempos específicos ao campo, para a introdução do pesquisador, no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, o que demandou a reformulação do cronograma da pesquisa. Inicialmente, a inserção aconteceria no mês de Janeiro de 2022, o que não foi possível por um atraso na aprovação da credencial por parte da direcção do curso.

Aprovada a credencial, na segunda-feira, dia 28 de Fevereiro de 2022, às 9h da manhã, marcava o início de uma jornada que mudaria a minha perspectiva sobre a saúde mental. Ao me aproximar do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, deparei-me com um grandioso muro pintado de branco que circundava aquela instituição. A construção, alta e imponente, evocava sensações contraditórias: protecção e isolamento. A torre, no interior, mas bem visível do lado de fora, com a sigla do Centro, erguia-se majestosa, como um guardião silencioso das histórias que ali se desenrolavam. A curiosidade impulsionou-me a tocar a pesada campainha. O portão abriu-se, lentamente, revelando uma cancela que me conduziu para dentro. A sensação era a de cruzar um portal para um mundo desconhecido. Fui recebido por uma senhora de semblante sereno, que me convidou a aguardar em uma pequena sala ao lado. Dentro da pequena sala, igualmente, totalmente pintada de branco, pude aperceber-me que se tratava da recepção. Enquanto esperava, os meus pensamentos vagavam entre a expectativa e a ansiedade. O que me aguardava dentro daquele gigantesco muro?

Figura 1: Foto da torre do CRPS



Figura 2: Vista parcial do edifício principal



Fonte: Fotos copiadas do Facebook do CRPS, 13 Março de 2022

A figura 1 ilustra a torre do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. Com a sua forma cilíndrica e altura imponente, parece que evoca a imagem de um farol que guia os usuários daquele Centro em sua jornada de recuperação. A sua localização estratégica – na entrada do Centro, a escassos metros do edifício principal (figura 2) – sugere-nos o início de uma nova etapa, marcada pela esperança e pela possibilidade de transformação. A escolha de materiais naturais, na sua construção, como a pedra e a madeira, confere à

torre um aspecto acolhedor e próximo da natureza, reforçando a ideia de cura e reintegração social.

No interior do Centro, a minha expectativa era de ser recebido pelos responsáveis do Centro, a fim de alinharmos os detalhes da minha pesquisa. No entanto, fui informado, pela recepcionista, que a irmã-chefe se encontrava em uma reunião. A frustração inicial logo foi substituída pela curiosidade em relação à rotina daquele local.

A recepcionista, demonstrando cordialidade, solicitou que eu deixasse a minha credencial. Com um sorriso gentil, garantiu-me que entregaria o documento à irmã-chefe, assim que a reunião fosse encerrada. A promessa de um breve contacto deixou-me mais tranquilo, mas também me fez reflectir sobre a dinâmica do Centro e a importância das relações interpessoais nesse ambiente.

Despedi-me da recepcionista com um misto de esperança e apreensão. Combinámos que retornaria no dia seguinte para saber se a minha solicitação havia sido autorizada. A expectativa de iniciar a pesquisa era grande, mas a incerteza sobre o futuro me deixava um pouco ansioso.

No dia seguinte, retornei ao Centro, com o coração pulsando forte. Qual não foi a minha surpresa, ao descobrir que a minha credencial havia sido rejeitada, devido a uma falha no nome da instituição. A frustração invadiu-me, pois sabia que a correcção desse erro levaria tempo, e o tempo era um recurso escasso, para a minha pesquisa.

Após várias tentativas de negociação, sem sucesso, fui obrigado a buscar uma solução na minha instituição de ensino. A burocracia pareceu-me interminável, mas a necessidade de dar continuidade à pesquisa impulsionou-me a seguir em frente. Finalmente, após uma semana de espera, recebi a nova credencial com o nome da instituição corrigido.

Retornei ao Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, com cautela, verificando cuidadosamente todos os dados da credencial. Desta vez, tudo estava conforme. Entreguei o documento e fui informado que entrariam em contacto, assim que a confirmação fosse obtida. A espera pela autorização final tornou-se um período de grande ansiedade, mas também de aprendizado.

Feita a autorização, na segunda-feira, dia 21 de Março de 2022, às 9h, fiz-me ao local da pesquisa. No campo, tive o privilégio de interagir com várias pessoas, o que tornou este momento num dos mais inolvidáveis da pesquisa. Ainda assim, no início deste percurso,

existiam dúvidas, por parte de todos aqueles que constituem o Centro, relativamente ao papel do pesquisador na instituição: se era visitante, se era estagiário de serviço social, ou de outra natureza; a questão fundamental prendia-se com “o que faz um antropólogo num centro de reabilitação psicossocial?” Existiam algumas dúvidas sobre até onde poderiam anuir-me o acesso. Após a apresentação do projecto aos funcionários que inter-relacionar-se-iam comigo e o devido esclarecimento das dúvidas, estes concordaram em participar do desenvolvimento do projecto. Essa aproximação com os técnicos, na fase exploratória da pesquisa, facilitou a entrada no campo, pois, ao chegar ao Centro, já era identificado como pesquisador. Com a rotina da minha presença no Centro, a desconfiança foi diminuindo, fui-me integrando nos vários grupos e começou a perceber-se melhor o meu papel, até que, posteriormente, tive a integração completa e aceitação pessoal.

3.2.5. Sujeitos da pesquisa

Para MISAU (2006), a saúde mental em Moçambique sempre foi uma área contemplada pelo Governo. Contudo, a assistência prestada aos doentes mentais no país era do tipo reclusiva em que os pacientes foram confinados em manicómios (período colonial), passando, no pós-independência, por uma segunda fase de total libertação dos doentes, seguindo-se um tipo de cuidados em regime semiaberto a partir de 1990, com a participação das comunidades, tendo sempre em vista a reabilitação e reinserção social destes.

Actualmente, e depois de terem sido preconizados, no Programa Nacional de Saúde Mental, em 1990, os objectivos referentes à organização e estrutura do serviço clínico e de reabilitação – incluindo a criação de uma rede de atendimento em psiquiatria e saúde mental, que engloba serviços de psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social e as suas respectivas áreas afins, bem como outras áreas de saúde em geral – ainda não foram atingidos na íntegra (MISAU, 2006).

Frente a todas as necessidades vivenciadas pelos doentes mentais, sejam elas de ordem material, relacional ou emocional, o hospital parece virar a solução para todas as carências quando as outras intervenções se encontram enfraquecidas. Neste caso, incluímos aspectos de natureza diversa: as chances de escuta das suas dificuldades, chances de acções que pudessem, de facto, evitar o percurso de exclusão, para realizar intervenções

que considerem e busquem o estabelecimento de estratégias de cuidados mais apropriados às necessidades dessas pessoas.

Os sujeitos desta pesquisa são, fundamentalmente, homens e mulheres, que frequentam o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, que surge como solução para os cuidados de reabilitação dos pacientes e como uma estrutura intermédia, entre o internamento a tempo inteiro e a completa reintegração familiar, social e escolar, por conta da insuficiência dos serviços públicos de assistência aos doentes mentais.

Tabela 1: Perfil sociocultural dos sujeitos do estudo

Designação do entrevistado	Estado civil	Sexo	Faixa etária	Ocupação
Rui 06/04/2022	Solteiro	Masculino	32 anos	Agente social
Telma 11/04/2022	Casada	Feminino	28 anos	Terapeuta
Paulo 04/05/2022	Solteiro	Masculino	20 anos	Jardineiro
Sara 11/05/2022	Solteira	Feminino	19 anos	Artesã
Rosa 18/05/2022	Solteira	Feminino	42 anos	Cozinheira
Afonso 25/05/2022	Solteiro	Masculino	23 anos	Pedreiro
José 26/05/2022	Solteiro	Masculino	28 anos	Artesão
Ana 06/04/2022	Viúva	Feminino	61 anos	Aposentada
Gilda 14/04/2022	Casada	Feminino	46 anos	Docente
Tina 18/04/2022	Solteira	Feminino	34 anos	Doméstica

Fonte: Dados da pesquisa

IV CAPÍTULO

4. Apresentação e interpretação dos resultados

O presente capítulo compreende dois momentos principais. O primeiro, diz respeito à apresentação e caracterização da cidade de Maputo, como sendo este o local que compreende o campo do presente estudo. No segundo, faço a apresentação e interpretação dos resultados.

4.1. A Cidade de Maputo

4.1.1. Localização geográfica

Maputo é a capital e a maior cidade da República de Moçambique. É também o principal centro financeiro, corporativo e mercantil do país. De acordo com o Portal do Governo³⁹, localiza-se geograficamente na região Sul de Moçambique. Estende-se do Distrito Municipal KaTembe ao bairro de Chiango (KaMavota), no sentido Sul/Norte e da Ilha de Inhaca (Distrito de KaNyaka) ao vale de Infulene (Distrito de KaMubukwane), na orientação Este/Oeste.

Faz o seu limite com a Província de Maputo nos extremos Norte, Sul e Oeste e é banhado pelo Oceano Índico no extremo Este, onde se localiza a Ilha de Inhaca.

A Cidade de Maputo tem uma área de cerca de 347 Km², distribuída pelos seus sete distritos urbanos, tal como ilustra a tabela abaixo.

Tabela 2: Área geográfica por Km²

Distrito Municipal	Bairros/Povoações	Área Geográfica
Distrito Urbano de KaMpfumo	Central A, B e C; Alto Maé A e B; Malhangalene A e B; Polana Cimento A e B; Coop e Sommerchield.	12 Km ²
Distrito Urbano de Nlhamankulu	Aeroporto A e B; Chamanculo A, B, C e D; Xipamanine; Minkadjuíne; Unidade 7; Malanga e Munhuana.	8 Km ²
Distrito Urbano de KaMaxaquene	Mafalala; Maxaquene A, B, C e D; Polana Caniço A e B e Urbanização.	12 Km ²
Distrito Urbano de KaMavota	Mavalane A e B; FPLM; Hulene A e B; Ferroviário; Laulane; 3 de Fevereiro; Mahotas; Albazine e Costa do Sol.	108 Km ²
Distrito Urbano de KaMubukwana	Bagamoyo; George Dimitrov (Benfica); Inhagoia A e B; Jardim; Luís Cabral; Magoanine; Malhazine; Nsalane; 25 de Junho A e B e Zimpeto.	53 Km ²

³⁹ www.cmaputo.gov.mz – consultado em 14 de Março de 2022.

Distrito Municipal de KaTembe	Gwachene; Chale; Inguice; Ncassene e Xamissava.	101 Km ²
Distrito Municipal de KaNyaka	Ingwane; Ribjene e Nhaquene.	52 Km ²
Superfície Total		347 Km²

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Maputo>, acedido em 14/03/2022

4.1.2. Dados etno-históricos

De acordo com Loforte (2002), Maputo, também chamada Xilunguine, Cidade das Acácias, Pérola do Índico ou Khapfumo é, entre todas as cidades de Moçambique, uma das formações mais recente. A informação disponível regista ter sido o navegador e comerciante português Lourenço Marques, entre 1544 e 1545, o primeiro europeu a fazer o reconhecimento da baía, que a designou de Espírito Santo. Foi o início das viagens anuais que os portugueses passaram a fazer a partir da Índia e, mais tarde, da Ilha de Moçambique, para o comércio do marfim que trocavam por tecidos e missangas. Fundada no século XVI, serviu como o principal entreposto português naquele ponto do oceano Índico, graças à sua baía privilegiada. Foi em homenagem ao conhecimento que a baía foi dada o nome de Lourenço Marques, em 1544, pelo rei de Portugal, D. João II. Nos finais do século XIX, Lourenço Marques foi elevada à categoria de cidade, tornando-se capital de Moçambique. A partir dos anos 40 e 50 do século XX, a cidade expandiu-se a nível comercial, industrial e residencial.

O mesmo autor avança que, com a independência do país, passou a designar-se Maputo, no ano de 1976, por directivas do primeiro Presidente de Moçambique, Samora Moisés Machel. Maputo, ao longo da história, já foi Baía de ka-Mpfumo, Baía Formosa, Baía da Boa Paz, Delagoa Bay e Lourenço Marques, tendo ascendido à categoria de cidade a 10 de Novembro de 1887.

A cidade é habitada maioritariamente pelos Rongas – um dos três grupos dos Tsongas – e tem como línguas predominantes o Português, Xichangana, Xironga, Cicopi, Xítsua e Bitonga (Loforte, 2002).

4.1.3. População

De acordo com o Anuário Estatístico da Cidade de Maputo (2021), Maputo tem uma população recenseada em 2017 de 1.127.565 habitantes, sendo 579.627 mulheres e 547.938 homens. As projecções do INE, para o ano de 2024, apontavam para um total de 1.193.000 habitantes, um aumento populacional de 2, 58%, em relação ao ano anterior.

4.1.4. O Bairro das Mahotas

Na periferia da cidade de Maputo, encontra-se o Bairro das Mahotas, onde está edificado o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. Segundo Loforte (2002), esta zona tem experienciado, nas últimas décadas, um crescimento acentuado, devido à mobilidade residencial dos habitantes de Maputo, à migração causada pela guerra desde 1992 (sobretudo das zonas rurais das províncias de Gaza e Inhambane), crise de produção, destruição dos circuitos de comercialização no campo, entre outros (e.g.: destruição de infraestruturas e vias de comunicação, medo e violência), sendo uma zona com elevada densidade populacional. O conjunto destes fatores dá origem a uma redução dos rendimentos económicos e faz aumentar o número de desempregados, que encontram na cidade uma possibilidade de garantir a sua sobrevivência, deslocando-se desta forma para este Bairro próximo da capital (Loforte, 2002). De acordo com o mesmo autor, apesar de estar situado na periferia da capital, é um bairro que ainda não dá total resposta às necessidades básicas da população: acesso à água, electricidade e apoio hospitalar, verificando-se a ausência de infraestruturas sociais e económicas.

4.1.5. Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas – o campo da pesquisa

De acordo com Irmãs Hospitaleiras (2022d), o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas (CRPS) é um centro que pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e situa-se no bairro das Mahotas (arredores de Maputo) e que, apesar de não estar referido nos dados recolhidos junto do MISAU, tem um papel de relevância no âmbito da prestação de cuidados de saúde e reabilitação, na cidade de Maputo. Este centro apresenta o seu enfoque e intervenção em duas grandes áreas de reabilitação: Pediatria e Saúde Mental. Assim, o CRPS dispõe de dois centros, o Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil e o Centro de Reabilitação para adultos. O primeiro foi

fundado em 2002 e destina-se a crianças com deficiência, SIDA, tuberculose, entre outras, onde são acompanhadas, diariamente, cerca de 70 crianças e respectivas famílias e cuidadores. No segundo caso, o centro foi fundado em 1998, assiste cerca de 40 adultos, diariamente, portadores de doença e/ou deficiência mental e visa o acompanhamento médico e terapêutico dos utentes, bem como a sua reabilitação e reinserção laboral e ocupacional.

A Reabilitação Psicossocial é uma perspectiva relativamente recente, que se baseia na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Também é necessário sensibilizar a comunidade para a aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração, na escola, no emprego, nos grupos sociais e de lazer, na família. É preciso promover a autonomia e o exercício dos direitos, através do *empowerment* das pessoas que têm perturbações mentais e da advocacia junto da sociedade. É preciso criar redes de suporte social que dêem apoio às competências adquiridas e a desenvolver.

A definição de Reabilitação Psicossocial da OMS (2001) inclui todas estas vertentes: “A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais [...] Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.”

A Reabilitação Psicossocial intervém em diversas áreas, tais como:

- treino de competências pessoais e sociais;
- formação profissional;
- emprego apoiado e emprego protegido;
- empresas de inserção;
- residências comunitárias;
- actividades ocupacionais, culturais e de lazer;
- grupos de auto-ajuda com utentes ou famílias;
- *empowerment*; e
- luta contra o estigma.

4.1.5.1 Assistência clínica e terapêutica

A intervenção clínica nas unidades de reabilitação está orientada para a autonomia e manutenção das Actividades de Vida Diária (AVD), assim como o apoio farmacológico e psicossocial, sempre de acordo com o plano individual dos utentes e com o acompanhamento da equipa técnica assistencial (Irmãs Hospitaleiras, 2016). O centro disponibiliza consultas de (pedo)psiquiatria, psicologia e enfermagem, bem como apoio alimentar e sessões de terapia ocupacional, e na unidade infantil ainda são disponibilizadas consultas de fisioterapia e fisioterapia (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

Para além das duas Unidade de Reabilitação, o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas agrega ainda uma estrutura assistencial, o CAT – Centro de Acolhimento Temporário, com capacidade para 5 utentes adultos, estabilizados clinicamente e em processo de integração na comunidade e na família. Frequentam o Centro durante o dia com o objetivo de promover a sua autonomia pessoal e integração sociocomunitária (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

No Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas são desenvolvidos os seguintes projectos de reabilitação: tapeçaria, rendas, bordados e costura; bijuteria e artes plásticas, reciclagem do papel; quinta pedagógica – horticultura, agropecuária e jardinagem; espaço mulher/homem; treino de Actividades de Vida Diária (AVD); treino de competências pessoais e sociais; educação para a saúde; e estimulação psicomotora, bem como outras actividades que contribuem para a reabilitação: reuniões comunitárias; apoio nas refeições; limpeza de espaços comuns; educação parental (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

Seguidamente, é apresentada cada uma das Unidades de Reabilitação que compõem o Centro.

4.1.5.2. Unidade de Reabilitação Infantil S. Bento Menni

A Unidade de Reabilitação Infantil S. Bento Menni unidade, criada em 2002, constitui a valência infantil do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, com capacidade para 35 crianças até aos 12 anos com diferentes diagnósticos (e.g.: PC, AGD, DID e T21, epilepsia, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tuberculose e malnutrição), prestando-lhes apoio nutricional, farmacológico e de reabilitação física e psíquica. A intervenção visa potenciar o desenvolvimento infantil, para uma maior autonomia nas

Actividades de Vida Diária (AVD) e/ou bem-estar, sendo desenvolvidas ações de educação pedagógica para os cuidadores no âmbito da saúde, alimentação e estimulação psicomotora (Irmãs Hospitaleiras, 2022d; 2016).

4.1.5.3. Unidade de Reabilitação de Adultos S. João de Deus

A Unidade de Reabilitação de Adultos S. João de Deus unidade, criada em 1998, tem capacidade para 40 jovens/adultos com DID e/ou problemas neuropsiquiátricos (e.g.: epilepsia, psicoses), estabilizados clinicamente e com capacidades para reinserção social. Esta Unidade recebe também os utentes que até aos 12 anos de idade estavam na Unidade Infantil e que não foram inseridos na comunidade escolar, assegurando-se o seu processo de aprendizagem e integração social. Os utentes são provenientes dos bairros de Maputo que rodeiam o Centro e/ou transferidos do Hospital Psiquiátrico Infulene (Irmãs Hospitaleiras, 2016). Nesta Unidade são desenvolvidos programas de reabilitação psicossocial para a aprendizagem e aquisição de competências de autonomia, reinserção familiar e integração sócio laboral (Irmãs Hospitaleiras, 2022d; Irmãs Hospitaleiras, 2016).

4.1.5.4. Equipa

A equipa do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas é constituída por 20 elementos: 14 profissionais do Centro (fisiatra, fisioterapeuta, enfermeiro, 6 monitoras, porteiro, motorista/manutenção, cozinheira, ajudante de cozinha e agricultor) e 6 enviados pelo Ministério da Saúde de Moçambique (2 psicólogos, psiquiatra, técnica de psiquiatria, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta). Periodicamente, o Centro recebe profissionais voluntários e estagiários do curso de acção social, de psicologia, de terapia da fala e de terapia ocupacional (Irmãs Hospitaleiras, 2016).

4.1.5.5. Parcerias e protocolos

O Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas conta com o apoio do Ministério da Saúde de Moçambique, através do acordo de cooperação de 1999, com o envio de alguns técnicos (referidos anteriormente). Conta também com o apoio da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado, de benfeitores residentes em Moçambique e de outros países

(produtos alimentares e de higiene), *Fundación Benito Menni* (Fundação Espanhola); e Associação Portuguesa Amigos de Raoul Follereau (produtos alimentares). O Centro funciona também em parceria com o Hospital Psiquiátrico Infulene de Moçambique (Irmãos Hospitaleiras, 2016).

A escolha do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas deveu-se ao facto de ser uma instituição de referência na área da assistência social, especificamente, na protecção social especial de média complexidade às pessoas em situação de risco pessoal e social por violação dos seus direitos, o que demanda intervenções específicas. Os que são acompanhados pelo Centro chegam por busca espontânea ou por encaminhamento de outros serviços públicos. Estando na instituição, quando em concordância, passam por atendimentos especializados, tais como actividades de cuidado pessoal, alimentação, oficinas temáticas, acesso às acções da promoção e assistência social, suporte e acompanhamento psicológico, bem como a oferta de outros serviços.

4.2. Encontrando os sujeitos da pesquisa

O interesse pelos serviços realizados no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas para com os sujeitos com doenças mentais despontou através das inquietações advindas a partir de observações feitas a essa população. Inquietações em saber o porquê a cada dia que se passava crescia o número de pessoas a viverem nas ruas; indagações em saber quais eram as experiências/histórias de vida daqueles sujeitos, quais os motivos que os levaram a viver nos corredores, fazendo das ruas suas casas, seu meio de sobrevivência.

Não foi possível manter conversa com sujeitos com doenças mentais que não fossem frequentadores do Centro, pelo facto de tratar-se de uma população que um dia se encontra em um determinado ponto, noutro dia já não estão, pois os mesmos não se fixam em um lugar específico e assim tornando mais difícil a pesquisa. Os poucos que colaboravam, quando questionados, respondiam com poucas palavras e de forma bastante objectiva.

Deve ser ressaltado, igualmente, que foram estudadas pessoas que viveram ou vivem nas ruas, que passaram por um período de forte insegurança e fragilidade de relações interpessoais, e ainda passam, não sendo tão fácil, portanto, criar uma relação de confiança com elas. A inserção etnográfica, nesse caso, revelou-se adequada a este

estudo, pois uma participação activa e semanal dentro do local de pesquisa ajudou a construir um vínculo seguro e uma relação de confiança com os sujeitos pesquisados, possibilitando, assim, uma melhor segurança no processo de recolha de dados.

A interacção do pesquisador com os sujeitos pesquisados ocorreu desde a primeira visita ao centro, através da participação em grupos semanais ou na individualidade, conforme será detalhado mais adiante. Acredito que essa interacção facilitou tanto a escolha dos sujeitos a serem entrevistados, individualmente, quanto à espontaneidade desses sujeitos nos momentos em que se procedeu à recolha de dados.

As 9h, na segunda-feira, dia 21 de Março de 2022, com o sol rabiscando timidamente as janelas do Centro, prometia um dia produtivo. Ao chegar ao Centro, fui recebido, com um sorriso acolhedor, pela enfermeira-chefe – ela era responsável do Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil que, por conta das restrições impostas pela COVID-19, continuava sem receber pacientes. Neste caso, para além da assistência ao Centro de Reabilitação para Adultos, igualmente, auxiliava nos trabalhos administrativos. A minha expectativa era grande, naquela manhã. A enfermeira-chefe, com sua experiência e empatia, conduziu-me por uma jornada que me permitiu compreender a complexidade do trabalho desenvolvido na instituição.

Após uma breve conversa com a enfermeira-chefe sobre os aspectos gerais do Centro, gentilmente, convidou-me a conhecer as instalações em que funciona o Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil. Ao adentrarmos a unidade, a atmosfera era de tranquilidade. O interior das instalações, embora simples, era bastante colorido, limpo e organizado. A anfitriã conduziu-me por corredores silenciosos e cheiros desinfectados, um lembrete constante da pandemia que ainda nos assombrava. Enquanto caminhava, observei que o Centro dispunha de uma “brinquedoteca” equipada com brinquedos educativos (alguns guardados em prateleiras), o que demonstra a preocupação do Centro em proporcionar um ambiente lúdico para as crianças hospitalizadas. Além disso, notei a presença de um enorme quadro branco, na sala de espera, onde os pais podiam deixar mensagens para os seus filhos. A enfermeira-chefe mostrou-me cada cantinho: a sala de brincar, a área de repouso (com pequenas camas coloridas) e a cozinha, onde as crianças costumavam fazer lanches divertidos. A ausência dos pequenos inquilinos tornava o ambiente um pouco triste, mas a enfermeira-chefe, com a sua voz calorosa, sempre me transmitia a esperança de que, em breve, a alegria voltaria.

Na saída do Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil, a caminho do Centro de Reabilitação para Adultos, cruzamo-nos com o Rui, o agente social, a quem a enfermeira-chefe fez questão de me apresentar. Numa conversa breve, com o agente social, concordámos que sairíamos juntos, na quinta-feira, dia 24 de Março, para uma actividade, numa escola próxima do Centro. Deixámos o Rui e, em seguida, continuei a caminhada com a enfermeira-chefe, a caminho do Centro de Reabilitação para Adultos. Enquanto caminhávamos, a imagem do Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil, totalmente vazio, não me saía da mente. Para compreender as complexidades do sistema de saúde mental e as implicações das políticas públicas, naquele contexto pós-pandemia, questionei a enfermeira-chefe sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do Centro. A enfermeira-chefe relatou:

“A pandemia agravou significativamente a falta de recursos. Com a redução do orçamento, foi necessário, para além do encerramento provisório do Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil, diminuir o número de actividades terapêuticas e o tempo de atendimento individualizado aos pacientes. Além disso, a dificuldade em adquirir materiais para as oficinas e a falta de equipamento de protecção individual para os profissionais comprometem a qualidade do atendimento. A burocracia para solicitar novos recursos também se intensificou, o que gerou um grande desgaste para a equipe”.

No Centro de Reabilitação para Adultos, a atmosfera era mais contemplativa, mais serena, mas não menos intensa. A enfermeira-chefe explicou que, devido às restrições impostas pela pandemia, o número de utentes havia sido reduzido pela metade. Mesmo assim, o ambiente era acolhedor e familiar. A convivência com a COVID-19 havia moldado a rotina dos pacientes, que encontravam no Centro um espaço de acolhimento e cuidado. Enquanto caminhávamos pelos corredores, pude observar os pacientes interagindo, em grupos menores, participando de actividades terapêuticas ou simplesmente descansando. A enfermeira apresentou-me cada espaço, detalhando as actividades realizadas e os desafios enfrentados pela equipe durante a pandemia.

Durante a apresentação da enfermeira-chefe, na sala de actividades, a terapeuta ocupacional Telma desenvolvia uma oficina de arte. Os pacientes, num total de 18, estavam sentados em torno de uma mesa, cada um com a sua tela em branco e pincéis em mãos. A terapeuta, com um sorriso gentil, incentivava a expressão individual. Um dos participantes, um homem mais velho, escolheu cores vibrantes, para pintar um pôr do sol. Os seus traços eram firmes e decididos, revelando uma enorme habilidade. Ao lado dele, uma jovem mulher criava uma colagem com recortes de revistas e fotografias. Os seus olhos brilhavam, enquanto escolhia cada imagem, como se estivesse a construir um novo mundo.

Figura 4: Trabalhos feitos pelos pacientes durante a reabilitação psicossocial



Fonte: Fotos feitas pelo pesquisador

As oficinas terapêuticas proporcionam um espaço para que os pacientes possam expressar os seus sentimentos e desenvolver as suas habilidades através da arte. A figura 4 apresenta diversos trabalhos feitos pelos participantes, demonstrando a riqueza e a diversidade das produções artísticas geradas nesses espaços.

Numa quinta-feira, conforme o combinado com a terapeuta Telma, profissional que seria fundamental para a minha pesquisa, adentrámos por um universo de possibilidades, com o intuito de compreender as dinâmicas terapêuticas e o processo de (re) inserção sócio-familiar, onde explorámos os espaços que seriam os nossos companheiros nessa jornada: a sala polivalente, um ambiente amplo e convidativo, ideal para actividades em grupo e individuais, com cores suaves e uma luz natural, que inundava o espaço, criando uma atmosfera de calma e serenidade. Logo a seguir, a sala de fisioterapia que, por sua vez, era equipada com recursos que visavam o desenvolvimento motor e a autonomia dos

pacientes. Além dos equipamentos modernos, chamou-me a atenção, igualmente, o seu piso de madeira macia, que amortecia cada passo.

A cada ambiente, um novo universo abria-se, revelando as diversas possibilidades terapêuticas. Uma das actividades que mais me chamou a atenção foi a sessão de canto e dança. A música e o movimento corporal entrelaçavam-se, criando um clima de leveza e descontração. Ao observar as interações entre os pacientes e a terapeuta, pude perceber a importância da expressão artística como ferramenta terapêutica, favorecendo a comunicação, a autoestima e a integração social. Imerso naquele campo da terapia ocupacional, busquei compreender os significados atribuídos às práticas terapêuticas pelos pacientes e profissionais envolvidos. A terapeuta Telma, com sua experiência e empatia, proporcionou um ambiente seguro e acolhedor para que os pacientes pudessem expressar as suas emoções e dificuldades:

“A terapia pra mim é como um farol no meio da tempestade. Eu me sentia perdido, sem saber pra onde ir. As sessões me ajudam a entender melhor meus sentimentos e a encontrar ferramentas para lidar com as dificuldades do dia a dia. A terapeuta Telma tem uma forma muito especial de me ouvir, sem julgamentos. Ela me faz pensar sobre coisas que eu nunca tinha parado para analisar antes, e isso tem sido muito importante para o meu crescimento pessoal” (paciente 1).

“Desde que comecei a terapia, me sinto mais leve e com mais disposição para as actividades do dia a dia. As sessões de fisioterapia me ajudam a recuperar a minha força e a minha flexibilidade, enquanto as actividades em grupo me proporcionam a oportunidade de interagir com outras pessoas e fazer novos amigos. A terapeuta Telma é como uma segunda mãe para mim, sempre me incentivando e acreditando em meu potencial (paciente 2).

As falas dos pacientes 1 e 2 mostram a importância que o trabalho terapêutico tem nas suas vidas. A partir delas, é possível auferir tamanho carinho que os pacientes nutrem

pela fisioterapeuta Telma, o que se configura crucial para o sucesso de todo o processo terapêutico. Durante a entrevista que a terapeuta⁴⁰ me concedeu, pude perceber o nível de comprometimento que ela tem para com o seu trabalho:

“O trabalho com cada paciente é único e exige uma escuta atenta e empática. É fundamental criar um ambiente seguro e acolhedor, para que eles possam se expressar livremente. Através das actividades terapêuticas, buscamos estimular o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais e cognitivas, promovendo a autonomia e a qualidade de vida dos pacientes. É gratificante ver o progresso de cada um e perceber como a terapia pode transformar vidas” (Ent. nº 1 – Telma).

Figura 5: Sala de actividades (polivalente)



Figura 6: Sala de fisioterapia



Fonte: Fotos feitas pelo pesquisador

As figuras 5 e 6 mostram a sala de actividades (polivalente) e a sala de fisioterapia, respectivamente. A sala polivalente, onde os usuários podem relaxar, socializar e participar de diversas actividades. A partir dali, os pacientes podem seguir para a sala de fisioterapia, um espaço dedicado à reabilitação física, onde adquirem força e autonomia. A sinergia entre esses dois ambientes proporciona um cuidado integral, promovendo a saúde física, mental e social dos usuários.

⁴⁰ Telma, entrevistada a 20 de Maio de 2022.

Ao participar das sessões de canto e dança, pude observar como a música e o movimento corporal actuavam como facilitadores da comunicação e da expressão emocional. As interacções entre os participantes e a terapeuta revelaram a importância do vínculo terapêutico para o processo de reabilitação e reinserção social.

As primeiras narrativas dos pacientes ilustram a importância da reinserção psicossocial, um conceito que discuti, anteriormente, no qual o apoio terapêutico actua como um 'farol', oferecendo direcção e promovendo o crescimento pessoal e a melhoria da interacção social. Isso também ressoa com a perspectiva da Antropologia Médica, que valoriza a experiência subjectiva do paciente e a busca por significado, em sua jornada de saúde-doença.

Observar o Centro de Reabilitação Infanto-Juvenil, bem como o Centro de Reabilitação para Adultos foi uma experiência enriquecedora, que me permitiu ter uma primeira impressão do funcionamento do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. A enfermeira-chefe foi uma excelente anfitriã, fornecendo informações relevantes e respondendo a todas as minhas dúvidas.

É importante ressaltar que as primeiras interações com os sujeitos desta pesquisa foram marcadas por uma mistura de cordialidade e cautela. Inicialmente, as conversas eram curtas e formais, mas à medida que me mostrei mais interessado em suas histórias, um clima de confiança começou a se estabelecer. Os profissionais do Centro demonstravam um profundo compromisso com o bem-estar dos pacientes. Durante as minhas observações, pude perceber a importância que eles atribuíam à construção de um vínculo de confiança com cada indivíduo. No entanto, também identifiquei a necessidade de mais recursos para oferecer um atendimento mais personalizado e individualizado.

4.2.1. A visita à escola: por uma interacção com a comunidade

Na quinta-feira, dia 24 de Março, na companhia do Rui, visitámos a Escola Primária das Mahotas, que se localiza nas proximidades do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. Ao chegarmos à escola, fomos recebidos pela directora, que nos apresentou à equipe pedagógica e nos conduziu por suas instalações. A escola, embora modesta, demonstrava um ambiente acolhedor e familiar. Ela acolhia um número considerável de alunos de diferentes faixas etárias. As salas de aula eram coloridas e bem iluminadas, com

cartazes e trabalhos dos alunos adornando as paredes. No entanto, notei a necessidade de alguns reparos na infraestrutura, como a pintura das paredes e a troca de alguns equipamentos.

Ao conversarmos com alguns alunos, percebi a existência de um bom relacionamento com os professores. Contudo, alguns deles demonstraram certa dificuldade em expressar os seus sentimentos e emoções, o que pode indicar a necessidade de um trabalho mais aprofundado, na área da saúde mental.

A directora da escola mencionou a existência de um programa de saúde mental, em parceria com o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, que incluía palestras regulares sobre temas como *bullying*, autoestima e prevenção do suicídio. No entanto, ela evidenciou a importância de ampliar-se essas acções e de oferecer-se um acompanhamento mais individualizado aos alunos que apresentam sinais de sofrimento emocional. Questionada sobre as necessidades da instituição que dirige, no dia-a-dia, ela respondeu:

“Fora das necessidades infraestruturais, a escola carecia de profissionais especializados em saúde mental, como psicólogos e assistentes sociais, para oferecer um atendimento mais completo aos alunos. Igualmente, mencionou a importância de capacitar-se os professores para identificar e lidar com situações de sofrimento emocional nos adolescentes e jovens”.

A visita à Escola Primária das Mahotas proporcionou-me uma visão mais ampla sobre a actuação do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas na comunidade e a importância da interacção entre a saúde e a educação. Foi uma experiência bastante enriquecedora. Pude observar o cotidiano escolar, as interacções entre alunos e professores e os recursos disponíveis, o que me levou a perceber a importância do trabalho em rede e a necessidade de integrar os serviços de saúde e educação para promover o bem-estar dos adolescentes e jovens. Outrossim, a visita permitiu-me compreender melhor o contexto social no qual os pacientes atendidos pelo Centro estão inseridos.

A parceria com o CRPS e as palestras realizadas na escola demonstram uma tentativa de intervenção no nível comunitário, buscando reduzir o estigma e promover a inclusão,

elementos cruciais para uma reinserção social bem-sucedida, conforme discutimos no enquadramento sobre políticas públicas e as directrizes da OMS.

A minha jornada profissional como professor de uma escola secundária coloca-me, constantemente, em contacto directo com alunos que enfrentam desafios relacionados à saúde mental. Ao longo dos anos, percebi uma lacuna significativa no acesso a serviços de qualidade e no entendimento das necessidades específicas desses alunos. Essa experiência motivou-me a aprofundar os meus conhecimentos sobre o tema e a buscar soluções para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Acredito que a saúde mental é um aspecto fundamental do bem-estar humano e que todos têm o direito de receber o apoio necessário para alcançar o seu pleno potencial. A minha pesquisa visa, igualmente, contribuir para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e humanizado, onde as pessoas com problemas de saúde mental sejam valorizadas e respeitadas.

4.2.2. A visita às famílias dos pacientes: encontros inesperados

Num outro dia, acompanhado pelo agente social, um conhecedor profundo da comunidade, adentrei em um labirinto de vielas estreitas e casas humildes. A cada esquina, um novo encontro: crianças descalças brincando de bola, mulheres conversando à porta de casa, homens trabalhando em pequenos reparos. A sensação era de estar imerso em um universo paralelo, onde os ritmos da vida desenrolavam-se de uma forma mais lenta e autêntica. Naquela manhã, o sol castigava a poeira que se erguia a cada passo, revelando um cenário contrastante de casas coloridas e outras em ruínas. O ar, carregado de um misto de aromas de comida caseira e esgoto, acompanhava a trilha sonora do bairro das Mahotas: o barulho dos carros, o canto dos pássaros e as vozes distantes de crianças brincando. O nosso programa era de visitar duas famílias, cujos membros são frequentadores do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas.

Durante a caminhada, deparamo-nos com situações que revelavam a complexidade da vida na comunidade. Uma senhora, sentada à porta de casa, conversava sozinha, gesticulando de forma intensa. O agente social, com delicadeza, a abordou, saudando-a pelo nome, quebrando o silêncio que a envolvia. A mulher, ao ouvir o seu nome, voltou os olhos para ele, num misto de surpresa e reconhecimento em seu olhar. Começou a

falar, a sua voz baixa e rouca, sobre a saudade dos filhos que haviam se mudado para um outro país. A lembrança dos tempos passados a fez sorrir com tristeza, enquanto as suas mãos acariciavam um pano desbotado, talvez um objecto carregado de significado. O agente social, pacientemente, a ouvia, oferecendo palavras de conforto e companheirismo. A conversa fluiu, naturalmente, revelando uma história de vida marcada por perdas e dificuldades. A figura solitária da senhora, era um ponto focal em meio àquela rua movimentada. Os seus olhos, opacos e distantes, pareciam perdidos em um mundo interior. O sol incidia sobre o rosto daquela senhora, delineando as rugas profundas que se formavam ao redor de seus olhos. Os seus lábios tremiam, levemente, enquanto ela relembrava os momentos felizes de sua juventude. A imagem daquela senhora sozinha, perdida em suas lembranças, comoveu-me profundamente. Senti a necessidade de oferecer-lhe um abraço, um gesto simples que pudesse transmitir um pouco de calor e conforto. No meio daquele momento emocionante, após um profundo suspiro, a senhora quebrou o silêncio e disse:

“Sabe, meu filho... [com lágrimas solitárias escorrendo pelo seu rosto], meu filho, a vida era tão diferente, antigamente. A gente plantava a própria comida, criava os animais, e a família toda reunia-se à noite para contar histórias. Lembro como se fosse hoje da noite em que o meu pai me contou a história daquela estrela cadente que ia realizar todos os meus desejos. Eu pedi um marido trabalhador e honesto, e olha só, ele apareceu! Casámos novos, tivemos três filhos lindos... Mas a vida é assim, né? A gente planta, cuida, e de repente uma tempestade leva tudo embora. Perdi meu marido pra uma doença, e os meninos, um por um, foram embora pra cidade grande [referência à África do Sul]. Às vezes, sinto que sou só mais uma folha levada pelo vento. Mas, sabe, ainda tenho esperanças. Espero que um dia eles voltem pra me visitar”.

Em outro momento, um pouco depois de despedirmo-nos daquela senhora, cruzámo-nos com um jovem que caminhava em círculos, pela rua, murmurando, para si mesmo, palavras incompreensíveis. Os seus olhos, alheios à realidade ao redor, transbordavam uma angústia profunda, ao mesmo tempo que apresentavam um brilho estranho e os seus movimentos eram descompassados. O agente social, com a sua experiência e

sensibilidade, apercebeu-se que o jovem precisava de ajuda, pelo que se aproximou e iniciou uma conversa calma e serena com o mesmo. Inicialmente, resistente, o jovem, aos poucos, foi se abrindo, compartilhando fragmentos de seus pensamentos e medos. Falou sobre a dificuldade de se relacionar com as pessoas, sobre a sensação de estar perdido e sem rumo. O agente social, com empatia e profissionalismo, ouviu-o com atenção, buscando estabelecer uma conexão e oferecer apoio:

“Eu nunca me encaixei de verdade. Na escola, todo o mundo achava-me estranho. As meninas riam de mim, os meninos me chamavam de esquisito. Eu só queria ter um amigo de verdade, alguém que me entendesse. Quando comecei a me sentir assim, me afundei nos livros. Lia muito, mas nada mudava. Tentei fazer amigos na internet, mas é tudo muito superficial. Às vezes, penso em desistir de tudo, mas aí lembro da minha mãe e sei que tenho que ser forte por ela”.

Deixámos o jovem para trás, um pouco antes de termos conversado e concluído que, num outro dia, com mais vagar, voltáramos àquele local, para melhor nos inteirmos da situação do jovem, para um melhor acompanhamento, no Centro ou mesmo junto à sua família.

Já eram quase 13h, quando chegámos à porta da primeira família. A casa que visitámos era pequena e simples, com poucos móveis, de material precário, com suas paredes rachadas e o telhado de zinco enferrujado, oferecia pouco abrigo contra o sol escaldante. Ao entrar, o ar quente e húmido carregava o cheiro de comida caseira e de roupa lavada secando ao sol. A sala, com poucos móveis, era dominada por uma grande televisão ligada em um canal de novelas. Uma mulher de meia idade, com o rosto marcado por rugas e olhos cansados, recebeu-nos com um sorriso tímido. Os seus cabelos grisalhos estavam presos em um coque desajeitado, e as suas mãos, ásperas pelo trabalho doméstico, acariciavam um pano de prato bordado.

Durante a conversa, a mulher contou-nos sobre os desafios que enfrentava para cuidar do seu filho, que sofria de um transtorno mental. O jovem, de vinte anos, estava sentado em um canto, olhando fixamente para a parede. Os seus olhos, grandes e expressivos, transmitiam uma tristeza profunda. A mãe apresentou-nos, e ele apenas acenou com a

cabeça, sem tirar os olhos da parede. A conversa foi difícil, no início, mas aos poucos, a mãe começou a falar sobre os desafios que enfrentava para cuidar do filho. Contou sobre as noites mal dormidas, as crises de ansiedade e a dificuldade de encontrar trabalho:

“Tem dias que... eu só queria poder dormir uma noite inteira. Sem me preocupar se ele vai ter uma crise, se vai acordar no meio da noite assustado. O cansaço é maior que a gente, sabe? É duro. Ver o teu próprio filho ali, num mundo só dele, e não consegues chegar até ele... É uma dor que não se explica. Mas a gente continua. Porque tem que continuar. O trabalho... Ah, o trabalho é outra luta. Quem é que contrata uma mãe que precisa faltar sem aviso, que tem que sair correndo por causa de uma crise? A gente se vira como pode, a vender coisas aqui e ali. Mas não é fácil”.

Apesar de tudo, os seus olhos brilhavam quando falava sobre os progressos que o seu filho havia feito desde que começou a frequentar o Centro de Reabilitação Psicossocial as Mahotas:

“Mas graças a Deus, e ao Centro das Mahotas... as coisas estão a mudar. Ele já consegue olhar para mim às vezes, já responde com um aceno quando eu falo com ele. Pode parecer pouco, mas para nós, isso é um mundo. O terapeuta disse que é um passo de cada vez. Hoje ele acena, amanhã talvez diga uma palavra. E eu acredito. Tenho que acreditar. Ninguém entende o que é ver o teu filho a 'voltar', mesmo que devagarinho. Vê-lo a caminhar para a luz. É a maior recompensa que uma mãe pode ter. Apesar de tudo, ele é o meu filho. É o meu mundo. E eu vou estar aqui para ele, não importa o que aconteça. Não importa o tempo que demore. Às vezes, quando ele está mais calmo, eu sento ao lado dele, toco na mão dele. E sei que, mesmo que ele não consiga expressar, ele sente que eu estou aqui”.

Quando era um pouco depois das 14h, fomos recebidos na segunda família. A casa era bem diferente da primeira: maior, mais organizada, com móveis modernos e uma decoração sofisticada. Ela era decorada com fotos de família e havia um pequeno altar no canto da sala, evidenciando a importância da fé para a família. A sala de estar era espaçosa e iluminada, com uma estante repleta de livros e um piano de cauda encostado na parede.

A família recebeu-nos em um ambiente mais formal. O pai, um homem de meia idade, fala pausada, bem vestido e com um ar sério, recebeu-nos na porta. Explicou-nos como o Centro de Reabilitação havia ajudado o seu filho a superar um período difícil:

“É com muito gosto que os recebemos. Acreditamos que a partilha destas experiências é crucial para que outras famílias entendam a importância de um acompanhamento profissional. O Centro de Reabilitação foi, para nós, uma luz ao fundo do túnel. Sem eles, o caminho teria sido... bem, muito mais desafiador. O tratamento não foi apenas para o nosso filho, mas para todos nós. A família precisou de se unir e aprender a lidar com esta nova realidade. Não é algo que se enfrente sozinho. O apoio profissional foi essencial para manter a nossa estrutura e a nossa sanidade”.

Os seus filhos, dois adolescentes, estavam sentados no sofá, jogando videogame. O filho mais velho, que era acompanhado pelo Centro de Reabilitação, cumprimentou-nos com um sorriso tímido. Durante a conversa, o pai contou-nos sobre a importância do tratamento para o seu filho e como a família havia se unido para superar essa dificuldade. Ele mostrou-nos um quadro pintado pelo filho, que estava pendurado na parede da sala. A pintura era colorida e vibrante, e representava uma paisagem bucólica:

“Temos de ser práticos e objectivos. A doença é uma realidade, mas também o é a capacidade de superação. A pintura que o meu filho fez, por exemplo... Acredito que ela reflecte o progresso dele. É uma prova visual do quanto ele tem se esforçado. O tratamento está a correr bem, sim. Mas a nossa maior

preocupação, a minha e da minha esposa, é o futuro dele. O estigma social ainda é um peso muito grande. Como será que ele vai conseguir um emprego? Como é que a sociedade o vai aceitar? A esperança, sim, existe. Mas ela anda de mãos dadas com a incerteza. Não podemos ser ingénuos. A batalha é longa e diária. É preciso lutar contra a doença e contra o preconceito das pessoas.”

As conversas com os familiares revelaram um misto de esperança e desespero. Muitos deles expressavam preocupação com o futuro de seus entes queridos e com as dificuldades de lidar com a doença no dia a dia. A falta de recursos e o estigma social eram temas recorrentes nas nossas conversas.

Essas experiências permitiram-me compreender, de forma mais profunda, a realidade das pessoas que vivem na comunidade e os desafios que enfrentam. A observação atenta dos detalhes, como os cheiros, os sons e as expressões faciais, ajudou-me a construir uma imagem mais rica e complexa da vida dessas pessoas. Além disso, a interacção com os moradores da comunidade proporcionou-me a oportunidade de estabelecer relações de confiança e de aprender sobre as suas histórias de vida.

As diferentes reacções e necessidades observadas nas famílias - desde a saudade e esperança até à angústia e isolamento – sublinham a complexidade do processo de reinserção, no contexto familiar, um aspecto central da minha análise, alinhado com as discussões sobre o papel da família como um grupo social primário e sua influência no bem-estar e pertencimento, conforme explorei no enquadramento teórico.

As narrativas da primeira e da segunda família ilustram, igualmente, os desafios e os recursos envolvidos no processo de reinserção, tanto em termos de apoio familiar quanto do papel do CRPS. A resiliência da mãe, na primeira família, e o apoio da comunidade religiosa, na segunda, ecoam as discussões sobre as redes de apoio social como elementos facilitadores da reinserção, um ponto relevante, quando consideramos as políticas públicas voltadas para o fortalecimento dos laços sociais.

É preciso sublinhar o papel crucial do agente social que, naquele contexto, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental e na reinserção social de indivíduos e famílias. A sua actuação, que transcende o âmbito clínico, envolve a construção de

pontes entre os serviços de saúde, a comunidade e as famílias, promovendo a inclusão e o bem-estar social. Ele actua como um elo entre os serviços de saúde mental e a comunidade, facilitando o acesso aos serviços e promovendo a adesão aos tratamentos. O agente social conhece a realidade local, as necessidades da população e os recursos disponíveis, o que o torna um mediador eficaz entre os diferentes actores sociais. No entanto, é preciso superar os desafios existentes – a formação continuada desses profissionais, o investimento em recursos e a criação de políticas públicas que valorizem a saúde mental, para que o agente social possa desempenhar o seu papel de forma plena e eficaz.

4.3. A família como cuidadora da pessoa em sofrimento psíquico

A família pode ser classificada como um *locus* do cuidado, espaço indispensável da sobrevivência, do desenvolvimento e da protecção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo ou da forma como se estrutura (Pinho, Kantorski, 2004; Ferrari, Kaloustian, 1998; Maurás, Kayayan, 1998).

A família exerce para com o doente mental um papel primordial, tanto ao nível de aproximação como de afastamento. O meio familiar é o porto seguro que o indivíduo necessita para se manter equilibrado. Assim, “se o sistema familiar funcionar de forma conturbada, com conflitos e indefinições de papéis e de regras, os seus elementos e, sobretudo, o paciente designado, ou doente, quando existe, ressentir-se-á muito fortemente, nomeadamente, com sinais de hostilidade e desinteresse, reacções impulsivas, inesperadas, infantis, ou outras quaisquer formas que adopta para, ilusoriamente, atenuar a insegurança que vive e, de algum modo, controlar as referências ao seu próprio contexto” (Cordo, 1992, p. 49).

Ao escutar a família, o profissional da área de saúde pode descobrir quais cuidados se fazem necessários, bem como verificar que o sofrimento não é exclusivo daquele que se encontra doente (Cesarino, 1989). Investigar, junto a familiares e usuários, sua percepção sobre o desencadeamento, o curso, o impacto no cotidiano e formas de tratamento dos que se encontram em sofrimento mental, permite a instrumentalização das equipas na avaliação do grau de crítica da realidade e dos conhecimentos sobre a doença que familiares/usuários possuem (Luís, Margiotte, Santos, 1989). Tais percepções a respeito da saúde ou da doença, compartilhadas por familiares e usuários, sofrem influência de

seu contexto cultural, religioso, económico, indicando a necessidade de que o contexto de vida das famílias seja, também, considerado (Melman, 2002; Osinaga, 1999).

“O primeiro desafio para a família e os amigos é mudar a forma de encarar aqueles comportamentos que podem ser sintomas de doença – comportamentos como não querer sair da cama, estar irascível e irritadiço, “acelerado”⁴¹ e irreflectido, demasiado crítico e pessimista” (Mondimore, 2003, p. 284).

A família deve perceber que tem um papel fundamental para o tratamento e reinserção do doente, deste modo, deve cooperar e ser activa neste processo. Muitas vezes as famílias oscilam entre se sentirem responsáveis pela doença e atribuírem-na ao próprio doente ou a causas externas. Em conversa com o senhor Rui⁴², foi possível perceber a mudança de atitude, por parte dos familiares que cuidam dos seus doentes e que frequentam o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas:

“Actualmente, é notável que as famílias estão mais envolvidas no cuidado dos doentes do que no passado, quando o paciente era internado e deixado de lado. As visitas eram feitas, e a família se desligava das suas responsabilidades com o enfermo. Muitas vezes, ocorre um nível de sobrecarga, quando a doença é crónica e o paciente apresenta dificuldades em se adaptar ou se recuperar, após um episódio agudo da doença. Nesse momento, a família pode se sentir exausta e precisar de algum tipo de alívio. Contudo, actualmente, a família não se afasta tanto desse compromisso. Hoje-em-dia, todos os nossos pacientes têm acompanhantes” (Ent. nº 2 – Rui).

A doença mental tem características muito próprias, que acabam por desgastar e sobrecarregar aqueles que acompanham estes doentes. O impacto da doença é visível não só no próprio doente como na família, nas pessoas de referência, com quem mantêm laços, no meio envolvente. O sofrimento e desgaste, sobretudo ao nível das famílias, acontece

⁴¹ As aspas são do autor.

⁴² Rui, entrevistado a 13 de Maio de 2022.

porque toda a dinâmica familiar fica perturbada, todos os membros da família são afectados pela doença.

A família pode ter duas características: protectora ou ausente em relação ao utente. A família protectora mantém os laços afectivos fortes; isola o doente, limitando a sua interacção com as redes. Este tipo de família procura um contacto frequente com os técnicos e serviços, contudo, nem sempre cumpre as orientações técnicas, gerindo a terapêutica de acordo com as suas convicções. Ao querer proteger o doente de tudo, esta família protectora dificulta o seu tratamento. A família ausente caracteriza-se por manter laços afectivos muito fracos. Tende a desresponsabilizar-se do apoio ao doente, chegando mesmo a afastar-se deste. Os contactos com os serviços são escassos e não colabora na orientação terapêutica do doente. Esta desvinculação das famílias acontece devido à grande sobrecarga que o apoio ao doente exige. Não existem respostas que aliviem as famílias no apoio ao doente, originando, muitas vezes, o afastamento destas e a fomentação do estigma, pois começam a olhar o doente como um estorvo. Este posicionamento é corroborado pela Telma⁴³:

“Uma rede de apoio social, independentemente da sua natureza, pode ter um papel relevante. É importante ter em mente que não podemos ser forçados a cuidar de um familiar com quem não temos um relacionamento próximo. Lidar com um ente querido doente pode ser muito desgastante, pois ninguém deseja ter um familiar nessas condições. Nem todos os doentes contam com o suporte de uma boa família, portanto é fundamental trabalhar para envolvê-los em objectivos terapêuticos. A criação deste Centro de Reabilitação Psicossocial foi uma resposta à falta de apoio familiar” (Ent. nº 1 – Telma).

Por norma, a família é um núcleo pequeno, pelo que se encontra sobrecarregada, caracterizando-se as relações entre os seus membros pela assimetria e falta de reciprocidade. A pessoa doente recebe muito mais do que aquilo que pode dar, causando

⁴³ Telma, entrevistada a 20 de Maio de 2022.

situações de stress, tensão e desgaste. A doença pode aglutinar todo o sistema familiar como grupo, fomentando o isolamento social e reduzindo todo o contacto com o exterior.

A equipa do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas considera as famílias o principal suporte para os doentes psiquiátricos. Assim, as famílias devem estar dotadas com conhecimentos e informações sobre a doença e a terapêutica prescrita ao seu familiar, bem como devem possuir uma orientação sobre as estratégias adequadas aos cuidados diários a executar e a exercer nos momentos de crise.

A informação, a orientação e o suporte dado às famílias constitui parte integrante do processo de reintegração social dos doentes psiquiátricos. A participação das famílias constitui uma dimensão importante no tratamento dos doentes, contribui para uma maior adesão ao tratamento tendo impacto positivo nos Serviços de Saúde Mental.

Pensar sobre a participação da família no tratamento de pacientes com doenças mentais e na sua reinserção social representa um passo importante. Deve-se considerar que os familiares possuem um papel relevante no processo de transformação do tratamento psiquiátrico que delimita o actual momento da saúde mental. Mas o que ainda se percebe é que muitos familiares apresentam expectativas negativas em relação à possibilidade de melhora de seu familiar doente. Tais expectativas negativas surgem em função de alguns fracassos no tratamento, que levam os familiares a não acreditarem na mudança de uma realidade que se mantém insatisfatória por um longo período de tempo (Nóbrega, 2006).

Considerando que os familiares estão mergulhados em sobrecargas de cuidados, alguns trabalhos científicos têm-se preocupado em investigar as necessidades que eles apresentam. Os resultados têm apontado para carências que se expressam em diversos níveis: de informações sobre a doença e seu tratamento; de identificação de recursos de saúde, sociais e legais; e de ajuda psicológica no enfrentamento da problemática (Pollio *et al.*, 2006).

4.4. Trabalho assistido e geração de renda: quando a reinserção dá frutos

Outro importante factor para a assiduidade dos usuários ao Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas está relacionado ao facto de a maioria dos pacientes possuir uma renda mensal familiar inferior, vivendo em comunidades carentes. Devido a esta

característica do público do Centro, verificou-se que o estímulo ao desenvolvimento de actividades que levam à geração de renda tem um lugar de destaque no serviço.

Em um projecto de trabalho implementado no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas é possível verificar a importância que o trabalho assume, na concepção da equipa técnica, para a melhora terapêutica dos usuários do serviço e para o estímulo da autonomia e cidadania:

“A participação em actividades é essencial para o usuário. O trabalho desempenha um papel crucial na promoção da sua independência. Os projectos de trabalho e o tratamento, combinados, permitem que o usuário de saúde mental cumpra as suas tarefas com sucesso e desempenhe os papéis necessários para uma vida produtiva, constituindo parte importante do seu plano terapêutico. [...] Além disso, o trabalho proporciona segurança ao usuário, já que os profissionais de saúde estão cientes de suas limitações e podem trabalhar com outros intervenientes de apoio para ajudar a superar possíveis desafios” (Ent. nº 1 – Telma).

A senhora Ana⁴⁴, que é acompanhante de um dos pacientes do centro, nas suas falas, deu a entender a importância que o trabalho assistido tem na vida do seu filho:

“Olha, eu agradeço muito este hospital. Meu filho já está a melhorar muito. Antes ele ficava muito doente por causa da falta de dinheiro de comprar comida e outras coisas, porque eu já não trabalho, o que recebo da aposentadoria é muito pouco, não chega para nada. Aqui, ele consegue trabalhar, comprar coisas dele e já não se mete com aqueles amigos dele antigos, que o levavam para beber e fumar” (Ent. nº 8 – Ana).

⁴⁴ Ana, entrevistada a 27 de Maio de 2022.

O trabalho é valorizado pela ideia de que ele favorece o usuário no desempenho de tarefas produtivas, o que desenvolveria a sua confiança e o levaria a um melhor agenciamento do seu projecto terapêutico.

Essa ideia é igualmente encontrada no discurso do Paulo⁴⁵ ao afirmar que:

“Se você conhecer alguém que precise de um jardineiro para “txunar” o seu jardim, por favor me avise. Estou a juntar dinheiro para logo ir pedir a minha mulher de volta à nossa casa... (pausa um pouco, respira fundo e depois continua). Estou determinado a recomeçar a minha vida” (Ent. nº 3 – Paulo).

O projecto acima mencionado refere-se ao trabalho assistido, financiado pelos parceiros do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. Em 2022, ele contava com cerca de 12 pacientes trabalhando dentro e fora da instituição. Paulo, Sara, Rosa, Afonso e José são parte dos beneficiários. O mesmo, compreende o artesanato (seis pacientes), jardinagem (dois pacientes), construção civil (dois pacientes) e cozinha (dois pacientes). Os artesãos criam objectos por meio da transformação da matéria-prima e produzem vários objectos, para diferentes finalidades, tais como cestos trançados, cerâmicas e ornamentos (colares e pulseiras). Os jardineiros cuidam, primeiramente, dos espaços abertos e fechados do Centro. Por vezes, fazem trabalhos na vizinhança, como forma de estimular a sua criatividade e promover ainda mais a sua saúde mental e bem-estar. Os técnicos de construção civil trabalham em coordenação com outros profissionais, executando as suas tarefas dentro e fora de Centro. Por sua vez, os cozinheiros, actuam no refeitório do Centro, juntamente com outros profissionais desta área.

Além das actividades do projecto, outros usuários conseguem obter renda através da reciclagem, actuando como catadores e recebendo dinheiro equivalente à venda dos materiais recolhidos na vizinhança e reciclados numa transformadora próxima do centro.

As actividades desenvolvidas no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas são bastante variadas, para que o sujeito possa escolher com as quais se identifica. Dessa forma, são oferecidas às pessoas não pelo seu diagnóstico; ao contrário, estão à disposição

⁴⁵ Paulo, entrevistado a 6 de Maio de 2022.

do usuário segundo o seu desejo de participação, através das possibilidades de escolha que a ele são oferecidas.

Segundo o profissional entrevistado, as actividades:

“[...] constituem um meio de trabalhar o aprendizado e o desenvolvimento do potencial criativo do paciente, sendo uma estratégia mesmo de sociabilidade, de convivência, de resgate da cidadania, de ser alguém, de ter um lugar, então eu acho que elas são bastante resolutivas, a gente vê, assim, na prática, no dia-a-dia” (Ent. nº 2 – Rui).

O trabalho assistido desenvolvido no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, por um lado, afasta-se da idéia de ‘laborterapia’ trazida por Goffman (1974), uma vez que não é voluntário, gerando renda, mesmo que ínfima, para os pacientes (renda essa que, algumas vezes, é a única com a qual o usuário pode contar). Por outro lado, acredita-se, assim como foi evidenciado pelo autor, que o trabalho se configure como “um meio através do qual o paciente pode exprimir a sua capacidade readquirida de assumir deveres civis” (p. 163).

A realização de trabalho terapêutico parece, portanto, fundar-se no pressuposto de que o paciente pode “retornar a um estado de saúde através do trabalho” (Goffman, p. 167). Essa idéia parece compartilhada pelos usuários que, pelo menos em duas situações, mostraram uma vinculação directa entre o desenvolvimento de um trabalho e a sua saúde mental. Dois usuários, separadamente, disseram que, quando conseguissem um trabalho fora da instituição (um deles é pedreiro), interromperiam o tratamento psiquiátrico a que se submetem, mostrando que o facto de terem sido aceitos em trabalhos fora da instituição evidenciaria uma melhora de suas condições psiquiátricas.

Essas declarações evidenciam, também, que, como indicou Goffman (1974, p. 173): “[...] qualquer que seja o incentivo dado ao trabalho, esse incentivo não terá a significação estrutural que tem no mundo externo.”

Percebe-se, então, a presença de diferentes expectativas relacionadas ao trabalho assistido. Enquanto os técnicos o vêem como transitório e como uma forma de estimular as potencialidades sadias dos pacientes, estes vêem o trabalho na instituição como uma

forma de geração de renda e de inserção social, uma vez que acreditam que, por trabalharem, a distância frente aos desajustes sociais seja diminuída, mostrando a existência de “diferentes motivos para o trabalho e diferentes atitudes com relação a ele” (Idem).

Dentro do projecto de trabalho assistido desenvolvido no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, mudanças significativas vêm sendo apresentadas na vida diária dos internos. A principal delas refere-se à modificação gradual das práticas de cuidado até então desenvolvidas, que atribuíam ao paciente um papel de não implicação na construção do seu cotidiano, apenas reproduzindo um quadro de abandono e de alienação que não permitia considerar outras possibilidades de vida que não a hospitalização. O modo como os recursos do hospital eram praticamente ignorados fazia com que o resgate do quotidiano e a reconstrução da vida dos internos raramente pudessem fazer parte de seus projectos terapêuticos. Desta maneira, o projecto de trabalho assistido reactivou um novo modo de utilização dos ricos recursos oferecidos pela instituição. Esses recursos, cujo eixo são as actividades laborais, permitem (re)elaborar, de diversas formas, a construção de novas propostas de ressocialização dos pacientes. Assim, o envolvimento de alguns parceiros vizinhos do Centro, no projecto de trabalho assistido, vem trazendo uma nova tónica à instituição, fazendo com que os frutos desse trabalho tenham uma projecção além de suas cercas e também devolvam uma dinâmica à “rotina” institucional, através da participação da comunidade.

Deste modo, a reabilitação do doente mental “consiste não só em curar a sua doença, mas também em restabelecer a comunicação do seu Eu com o meio. O ponto alto da reabilitação é a integração social, a devolução do doente aos seus grupos humanos de referência, mas para isso um longo processo é necessário” (Leitão, 1974, p. 71).

Para que a reinserção seja um sucesso, é necessário, em primeiro lugar, o apoio incondicional da família e/ou das pessoas de referência. Este apoio social dar-lhe-á a segurança necessária para que consiga atingir o segundo ponto da reinserção: o trabalho. O trabalho vai permitir-lhe chegar à auto-realização, vai facilitar a comunicação com os outros e com o meio, vai permitir ao doente ganhar dinheiro para satisfazer as suas necessidades básicas. Assim, com estes dois pontos alcançados, o doente reaprende a viver em sociedade. No entanto, o doente mental não tem as mesmas capacidades e competências que a nossa sociedade exige, tem limitações que o condicionam tanto a nível social como laboral. É importante que a equipa multidisciplinar esteja atenta a este

facto. “Todavia, nada será possível fazer enquanto as resistências e os preconceitos disfarçados sob as mais variadas formas impedirem o doente de ser aceite como um ser humano, e sem esta aceitação não há identificação e, portanto, integração social” (Leitão, 1974, p. 72).

Os relatos dos pacientes sobre os benefícios do trabalho assistido - desde a promoção de tarefas produtivas e segurança até ao afastamento de influências negativas e a reconstrução da vida - evidenciam o impacto concreto de estratégias de reinserção social que vão além do tratamento clínico. Essa dimensão do trabalho como um caminho para a autonomia e a retomada de um papel social activo responde directamente a minha questão de partida sobre como as políticas públicas podem efectivamente contribuir para a reinserção, considerando as necessidades dos pacientes.

4.5. Da exclusão ao estigma social

A expressão exclusão social está hoje muito generalizada e difundida, porém, poucos sabem claramente o que significa. Robert Castel (*apud* Costa, 1998, p. 9), define exclusão social como “a fase extrema do processo de marginalização, entendido este como um percurso descendente, ao longo do qual se verificam sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade. Um ponto relevante desse percurso corresponde à ruptura em relação ao mercado de trabalho, a qual se traduz em desemprego (sobretudo desemprego prolongado) ou mesmo um desligamento irreversível face a esse mercado. A fase extrema – a de exclusão social - é caracterizada não só pela ruptura com o mercado de trabalho, mas por rupturas familiares, afectivas e de amizade”. Assim, a exclusão social pode ser de tipo económico (pobreza, falta de recursos), de tipo social (ausência de laços sociais), de tipo cultural (factores de ordem cultural, como o racismo), de origem patológica (factores de natureza psicológica ou mental), e por comportamentos auto-destrutivos (como a toxicodependência e o alcoolismo) (*idem*: p. 21).

Deste modo, e de acordo com o glossário da Segurança Social⁴⁶, exclusão social é um conceito que traduz uma situação oposta à de participação e que pode assumir diversas acepções conforme os contextos nacionais em que ela é usada. A exclusão surge com a agudização das desigualdades, resultando numa dialéctica de oposição entre aqueles que

⁴⁶ Segurança Social, in <http://195.245.197.196/left.asp?03.06.10>.

efectivamente mobilizam os seus recursos no sentido de uma participação social plena e aqueles que, por falta desses mesmos recursos, se encontram incapacitados para o fazer. A exclusão resulta, então, de uma desarticulação entre as diferentes partes da sociedade e os indivíduos. Coexistem, ao nível da exclusão, fenómenos sociais diferenciados, tais como o desemprego, a marginalidade, a discriminação, a pobreza, entre outros.

A exclusão social que se manifesta na pessoa que sofre de uma doença psiquiátrica acontece a todos os níveis, quer seja no seu meio social, na família ou no local de trabalho. A sua doença é vista como a justificação de todo e qualquer comportamento, perdem credibilidade e competências, pois a sociedade desvaloriza as suas capacidades. Os depoimentos de Sara e Afonso⁴⁷ que a seguir apresento parecem sugerir isso:

“Pensam que eu sou doido. Nós somos, né? Quem ‘tá’ nos imãs, quem ‘tá’ no Centro é doido, entendeu? Então, são essas coisas que nos falam” (Ent. nº 6 – Sara).

“Dizem que eu não tenho um juízo perfeito; que eu sofro de um distúrbio mental, que eu não tenho um juízo perfeito. Pensam que sou doida eu” (Ent. nº 4 – Afonso).

A compreensão que os entrevistados relatam sobre o transtorno mental varia entre a concepção da sociedade, da família e a concepção que têm de si mesmos. Observa-se a importância dada ao que os outros compreendem como transtorno mental, que é uma visão estigmatizante, afectando a pessoa com a doença. O indivíduo acaba por perder a sua identidade, ao se reconhecer e ser reconhecido pela forma como é definido.

As falas da Rosa⁴⁸ também apontam que acreditam que a família tenha uma compreensão do transtorno mental como algo que é controlado pelas pessoas acometidas, no sentido de que é uma escolha da pessoa. Essa característica é algo que pode aumentar ainda mais o sofrimento e contribuir para a internalização do estigma, pois faz com que essas pessoas se sintam menos importantes e incompreendidas pela percepção de descrédito por parte dos familiares, que deveriam constituir uma rede de apoio:

⁴⁷ Sara e Afonso, ambos entrevistados a 6 de Maio de 2022.

⁴⁸ Rosa, entrevistada a 6 de Maio de 2022.

“Quando fui internada neste centro pela minha família, percebi que eles se importavam comigo, mas depois me deixaram de lado. Parecia que pensavam: ‘ah, ela escolheu viver assim, deixe-a viver da forma que quiser’, mas não era o que eu queria. O problema se manifestou de maneira que teve um grande impacto na minha vida pessoal e social, afectando a minha interacção com a sociedade” (Ent. nº 5 – Rosa).

Enfatizamos que a compreensão expressa nessas falas se refere a uma representação da doença mental como falta de vontade e como escolha, como se as pessoas com transtornos mentais estivessem inventando a doença e como se pudessem estar bem, se quisessem. Esses factores são negativos para a sua recuperação, pois favorecem o sentimento de desamparo e descrédito por parte da família, fazendo com que se sintam diminuídos e estigmatizados.

Na minha opinião não devemos falar de exclusão social, mas sim de estigma. Estas pessoas vivem uma discriminação por algo que as categoriza e que, de algum modo, as diferencia daquelas ditas normais, são rotuladas.

Foi com os gregos que nasceu o termo estigma, criaram esta palavra para “se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava (...), actualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal.” (Goffman, 1988, p. 11). Quando falamos em estigma, referimo-nos a um atributo verdadeiramente depreciativo. “Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso” (*idem*, p. 13).

Os indivíduos portadores de doença psiquiátrica confrontam-se, no seu dia-a-dia, com os medos e os preconceitos dos outros. As pessoas ditas normais têm medo pois acreditam que estes doentes sejam perigosos. O estigma é o maior obstáculo à recuperação, pois a doença pode ser tratada, no entanto a discriminação continua.

Jara (2006) chama a atenção no sentido de que:

o estigma para as pessoas que sofrem de doenças psíquicas começa na própria rotulação, com a denotação vaga de doença mental a conotar a pessoa como menos válida, incapaz, imprevisível, incurável, má, etc. (...) A questão do estigma tem grande relevância para a saúde pública, para a saúde das pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas, para a saúde mental e para a saúde moral. Por isso, a OMS e a Associação Psiquiátrica Mundial inscrevem o combate ao estigma como uma importante tarefa no sentido de igualizar as pessoas com doenças mentais às pessoas que sofrem de outras doenças. Para a redução do estigma, apontam-se algumas linhas de orientação que se inscrevem numa melhoria dos cuidados de saúde, desde a prevenção primária até à reabilitação (p. 21).

Em concordância com Leader (s/d), a pessoa que sofre de doença mental é uma pessoa comum. Nos hospitais ou centros de reabilitação, a atenção para com a singularidade de cada paciente, que está implícita na abordagem psicanalítica, é ainda mais importante, nos dias actuais, por vivermos numa sociedade que tem cada vez menos espaço para o detalhe e o valor das vidas individuais. Apesar de, constantemente, proclamarem da boca para fora que respeitam as diferenças e a diversidade, as pessoas de hoje são mais que nunca coagidas a pensarem de maneira uniforme, desde o berço até aos corredores da vida profissional. Isso é algo que vemos reflectido no mundo da saúde mental, onde é comum considerar-se o tratamento como uma técnica quase mecânica a ser aplicada a um paciente passivo, e não como um trabalho colaborativo, conjunto, em que cada parte tem suas responsabilidades. Há hoje uma pressão crescente para encarmos os serviços de saúde mental como uma espécie de oficina em que as pessoas são reabilitadas e mandadas de volta para os seus empregos – e para a família, talvez – o mais depressa possível. O doente mental tornou-se menos uma pessoa a ser ouvida que um objecto a ser tratado.

No capítulo que aqui finalizo, apresentei e interpretei os resultados deste trabalho. A interpretação dos resultados em alusão foi graças à articulação entre os dados provenientes das entrevistas, da observação estruturada, da análise documental e da revisão bibliográfica, que permitiu traçar um panorama abrangente e complexo do problema de pesquisa. As diferentes fontes de informação foram trianguladas, buscando pontos de convergência e divergência, de modo a garantir a validade e confiabilidade dos resultados obtidos.

A seguir, apresento as principais conclusões do presente estudo. Importa referir que as mesmas não se limitam às informações obtidas através dos guiões de entrevista. Embora as entrevistas tenham sido uma ferramenta valiosa, na colecta de dados, a análise apresentada, neste estudo, é fruto de uma abordagem metodológica abrangente, que envolveu a colecta e análise de dados provenientes de diferentes fontes, bem como o diálogo com a literatura existente sobre o tema.

Considerações finais

Sob uma perspectiva etnográfica, dediquei-me, ao longo destas páginas, a reflectir sobre os desafios enfrentados pelos doentes mentais, quando experienciam o sofrimento psíquico intenso. Para tanto, percorri, teoricamente, a relação da sociedade com a loucura nas diferentes épocas, tendo em vista que os olhares e as práticas dispensadas às pessoas em sofrimento psíquico, ao longo da história, nos auxiliam na compreensão de como esses sujeitos foram e são, ou não, contemplados pelas políticas públicas de saúde mental, nos dias actuais.

Ao adotar uma perspectiva etnográfica, busquei compreender a experiência da doença mental e do processo de reinserção a partir da perspectiva dos próprios sujeitos. As narrativas dos pacientes, como a metáfora do 'farol na tempestade' e os relatos sobre o impacto do trabalho, oferecem insights valiosos sobre as suas necessidades e desejos, enriquecendo a nossa compreensão da efectividade das políticas públicas sob o ponto de vista de quem vivencia directamente a atenção e a tentativa de reinserção, em Maputo.

O Centro de Reabilitação Psicossocial é uma instituição que apoia o doente mental na sua (re) inserção e contribui para a sua integração eficaz na sociedade. Para tal, concorrem as terapias complementares aos fármacos, que permitem ao utente recuperar algumas competências e aprender outras, bem como é uma porta aberta a novas oportunidades, no meio social do doente.

O acesso ao Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, por parte dos doentes mentais, apresenta grandes obstáculos, oriundos das condições de privação de direitos e vulnerabilidades apresentadas por essa clientela, mesmo com a intermediação frequente dos serviços de assistência social nesse processo. A dificuldade de os doentes mentais acessarem directamente os serviços de saúde faz com que os serviços de assistência social

hipertrofiem o seu papel junto dos pacientes, além de privar a estes indivíduos do atendimento e da reabilitação psicossocial de que necessitam.

Apesar da evolução histórica da compreensão da loucura, conforme traçado por Foucault (2006), que desloca a visão moral para uma perspectiva mais clínica, os meus achados sugerem que as representações sociais negativas da doença mental persistem nas comunidades de Maputo. Essa persistência, analisada sob a lente da teoria das representações sociais de Moscovici, influencia as práticas de cuidado, fora do CRPS e impacta a reinserção social, levantando questões sobre a efectividade das políticas públicas em abordar o estigma, em nível comunitário, um aspecto crucial da minha questão de partida.

Cheguei a algumas considerações, para finalizar esta pesquisa, após análise das entrevistas e visitas feitas aos sujeitos da presente pesquisa, de que os doentes mentais, em sua maioria, procuram raramente o serviço de saúde mental, na cidade de Maputo, buscando com frequência o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, o que indica que o modo de trabalho nestes equipamentos sociais tem contribuído para a vinculação deste público na rede socioassistencial. Todavia, o serviço de assistência social tem enfrentado dificuldades de articulação com os dispositivos de saúde, ao lidar com os doentes mentais, devido ao uso abusivo de substâncias psicoactivas e consumo de álcool (Albuquerque, 2009).

Aos doentes mentais, muitas vezes esquecidos na sociedade, faz-se necessário, de forma concomitante com a reflexão sobre outros componentes do fenómeno da loucura, que além de cuidados integrais, haja, igualmente, a constituição de mudanças efectivas no aparato jurídico sobre eles pois, não obstante os avanços das políticas públicas e movimentos sociais, aos doentes mentais não amplifica o seu cuidado ou insere todos os indivíduos nas políticas sociais; não há propostas eficazes para estes sujeitos (Santiago e Santos, 2019).

As políticas públicas de saúde constituem um pilar fundamental dos sistemas de protecção social, construídos ao longo do século XX no mundo (Machado et al., 2012). Podemos afirmar, concordando com dos Santos (2011), que Moçambique tem uma estratégia e Plano de Acção para a saúde mental cujas acções estão plasmadas na Política Nacional de Saúde. Contudo, não existe, no país, uma Lei de Saúde Mental. O financiamento para a saúde mental é uma parte ínfima do Orçamento do Estado e está orientado basicamente

para os serviços de tratamento. Não existem planos de segurança social, mas a maior parte da população tem acesso livre aos serviços de psiquiatria e saúde mental e aos psicofármacos. Não existe, igualmente, legislação específica de defesa dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais e de comportamento. A monitoria e a supervisão destes direitos são precárias e não têm sido feitas por nenhuma entidade independente. De igual modo, o orçamento destinado às actividades da saúde mental, é uma ínfima parte do orçamento para a Saúde em geral. Muitas actividades planificadas, incluindo aquelas da Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental não são implementadas por insuficiência de fundos.

Os desafios na implementação de políticas públicas, em Moçambique, incluindo as limitações orçamentárias e a inadequada rede sanitária (Girese et al., 2018), reflectem-se directamente nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental relatadas pelos participantes. Essa barreira, que impacta a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, a reinserção social, revela uma lacuna entre as intenções das políticas e a realidade vivenciada pelos pacientes, em Maputo, um ponto central da minha questão de partida sobre a efectividade da atenção oferecida aos pacientes.

A centralidade do apoio familiar emergente das narrativas dos participantes ecoa a perspectiva de Carvalho e Almeida (2003) e Gimeno (2001) sobre o papel fundamental da família como rede primária de suporte e promotora de pertencimento. No entanto, os meus achados contrastam com a limitada atenção dada pelas políticas públicas, em Moçambique, ao suporte directo dessas famílias, um ponto que levanta questões importantes sobre a efectividade dessas políticas em facilitar uma reinserção sustentável, considerando as reais demandas dos pacientes e seus cuidadores, conforme a minha questão de partida.

Se efectivamente se desejar melhorar a prestação de cuidados de saúde a todos os doentes mentais da cidade de Maputo, em particular, e do país, em geral, são absolutamente imprescindíveis alterações nas instituições com influência no sector da Saúde. As medidas de carácter institucional mais importantes são a revisão da Constituição da República, o reforço do Sistema Nacional de Saúde (em particular do Serviço Nacional de Saúde) e a redução da pobreza e das iniquidades económica e social (Garrido, 2021).

O sucesso do trabalho assistido e da geração de renda em promover a autoestima e a retomada de relações sociais alinha-se com os conceitos de reabilitação psicossocial

(Coelho, 2002) e reinserção social (Paranhos-Passos e Aires, 2013) que explorei no meu enquadramento teórico. Essa prática demonstra como as estratégias que vão além do tratamento clínico podem, efectivamente, contribuir para a reinserção, oferecendo aos pacientes um papel social activo e um senso de pertencimento, respondendo directamente à minha questão sobre as contribuições das políticas públicas que consideram as demandas por autonomia e participação social.

Por último, ao considerar a reinserção social como um direito social relacionado ao direito à saúde, posso concluir que não é possível alcançar uma reinserção social efectiva sem a implementação de políticas públicas que a promovam e garantam. Nesse contexto, surgem várias questões, desde as mais específicas até às mais amplas: o que precisa ser superado em cada caso de doença mental? Quais estratégias devem ser adoptadas e para alcançar quais objectivos? Quais são as condições necessárias e suficientes para a reinserção social? Quem são os envolvidos nesse processo colaborativo? O que deve ser estabelecido como política pública e o que deve ser ajustado, conforme as particularidades de cada território e de cada caso individual?

Neste estudo, discuti variados aspectos, até os relacionados a essas questões, que podem ter diferentes ênfases dependendo da intervenção em cada situação. No entanto, a reinserção social mostra-se como um ponto comum entre as diversas intervenções. Assim como não existe uma única abordagem que garanta eficácia na superação da doença mental, o ideal é que as políticas públicas sejam diversificadas para atender às peculiaridades dos indivíduos. As discussões sobre reinserção social reflectirão essas diferenças, enfatizando aspectos variados e reconhecendo que esses conhecimentos podem dialogar de maneira inclusiva, o que é essencial para o seu sucesso. A reinserção social enfrenta o desafio de dialogar, priorizando a melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, C. M. C. (2009). *Loucos nas Ruas: Um Estudo sobre o Atendimento à População de Rua Adulta em Sofrimento Psíquico na Cidade do Recife*. 136 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.
- ALVES, P. C. B. & SOUZA, I. M. A. (1999). Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: Considerações sobre o Itinerário Terapêutico. In *Experiência de Doença e Narrativa* (pp. 125-138). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- AMARAL, C. E., ONOCKO-CAMPOS, R., OLIVEIRA, P. R. S., PEREIRA, M. B., RICCI, E. C., PEQUENO, M. L., et al. (2018). *Systematic Review of Pathways to Mental Health Care in Brazil: Narrative Synthesis of Quantitative and Qualitative Studies*. Int J Ment Health Syst; 12:65.
- ASAD, Talal. (2003). *Formations of the Secular: Christianity, Islam, Modernity*. Stanford, Stanford University Press.
- ATTESLANDER, P., BENDER, C., CROMM, J., GRABOW, B. & ZIPP, G. (1991). *Methoden der Empirischen Sozial Forschung*. 6ª Edição, Sammlung, Gäschen, Berlin.
- AYRES, J. R. C. M. (2017). Cuidado: Trabalho, Interação e Saber nas Práticas de Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(1), 01-04.
- BACHARACHIB, P. & BARATAZ, M.S. (1962). *Two Faces of Power*. American Science Review, 56.
- BARROS, L. et al. (2021). *Psicointervenção para Manejo da Ansiedade e Depressão através de Plataformas Digitais*. Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, vol. 7, no1. Maputo – Moçambique.
- BASAGLIA, F. (2005). A Destruição do Hospital Psiquiátrico como Lugar de Institucionalização. In: *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, (pp. 23-34).
- BELLATO, R., ARAÚJO, L. F. S., MARUYAMA, S. A. T. & RIBEIRO, A. L. (2016). História de Vida como Abordagem Privilegiada para Compor Itinerários Terapêuticos. In: *Itinerários Terapêuticos: Integralidade no Cuidado, Avaliação e Formação em Saúde*. (pp. 203-222). Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO.

BOFF, L. (2004). *Saber Cuidar: Ética do Humano - Compaixão pela Terra*. 10ª ed. Petrópolis: Vozes.

BRÁS, E. J. et al. (2014). *População de Rua e Vulnerável: O Fenómeno e suas Dinâmicas nas Cidades de Maputo e Matola*. 1ª Edição. CIES-DCI-HUM/2011/237-012.

BRITO, M. M. M. (2006). A Abordagem e a Clínica no Atendimento aos Moradores de Rua Portadores de Sofrimento Psíquico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 320-327.

BURGESS, Robert G. (2001). *A Pesquisa de Terreno. Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora.

CABRAL, Ilundi. (2006). *Digerir o Passado: Rituais de Purificação e Reintegração Social de Crianças-soldado no Sul de Moçambique*. Universidade de Coimbra. Antropologia Portuguesa, vol. 22/23, (pp. 133-156).

CALDEIRA, R. G. da Silva. (2015). *Filosofia e Psiquiatria. Loucura, Dialética e Liberdade. Da Antropologia de Hegel à Abordagem Crítica e Fenomenológica da Psiquiatria no Século XX*. Tese de Doutorado em Filosofia, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor Falcão Ferrer, da Universidade de Coimbra, e do Professor Doutor Fernando Pérez-Borbujo Álvarez, da Universidade Pompeu Fabra, Barcelona.

CAPLAN, Patrícia et al. (2003). *The Ethics of Anthropology: Debates and Dilemma*. London: Routledge.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. (2003). *Família e Protecção Social*. São Paulo em Perspectiva, v. 17, n. 2, (pp. 109-122).

CARVALHO, Laís Chagas de. (2015). *A (Re)significação do Cuidar: Os Itinerários Terapêuticos da Família na Prática do Cuidado ao Sujeito com Sofrimento Mental*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária. Salvador: Universidade Federal da Bahia.

CESARINO, A. C. (1989). Hospital-dia “A Casa”: Conversando Sobre Dez Anos de Experiência. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúdeloucura*. São Paulo: Hucitec. v.1. (pp. 33-45).

CHAGAS, A. T. (2012). *O Sujeito Ideológico na Perspectiva de Louis Althusser – O Assujeitamento*. Disponível em: <www.psicologia.pt/artigos/textos/A0675.pdf> .

CHIVANGUE, A. & CORTEZ, E. (2015). *An Analysis of Mozambique's Political and Economic Networks*. WP 136/2015. CEsa, Lisboa.

CLÉMENCE, A., GREEN, E. & COURVOISIER, N. (2011). Comunicação e Ancoragem: A Difusão e a Transformação das Representações. In Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (s/d). *Teoria das Representações Sociais: 50 Anos*. (p. 179-194). Brasília, Technopolitik.

CLIFFORD, James. (1998). *A Experiência Etnográfica: Antropologia e Literatura no Século XX*. Rio de Janeiro, Editora ufrj.

COELHO, João Paulo (2002). *Antigos Soldados, Novos Cidadãos; A Reintegração dos Desmobilizados de Maputo*; Estudos moçambicanos 20 (2002): 141-236

CORDO, Margarida. (1992). “Desfamiliarização/Refamiliarização dos Doentes Psíquicos em Situação de Longo Internamento”. *Hospitalidade*, ano 56, n.º 219: 49-56. Revista de Saúde Mental – Relações Humanas e Problemas de Marginalização.

CORRIGAN, P. (2004). *How Stigma Interferes with Mental Health Care*. American Psychologist, (pp. 614-625).

COSTA, Alfredo Bruto da. (1998). *Exclusões Sociais*. Fundação Mário Soares – Gradiva Publicações, Lda.

COSTA, Ana Virgílio da Silva. (2024). *O Processo de Reinserção Social dos Ex-guerrilheiros em Sofala: Análise de Riscos Sociais (1992-2019)*. Diverge, Revista de Artes, Humanidades e Ciências Sociais, vol. 5, n 1, Janeiro, (pp. 19-32).

COYLE Andrew. (2002). *Administração Penitenciária: Uma Abordagem dos Direitos Humanos - Manual Para Servidores Penitenciários*. Londres: International Centre for Prison Studies.

DALLA VECCHIA, M. & MARTINS, S. T. F. (2009). *Desinstitucionalização dos Cuidados a Pessoas com Transtornos Mentais na Atenção Básica: Aportes para a Implementação de Acções*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, (pp. 151-164).

DEMO, Pedro. (2000). *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Atlas.

- _____ (1981). *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas.
- DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (2006). Introdução: A Disciplina e a Prática da Pesquisa Qualitativa. In: DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (Ed.). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- DESVIAT, Manuel. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- DOS ANJOS, A. L., & CABRAL, P. (2016). Geographic Accessibility to Primary Healthcare Centers in Mozambique. *International Journal for Equity in Health*, 15, 173. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0455-0>
- DOS SANTOS, Gilmar Trindade. (2011). *Políticas Públicas para a População em Situação de Rua*. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).
- DOS SANTOS, Palmira Fortunato. (2011). *Avaliação dos Serviços de Saúde Mental em Moçambique*. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental Internacional. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- DUBOIS, P. (2006). *O Acto Fotográfico*. 9ª ed. Campinas: Papirus.
- DURKHEIM, Emile. (1994). Representações Individuais e Representações Sociais. In: *Sociologia e Filosofia*. São Paulo: Ícone.
- DYE, T. (1984). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs: N. J.: Prentice Hall.
- EKUNWE, I. (2011). Re-entering society begins prior to release. In I. O. Ekunwe & R. S. Jones (Eds.), *Global Perspectives on Re-entry* (pp. 414 – 442). Finland: Tampere University Press.
- EMERSON, Robert *et al.* (2013). *Notas de Campo na Pesquisa Etnográfica*. Revista Tendências: Caderno de Ciências Sociais, N°7 (pp. 355-388).
- EVANS-LACKO, S., JARRETT, M., MCCRONE, P. & THORNICROFT, G. (2008). *Clinical Pathways in Psychiatry*. Br J Psychiatry; 193:4-5.

FERGUSON, James. (1994). *The Anti-Politics Machine: "Development", Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*. Minneapolis, University of Minnesota Press.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. (1998). Introdução. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família Brasileira: A Base de Tudo*. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. p.11-5.

FEREIRA, Isa Cristiana Pereira (2016). *Reinserção Social e Diferença de Género*. Universidade do Minho.

FIORIN, José Luiz & SAVIOLI, Francisco Platão. (1999). *Para Entender o Texto: Leitura e Redacção*. 13. ed. São Paulo: Ática.

FLICK, U. (2009). Dados Visuais: Fotografia, Filme e Vídeo. In.:_____. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 18 (pp. 219 – 229).

FORTES, M. & EVANS-PRITCHARD, E. E. (1987). *African Political Systems*. London, Oxford University Press.

FOUCAULT, Michel. (2006). Loucura, Literatura, Sociedade. In: Motta, Manoel Barbosa (Org.). *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (pp. 232-258).

_____ (2004). *História da Loucura na Idade Clássica*. 7ª ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Editora Perspectiva.

_____ (2002). A Loucura e a Sociedade. In *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 259-267.

_____ (2000). *Doença Mental e Psicologia*. 6ª. Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____ (1996). *A Ordem do Discurso*. 13. ed. São Paulo: Edições Loyola.

_____ (1994). Sorcellerie et Folie. In: *Dits et Écrits III*. Paris: Gallimard, p. 89-92.

_____ (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Gerais.

FRAZATTO, C. F. & SAWAIA, B. B. (2016). *A Critical View of the 'Social Reinsertion' Concept and its Implications for the Practice of Psychologists in the Area of Mental Health in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde)*. Journal of Health Psychology (pp. 409-418).

FRAYZE-PEREIRA, J. A. (1984). *O que é Loucura?* 3ª. edição. São Paulo: Editora Brasiliense S.A.

GADAMER, Hans-Georg. (1998). *Verdade e Método: Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*, 2.ed. Petrópolis, Editora Vozes.

GANEV, E. & LIMA, W. L. (2011). *Reinserção Social: Processo que Implica Continuidade e Cooperação*. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11

GARRIDO, Paulo Ivo. (2021). *Saúde, Desenvolvimento e Factores Institucionais: O Caso de Moçambique*.

GEERTZ, C. (2013). Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: GEERTZ, C. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.

GIACOMAZZI, A. & CAMARGO, B. (2004). *Eu Confio no Meu Marido: Estudo da Representação Social de Mulheres com Parceiro Fixo sobre Prevenção da AIDS*. <http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao> Visitado no dia 8 de Fevereiro de 2022.

GIMENO, A. (2001). *A Família: O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Piaget Editora.

GIRONÉS, Alba Llop et al. (2018). *Desigualdades nos Cuidados de Saúde em Moçambique: Necessidades, Acesso, Barreiras e Qualidade do Atendimento*. Barcelona: medicusmundi.

GOFFMAN, Erving. (1988). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

_____. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.

GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. (1980). *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Londres: Tavistock Publications.

GOUVEIA, Lúcia. (2018). Relatório de Saúde Mental em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde.

GREEN, L. W. & KREUTER, M. W. (2000). *Health Promotion as a Public Health Strategy for the 1990s*. Annual Review of Public Health.

GRIFFITHS, Dandurand & MURDOCH. (s/d). *A Reintegração Social dos Delinquentes e Prevenção do Crime*.

INGLEBY, David. (1982). *A Construção Social da Doença Mental*. Revista Crítica de Ciências Sociais, 9: 87-111.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. (2006). *Por que Acabar com os Manicómios?* Disponível em: <<http://www.ifb.org.br/manicomios.htm>>. Acesso em: 22 de Fevereiro de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2021). *Anuário Estatístico, Maputo Cidade*. INE-Delegação de Maputo Cidade.

GUSSI, M. (2008). *Representação Social de Ministros Religiosos Cristãos Sobre a Doença Mental*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

HAWKINS, Gordons. (1976). *The Prisons: Policy and Practice*. The University of Chicago Press, Chicago.

HINSHAW, S., & STIER, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. In: *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-393.

IRMÃS HOSPITALEIRAS. (2022a). *Irmãs Hospitaleiras. Quem Somos Instituto*. Lisboa. Obtido em 10 de Março de 2022 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/quem-somos-instituto>.

_____ (2022b). *Irmãs Hospitaleiras: Quem somos: Missão, visão e valores*. Lisboa. Obtido em 14 de Abril de 2022, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/quem-somos-instituto/missao-visao-valoresinstituto>.

_____ (2022c). *Irmãs Hospitaleiras. Missão Assistencial: Serviços de Saúde*. Lisboa. Obtido em 14 de Abril de 2022, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-assistencial-instituto/servicos-de-saude>.

_____ (2022d). *Irmãs Hospitaleiras. Missão África - Moçambique*. Lisboa. Obtido em 10 de Março de 2022, de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-africa/Moçambique>.

_____ (2022e). *Irmãs Hospitaleiras. Missão Assistencial: Modelo Hospitaleiro*. Lisboa. Obtido em 14 de Abril de 2022 de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-assistencial-instituto/modelohospitaleiro>.

_____ (2016). *Manual de Apresentação do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas*.

JARA, José Manuel. (2006). *Causas da Psiquiatria – Questões da Saúde Mental*. Lisboa: Caminho.

JÚNIOR, Bento José Rúpia. (2023). *Inserção Social, Democracia e Produção de Conhecimento*. Montes Claros (MG), Brasil v. 18, n. 20 (pp. 1-19).

KERN, Francisco A. (2001). *Os sentidos das Teias e Redes Sociais no Contexto da Aids*. Porto Alegre: PUCRS. Tese de Doutorado. Faculdade de Serviço Social-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

LAING, R. D. (2002). *The Self and Others: Further Studies in Sanity and Madness*. Londres: Taylor & Francis e-Library.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. D. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.

_____ (1996). *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostras e Técnicas de Pesquisas, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. São Paulo: Editora Atlas.

LEACH, Edmund. (1982). “Da Etnografia Totalizante à Etnografia Micro Talhada. O meu Tipo de Antropologia”. In: ____ *A Diversidade da Antropologia*. Lisboa: Edições 70, (pp. 117-141).

LEADER, Darian. (s/d). *O que é Loucura? Delírio e Sanidade na Vida Cotidiana*. Tradução: Vera Ribeiro. Zahar.

LEFF, J. & WARNER, R. (2008). *Inclusão Social de Pessoas com Doenças Mentais* (A. Lopes Trad). Coimbra: Edições Almedina. (Obra Original Publicada em 2006).

- LEITÃO, G. Parada (1974). “Estruturas dos Serviços de Saúde Mental”, *Saúde Mental*. vol. VI, Ano V, 19: 43-72. Boletim do Instituto de Assistência Psiquiátrica.
- LENOIR, R. (1998). Objecto Sociológico e Problema Social. In: CHAMPAGNE, P. *et al. Introdução à Prática Sociológica*. Petrópolis: Vozes.
- LESSARD-HÉBERT, Michelle *et al.* (2005). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição, Instituto de Piaget, Lisboa.
- LISBOA, M. S. (2013). *Os Loucos de Rua e as Redes de Saúde Mental: Os Desafios do Cuidado no Território e a Armadilha da Institucionalização*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- LOFORTE, A. M. (2002). *A Produção de Identidades Étnicas em Meio Urbano*. A. C. Gonçalves e R. Centeno (Eds.). *As Ciências Sociais nos Espaços de Língua Portuguesa: Balanços e desafios*. Actas Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras <http://hdl.handle.net/10216/21182>. Obtido em 14 de Abril de 2022.
- LYNN, L. E. (1980). *Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis*. Santa Monica, Calif.: Goodyear.
- LOPES, B. & AMARAL, J. (2008). *Políticas Públicas: Conceitos e Práticas*. Sebrae MG.
- LUIS, M. V.; MARGIOTTE, M. S.; SANTOS, D. S. P. (1989). *Percepções que a Família e o Paciente Psiquiátrico Têm Sobre os Determinantes de um Distúrbio Mental*. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v.10, n.1 (pp. 52-59).
- MACHADO, C. V., BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. (2012). Políticas de Saúde no Brasil: Continuidade e Mudanças. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. In: Machado, E. A. *Políticas de Saúde no Brasil*, 324p.
- MADEIRA, L., PAPI, L., GELISKI, L. & ROSA, T. (2020). *Os Estudos de Políticas Públicas em Tempos de Pandemia*. Blog DADOS. Disponível em: Acesso em: 16 de Abril. 2022. http://dados.iesp.uerj.br/osestudos-de-politicas-publicas-em-tempos-de-pandemia/#_ftn2
- MADZIWA, A., ANGST, F. & LAZZAROTTO, A. (2020). *Práticas de Promoção da Saúde e Desafios em Moçambique*. *Revista Electrónica de Investigación e Desenvolvimento (REID)*. Vol. 2. Nº. 11.

- MAGNANI, J. G. C. (2002). *De Perto e de Dentro: Notas para uma Etnografia Urbana*. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29. Disponível em: Acesso em: 22 Maio. 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>.
- MAINGUENEAU, Dominique. (1997). *Novas Tendências em Análise do Discurso*. 3. ed. Campinas: Pontes.
- MÂNGIA, E. F. & MURAMOTO, M. T. (2008). *Itinerários Terapêuticos e Construção de Projectos Terapêuticos Cuidadores*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 19(3), 176-182. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v19i3p176-182
- MARQUES E. & FARIA, CAP. (2013). *A Política Pública como Campo Multidisciplinar*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz.
- MARQUES, R. (2008). *Os Aparelhos Ideológicos de Estado: Breves Considerações Sobre a Obra de Louis Althusser*. Disponível em: <http://www.ihj.org.br/pdfs/rm2008.pdf>. Acesso a 12/08/2025.
- MARX, K. (2010). *O Método da Economia Política*. Karl Marx_Apresentação de João Quartim de Moraes e tradução de Fausto Castilho. Crítica Marxista, 30.
- MASSARONGO-JONA, Orquídea. (2016). *O Direito à Saúde como um Direito Humano em Moçambique*. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, vol. 5 supl. 1:152-164. Brasília.
- MAURÁS, M.; KAYAYAN, A. (1998). Apresentação. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família Brasileira: A Base de Tudo*. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef. p. 9-10.
- MEAD, L. M. (1995). “Public Policy: Vision, Potential, Limits”, *Policy Currents*, Fevereiro: 1-4.
- MELMAN, J. (2002). *Família e Doença Mental: Repensando a Relação Entre Profissionais de Saúde e Familiares*. São Paulo: Escrituras.
- MILHEIRO, Jaime. (1999). *Loucos São os Outros*. Porto: Fim de Século Edições, Lda.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* (2005). Métodos, Técnicas e Relações em Triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos; ASSIS, Simone Gonçalves (Org.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagens de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____ (1999). *Fala Galera: Juventude, Violência e Cidadania na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (1999). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. (2012). *Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas*. Brasília, DF: Autor. Recuperado de <https://goo.gl/HrHNuq> aos 18 de Abril de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MISAU). (2021). *Relatório Anual – Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique*.

_____ (2020). *Cuidados de Saúde Primários Continuam Aposta do Sector da Saúde*. Recuperado a 18 de Março, 2022, de <http://www.misau.gov.mz/index.php/33-cuidadosde-saude-primarios-continuam-aposta-do-sector-da-saude-2>

_____ (2013b). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*.

_____ (2012). *Relatório de Revisão do Sector de Saúde*

_____ (2006). *Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental*, Maputo.

_____ (2006). *Plano Estratégico 2006-2015*, Maputo.

MINKOWSKI, E. (1927). *La Schyzophrénie*. Paris: Payot.

MONDIMORE, Francis Mark. (2003). *Perturbação Bipolar. Guia para Doentes e suas Famílias*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

MOREL, Denise. (1990). *Ter um Talento, Ter um Sintoma: Famílias Criadoras*. São Paulo: Escuta.

MOSCOVICI, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original publicado em 1995).

NEUMAN, W. Lawrence. (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 4th Edition. Allyn & Bacon. United States of America. St. Martin's Press Inc., New York.

NÓBREGA, J. O. (2006). *Sentimento Experimentado pelo Portador de Transtorno Mental Frente à Atitude Discriminatória da Família*. João Pessoa: UFPB.

OLIVEIRA, R. C. (1998). *O Trabalho do Antropólogo*. São Paulo: Editora da Unesp.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2008). *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspectiva Global*. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Av. João Crisóstomo, 9, 1º 1049-062, Lisboa – Portugal.

_____. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Consultado em 18 de Março de 2022 através de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (2018). *Folha Informativa: Saúde Mental dos Adolescentes*. Consultado em 12 de Abril de 2022 através de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839

ORLANDI, Eni Puccinelli. (1999). *Análise do Discurso: Princípios e Procedimentos*. Campinas: Pontes.

OSINAGA, V. L. M. (1999). *Saúde e Doença Mental: Conceitos e Assistência Segundo Portadores, Familiares e Profissionais*. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda & AIRES, Suely. (2013). *Reinserção Social de Portadores de Sofrimento Psíquico: O Olhar de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial*. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23.

PÊCHEUX, M. (1990). *O Discurso: Estrutura ou Acontecimento*. Campinas: Pontes.

PEIRANO, M. (1995). *A Favor da Etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

PESSOTTI, Isaías. (2009). *Sobre a Teoria da Loucura no Século XX*. Conferência de abertura apresentada na XXXVII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, realizada em Outubro de 2007, em Florianópolis, Santa Catarina. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

PETERS, B. G. (1986). *American Public Policy*. Chatham, N.J.: Chatham House.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. (2004). *Refletindo Sobre o Contexto Psicossocial de Famílias de Pacientes Internados na Unidade de Emergência*. Cienc. Enferm., v.10, n.1, (pp. 67-77).

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. R. L. (2010). *Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: A Genealogia da Reabilitação Psicossocial*. Psicologia em Estudo. Maringá, p. 27-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a04v15n1.pdf>>. Acesso em: 18 Maio. 2022.

PINTO-FOLTZ, M. & LOGSDON, C. (2009). *Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions and Recommendations for Nursing*. Archives of Psychiatric Nursing, (pp. 32-40).

POLLIO, D. E., NORTH, C. S., REID, D. L., MILETIC, M. M., & MCCLENDON, J. R. (2006). *Living with Severe Mental Illness: What Families and Friends Must Know: Evaluation of a One-day Psychoeducation Workshop*. Social Work, (pp. 31-38).

POPE, Catherine & MAYS, Nicholas (Org.). (2005). Tradução de Ananyr Porto Fajardo. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.

POVINELLI, Elizabeth. (2002). *The Cunning of Recognition: Indigenous Alterities and the Making of Australian Multiculturalism*. Durham, Duke University Press.

QCEA, Recomendações do Comité de Ministros dos Estados Europeus Membros do Conselho da Europa. 2006: *Regras Penitenciárias*.

QUEIROZ, P. V. M. de Oliveira. (2015). *O Papel da Socialização Materna na Construção das Representações Sociais sobre os Direitos Humanos*. Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor em Psicologia Social. João Pessoa – PB.

REINHARDT, B. (2014). *Poder, História e Coetaneidade*. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 57 nº 2.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. Decreto nº63/2013, de 06 de Dezembro.

_____. Decreto nº14/2009, de 17 de Março.

_____. Diploma Ministerial nº130/2002.

_____. Ministério da Justiça. Organização Prisional: Decreto-lei 26 643 de 28 de Maio de 1936.

RIOS, S. O.; COSTA, J. M. A.; MENDES, V. L. P. S. (2016). A fotografia como Técnica e Objecto de Estudo na Pesquisa Educacional. *Discursos Fotográficos*, londrina, v. 12, n20, (pp. 98 – 120), jul.

SANTIAGO, Eneide & SANTOS, Lucielly. (2019). *Uma Etnografia da Atenção à Saúde Mental de Sujeitos em Situação de Rua*. Revista do Departamento de Ciências Humanas - UNISC. 55, 81-101 <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i01>

SANTOS, G. S. (2016). *O Discurso Psiquiátrico e a Ideologia Colonial na África Britânica*. ANÍTESES, v. 9, n. 18, (pp. 437-466), jul./dez.

SANTOS, Palmira. (2011). “História dos 25 anos da Saúde Mental em Moçambique”. In *Revista Psique*. MISAU. Departamento de Saúde Mental. Maputo.

SANTOS, W. S. (2013). Níveis de Interpretação na Entrevista de Pesquisa de Natureza Interpretativa com Narrativas. In *A entrevista na Pesquisa Qualitativa: Perspectivas em Análise da Narrativa e da Interação*. (pp. 21-36). Rio de Janeiro, RJ: Quartet: Faperj.

SCHRAIBER, L. B. (1993). *O Médico e seu Mercado de Trabalho: Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec.

SCHUCH, P., & GEHLEN, I. (2012). A “Situação de Rua” para Além de Determinismos: Explorações Conceituais. In *A Rua em Movimento: Debates Acerca da População Adulta em situação de Rua na Cidade de Porto Alegre* (pp. 11-26). Belo Horizonte, MG: Didática Editora do Brasil.

SCHÜTZE Fritz. (2010). Pesquisa Biográfica e Entrevista Narrativa. In *Metodologias da Pesquisa Qualitativa em Educação: Teoria e Prática*. (pp. 211-222). Petrópolis, RJ: Vozes.

SERVIÇO NACIONAL PENITENCIÁRIO. (2016). *Relatório do Serviço Nacional Penitenciário – SERNAP, no âmbito do Programa Quinquenal do Governo 2015 – 2019*

_____. (2014). *Coleção de Legislação do Serviço Nacional Penitenciário - SERNAP*. 1ª Edição.

_____. (2014). *Regulamento Interno do SERNAP*.

- SILVA, D. G. V., & TRENTINI, M. (2002). *Narrativas como a Técnica de Pesquisa em Enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10(3), 423-432.
- SILVA, M. B. C. & SADIGURSKY, D. (2008). *Representações Sociais sobre o Cuidar do Doente Mental no Domicílio*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 4, (pp. 428-434).
- SILVEIRA, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). *Acerca do Conceito de Loucura e seus Reflexos na Assistência de Saúde Mental*. Revista Latino-am Enfermagem. Julho-Agosto; 13(4): 591-5.
- SITOE, Wagner Alexandre. (2017). *O Ensino Técnico Profissional como Factor para a Ressocialização nos Estabelecimentos Penitenciários*. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em População e Desenvolvimento. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.
- SOUSA, Celina. (2002). *Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas*. Fundação Luís Eduardo Magalhães, Brasil.
- SPINK, Mary Jane P. (1992). *A Construção Social do Saber sobre Saúde e Doença: Uma Perspectiva Psicossocial*. Saúde e Sociedade, São Paulo.
- SZYMANSKI, H. (2002). Teorias e “Teorias” de Família. In: CARVALHO, M.C.B. *et al. A Família Contemporânea em Debate*. 4ª ed. São Paulo: Cortez.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva *et al.* (1994). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. 12. ed. São Paulo: Atlas.
- TURATO, Egberto Ribeiro. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa: Construção Teórico-epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde e Humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- VIGÁRIO, M. A. G. (2019). *A Saúde Mental em Angola Alinhada aos ODS*. Ministério da Saúde.
- WAGENAAR, B. H. *et al.* (2016). Wait and Consult Times for Primary Healthcare Services in Central Mozambique: A Time-motion Study. *Global Health Action*, 9, 31980.
- WATTY, Teodoro. (2011). *Direito Económico*. W & W Editora, limitada: Maputo-Moçambique.

WERNER, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, v. 4, n. 3, (pp. 81-85).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion: The Move Towards a New Public Health*, November 17-21. Ottawa, Ontario, Canada.

YUSUF, Yanisa. (2018). *20 + 1 Cartas Travessias em Direção a uma Psicanálise em Moçambique*. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicanálise – Clínica e Cultura. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANEXOS

ANEXO A – Guião de entrevista para informantes-chave

Guião de questões de entrevistas dirigido aos funcionários do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas (CRPS)

O presente guião de entrevista destina-se aos funcionários do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas e tem como objectivo a recolha de dados para consubstanciar o trabalho de conclusão do Mestrado em Antropologia Social, com o tema “Atenção e Reinserção Sócio-familiar de Doentes Mentais na Cidade de Maputo”.

Os dados que serão obtidos no processo de entrevista são apenas utilizados para fins académicos e não serão partilhados com terceiros. Desta forma que manter-se-á a confidencialidade das respostas adquiridas e não serão posteriormente usadas em prejuízo dos respondentes ou da instituição.

Identificação do (a) Entrevistado (a)

Data da entrevista: ____/____/2022

Cargo/Função: _____

Sexo: _____

Tempo de trabalho no Centro: _____

1. Fale-me do seu trabalho nessa equipe do Centro.
2. Quem são os sujeitos que aderem ao centro para receberem os vossos serviços?
3. Quais são os desafios que os doentes mentais enfrentam para alcançarem os vossos serviços?
4. Com que frequência os vossos serviços são procurados?
5. O centro dispõe de procedimentos de reinserção sócio-familiar para pacientes que apresentam um aceitável nível de melhoria? Se sim, quais são?
6. De forma fundamentada, fale-me da relação entre a vossa instituição e os familiares dos doentes mentais que frequentam a vossa instituição.
7. Existe alguma estratégia para contribuir com a (re) inserção do usuário de saúde mental na sua área de abrangência? Cite exemplos.
8. Explique como você lida com uma situação concreta de doença mental no quotidiano deste centro.

9. Na sua prática, quais são os factores determinantes no encaminhamento do usuário de saúde mental para os demais serviços?
10. Quais são as acções de educação permanente desenvolvidas para apoiar o trabalho dos profissionais deste centro para o atendimento ao usuário de saúde mental? Mencione alguns exemplos.
11. Tratando-se de uma instituição que opera para o bem da comunidade, tem recebido algum apoio, por parte das autoridades governamentais moçambicanas? Se sim, de que forma?

ANEXO B – Guião de entrevista com familiares de pacientes com doença mental

Roteiro Guia

Identificação do entrevistado

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Religião:

Estado civil:

Com quem reside:

Trabalha: () Sim () Não

Se sim, ocupação:

Renda dos moradores: Menos 1 SM⁴⁹ () 1 SM () 2 SM () Mais de 2 SM ()

Vínculo com a pessoa com sofrimento mental:

Como você considera a sua relação com essa pessoa?

Internação pregressa da pessoa: () Sim () Não

Se sim, quantas vezes? _____

Quando foi a última vez? _____

- Conte um pouco da história do sofrimento mental do seu familiar. O que a família fez no surgimento do primeiro episódio?
- A família buscou algum tipo de apoio no surgimento da crise?
- Como para você esse sofrimento tem evoluído?
- Algo mudou no seu dia a dia, e/ou no da família, após o primeiro episódio de sofrimento do seu familiar?
- Para você o que é se relacionar/cuidar/viver com uma pessoa com sofrimento mental?
- Existe algum tipo de apoio no cuidado dessa pessoa? Se sim, de que tipo?

⁴⁹ Salário Mínimo.

ANEXO C – Roteiro para o Grupo Focal

Questões norteadoras

- Fale de sua experiência como usuário dos serviços do Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas.
- Como essa enfermidade/doença influencia o seu cotidiano?
- Fale de você no Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas.
- Como é o seu retorno para o seu grupo social?
- Fale de seus interesses pessoais, de suas inquietações no dia-a-dia.

ANEXO D – Plano de análise para codificação, classificação e categorização das falas dos entrevistados

QUESTÕES TÍPICAS (Categorias analíticas)	SUB-QUESTÕES (Categorias operacionais)	PALAVRAS CHAVES
Como se configura o perfil dos familiares cuidadores de sujeitos com sofrimento mental?	Quanto ao vínculo? Quanto a idade? Sexo? Escolaridade? Renda?	Pessoa Família
Como os familiares compreendem o sofrimento mental?	Quanto a que tipo de racionalidade (médica, biológica, genética, religiosa, mística, sobrenatural)?	Sofrimento mental Conhecimento Crenças
Como os familiares têm experienciado o processo de adoecimento do seu ente?	Que rupturas e/ou construções se deram a partir do início do processo de adoecimento? Como se dá essa experiência no interior da família? Como se configuram os papéis familiares após o início do processo?	Experiência Adoecimento Família
Como os familiares concebem o cuidado?	Quais suas concepções de cuidado? Que práticas cotidianas são compreendidas como cuidado?	Práticas Cuidado Concepção
Como os familiares utilizam os recursos (formais ou informais) com vistas a promover o cuidado e aliviar o sofrimento do seu ente?	Quanto a utilização de terapêuticas alternativas como prática de cuidado?	Práticas alternativas
Como o CRPS influencia o cuidado?	Existe um Centro Social de apoio? O Centro existente fortalece ou fragiliza o cuidado? Como ele se estabelece e se organiza?	Centro de Reabilitação Psicossocial

ANEXO E – Declaração de consentimento

Eu, Castigo Xadrique Matlhombe, mestrando do curso de Antropologia Social, estou propondo a realização do estudo “Atenção e Reinserção Sócio-familiar de Doentes Mentais na Cidade de Maputo” tendo seleccionado como cenário o Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas. Essa pesquisa tem por objectivo depreender, na visão dos sujeitos da pesquisa, como a atenção e reinserção sócio-familiar, a partir das políticas públicas, consideram as suas especificidades de demandas e necessidades e como essas proposições se efectivam, ou não, na prática de um serviço de saúde mental.

Assim, venho solicitar a sua participação nesse estudo, concedendo uma entrevista com o objectivo de conhecer sua visão e ideias quanto a essa pesquisa. Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Será realizada uma entrevista, pelo pesquisador, respeitando o local e o horário escolhidos pelo Sr.(a). Solicito sua anuência para gravar seu depoimento e informo que este poderá ser devolvido e/ou interrompido no momento em que assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa, visto que sua participação é voluntária;
- Seu anonimato será seguro, bem como a privacidade e o sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa;
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, ao pesquisador, que pode ser encontrado no endereço e telefone que constam no final desta carta;
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou económico-financeiro. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa;
- Será garantida a liberdade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para o entrevistado;
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão disponíveis para consulta.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Castigo Xadrequ Matlhombe – Mestrando

Endereço do pesquisador: E-mail: matlhombe1285@gmail.com

Telefone: 84/874591990

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado, que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador, *Castigo Xadrique Matlhombe*, sobre a minha decisão em participar da pesquisa “Atenção e Reinserção Sócio-familiar de Doentes Mentais na Cidade de Maputo”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o seu desenvolvimento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Maputo, ____/ ____/ 2022.

Assinatura do participante