



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

Tradução de fenómenos: entre a saúde mental e a
antropologia. Estudo de caso nas escolas de Guadalupe e
Patrice Lumumba em São Tomé e Príncipe

Maria Carolina Faria Rocha Cravo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:
Doutora Chiara Pussetti, Investigadora Auxiliar do Centro de Investigação em
Antropologia,
Investigadora Associada do Instituto de Ciências Sociais

Co-orientadora:
Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho,
Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2013



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

**Tradução de fenómenos: entre a saúde mental e a
antropologia. Estudo de caso nas escolas de Guadalupe e
Patrice Lumumba em São Tomé e Príncipe**

Maria Carolina Faria Rocha Cravo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:
Doutora Chiara Pussetti, Investigadora Auxiliar do Centro de Investigação em
Antropologia,
Investigadora Associada do Instituto de Ciências Sociais

Co-orientadora:
Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho,
Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia
ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2013

Tradução de fenómenos: entre a saúde mental e a antropologia, M^a Carolina Gravo

Outubro.2013

*“Então, eu não voei na realidade.
Eu voei na minha imaginação, apenas em espírito...
Se eu me tivesse atado a uma rocha com uma corrente pesada,
teria voado precisamente na mesma,
porque o meu corpo nada tinha a ver com um voo...”*

Castaneda, C. *The Teachings of Don Juan: A Yaqui Way of Knowledge*

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer às guias de todo este processo de aprendizagem, por todo o apoio prestado e paciência dedicada, minha orientadora Doutora Chiara Pussetti e coorientadora Doutora Clara Carvalho.

O meu sincero obrigada aos participantes nesta investigação, em Portugal e em STP, pelo tempo dispensado, pensamentos partilhados, que contribuíram extraordinariamente para a minha motivação em prosseguir. Um agradecimento muito especial à Prof.^a Antónia Barreto pelos contatos fornecidos e facilitação de trabalho no terreno e ao Dr. Edgar das Neves pelo imenso apoio e confiança com que me recebeu em STP. Obrigada a todas as amigas e amigos que ainda estão na “latitude e longitude quase zero” e que me fizeram sentir novamente em casa.

Um reconhecido obrigada a toda a minha equipa de trabalho na FGS, Teresa, Sandra, Jorge, Rita, Filipa, sempre tão compreensivos e solidários com esta condição trabalhador-estudante. Fez toda a diferença, mesmo!

A todos os meus colegas de Mestrado, pela caminhada, embora cada um muito autónomo e independente, fomos sempre dando passinhos juntos. Agradeço em especial ao Paulo, pela inspiração para sermos sempre íntegros e trabalhadores...e para lermos os clássicos!

A todas as amigas e amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que conseguisse chegar à fase final deste longo processo, pela sua disponibilidade e pelo “estar sempre aí”. Um piscar de olhos especial aos vizinhos Gui, Rita e pequeno Lucas, sempre muito atentos à vizinha-estudante.

Umas palavras especiais, mas que nunca conseguirão ser tão especiais quanto a pessoa a quem se dirigem, a minha mãe Lídia, pelo constante apoio, carinho e crítica construtiva. Ao meu pai por estar sempre connosco, na segurança que transmite e na integridade que inspira. À Gina e Rogério por todo o acolhimento e carinho. Aos avós, já longe, pelas suas histórias do sul..

Por fim, ao Miguel...porque esta Dissertação também é dele, porque todos os dias me demonstra e faz sentir, a beleza que é viver as coisas a dois, na simplicidade do amor.

RESUMO

Este estudo incide sobre as diferentes leituras dos fenómenos de, alegado transe e possessão, observados entre jovens estudantes nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba em São Tomé e Príncipe. O foco da análise situa-se entre o jogo de interpretações e as intervenções levadas a cabo, com vista a gerir a situação e retomar o funcionamento normal das escolas.

Os objetivos delineados foram: caracterizar a situação e a gestão levada a cabo nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba; identificar as leituras e jogo de interpretações dos fenómenos de alegado transe nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba e caracterizar a intervenção dos serviços de saúde mental em STP na referida situação e sua implicação na saúde mental a nível nacional. A colheita de dados ocorreu em Portugal e STP com recurso sobretudo à entrevista semiestruturada de informantes-chave e a análise de notícias veiculadas pela imprensa local.

A análise e o cruzamento dos dados recolhidos permitem concluir que houve uma diversidade de interpretações, que oscilaram sobretudo entre a biomedicina, saúde mental e aspectos culturais locais. A intervenção dos técnicos de saúde mental foi oficialmente implementada e presidiu todo o processo. A ausência de programa de saúde mental em STP e a fragilidade das respostas disponíveis neste campo, concorrem para algum questionamento desta hegemonia. A reflexão sobre estas situações poderão ser uma ótima oportunidade para compreender a necessidade do desenvolvimento de competências culturais em saúde e da adoção de interpretações particulares, localmente situadas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Antropologia Médica; Possessão; São Tomé e Príncipe

ABSTRACT

This study is focused on different analyses of the situations of alleged trance and possession observed among young students at the schools of Guadalupe and Patrice Lumumba in São Tome and Príncipe. The focus is the interpretative dynamics and the interventions that took place in order to manage the situation and to recover the normal running of the schools.

The outlined objectives were: to characterize the situation and the management carried out at the schools of Guadalupe and Patrice Lumumba; to identify the interpretations about the situations at the schools and the dynamics between them, and finally, to describe the intervention of STP mental health services in this situation and its implications on a national level. The data collection took place in Portugal and STP, with semi-structured interviews of key-informants and analyses of news in the local press.

The data analysis suggests that there were several interpretations, oscillating between biomedicine, mental health and local culture features. The intervention of the mental health professionals was the chosen one and the one that took charge of the situation.

The lack of a mental health program in STP and the poor resources can lead us to question this hegemony. A reflection about what occurred can provide an excellent opportunity to understand the need to develop cultural competences in health and to adopt local based interpretations.

Key Words: Mental Health; Medical Anthropology; Possession; São Tome and Príncipe

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA	3
1 Saúde, Doença e Cura	3
2 Saúde e Doença Mental	7
2.1 Saúde mental no panorama internacional	7
2.1.1 Saúde mental nos países em desenvolvimento	10
2.2 Saúde mental global ou saúdes mentais locais	12
2.2.1 Psiquiatria transcultural e etnopsiquiatria	13
3 Possessão	15
3.1 Possessão no discurso biomédico	16
3.2 Pluralismo de abordagens à possessão	18
3.2.1 Possessão Central e Periférica	19
3.3 Possessão e questões de género	21
3.4 Funções da possessão	22
3.5 Possessão e fingimento	23
CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	25
1 Considerações sobre o contexto de investigação	25
2 São Tomé e Príncipe: caracterização geral do país	26
2.1 Geografia, clima e aspectos demográficos	26
2.2 Questões económicas, políticas e pobreza	27
2.3 Aspectos culturais: língua e religião	28
2.4. Saúde em São Tomé e Príncipe	29
2.4.1 Biomedicina	29
2.4.2 Medicina Tradicional	33
CAPÍTULO III– METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	37
1 Descrição do Estudo	37
1.1 Participantes e contexto de estudo	38
1.2 Colheita de dados e pesquisa no terreno	39
1.2.1 Colheita de dados em Portugal	39
1.2.2 Colheita de dados em STP	41
1.3 Constrangimentos e questões éticas	42

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
1 Situações perturbadoras nas escolas de STP	45
1.1 Manifestações comportamentais	46
1.2 Perfil das jovens	48
1.3 A situação perturbadora na Escola de Guadalupe	49
1.3.1 Interpretações surgidas	50
1.3.2 Intervenção tradicional: djambi	51
1.3.3 Intervenção das entidades oficiais	52
1.3.4 Outras intervenções e interpretações	55
1.4 A situação perturbadora na Escola Patrice Lumumba	57
1.4.1 Intervenção das entidades oficiais	59
1.4.2 A equipa de intervenção com os professores e encarregados de educação ...	61
1.4.3 Outras intervenções	63
2 Os serviços de saúde mental em STP	64
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	67
1 Discussão	67
2 Conclusão	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	
A – Artigos publicados na imprensa sobre o caso das escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba	
B – Guião de entrevistas realizadas em Portugal	
C – Guião de entrevistas realizadas em STP	
D – Sistematização de entrevistas realizadas em STP e em Portugal	
E – Apresentação Pública no HAM sobre as ocorrências nas escolas realizada pelos psicólogos da equipa de gestão	
F – Documentos de base ao plano de ação implementado na EPL	
G – Comunicação feita pelos profissionais de saúde aos encarregados de educação da EPL	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 - Caraterização da saúde mental em STP segundo Governança, Financiamento e Prestação de Serviços	32
Quadro 3.1 - Artigos de imprensa analisados	40
Quadro 3.2 - Entrevistas realizadas em Portugal e contatos sugeridos para realizar em STP	40
Quadro 3.3 - Entrevistas realizadas em STP	42
Quadro 4.1 - Distribuição dos participantes entrevistados por setor profissional	45
Quadro 4.2 - Distribuição dos casos registados na Escola Secundária Básica de Patrice Lumumba	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1 - Escola Secundária Básica de Guadalupe	50
Figura 4.2 - Entrada na Escola Patrice Lumumba em São Tomé	63
Figura 4.3 - Psicólogos do HAM e Investigadora	65

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- BAD** - Banco Africano do Desenvolvimento
- DSM** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- EG** - Escola de Guadalupe
- EPL** - Escola Patrice Lumumba
- HAM** - Hospital Ayres de Menezes
- ICD** - *International Classification of Diseases*
- IDF** - Instituto Diocesano de Formação João Paulo II
- IMVF** - Instituto Marquês de Valle Flôr
- INE** - Instituto Nacional de Estatística
- IPAD** - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
- MECF** - Ministério da Educação, Cultura e Formação
- MJ** - Ministério da Justiça
- MS** - Ministério da saúde
- OIT** - Organização Internacional do Trabalho
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONG** - Organização Não Governamental
- ONGD** - Organização Não Governamental para o Desenvolvimento
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- PIB** - Produto Interno Bruto
- PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- STP** - São Tomé e Príncipe
- TVS** - Televisão de São Tomé e Príncipe

INTRODUÇÃO

O ponto de partida deste estudo é o fenómeno de alegado transe e possessão registado entre jovens das Escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba em São Tomé e Príncipe. No final do ano 2010 na Escola Básica Secundária de Guadalupe começaram a registar-se alguns fenómenos de alegado transe e possessão entre as alunas que, dispersas pela sala, gritavam, movendo os olhos, abrindo os braços e tremendo. Os seus movimentos frenéticos eram acompanhados de vocalizações em tom grave, movimentos oculares desenfreados, tiques nervosos, agitação descontrolada e por vezes força extrema. Os casos foram progressivamente aumentando de frequência e conduziram ao encerramento da escola e à realização de um *djambi*, que teve um trágico desfecho, com a morte do curandeiro que levava a cabo este ritual. No ano seguinte, começaram a observar-se manifestações na Escola Patrice Lumumba, em São Tomé, chegando a atingir 50 jovens por dia, causando o pânico nacional, o encerramento da escola e intensos debates sobre as intervenções.

Este estudo pretende conhecer as diferentes interpretações sobre o fenómeno de, alegado, transe e possessão nas escolas de Guadalupe e Patrice de Lumumba e de que forma estas situações foram geridas localmente. O foco de análise situa-se no jogo entre as diversas interpretações, psicológicas, antropológicas, sociais dos fenómenos ocorridos e como foi estabelecido o diálogo com as questões de saúde mental atual em STP. Desta forma, o estudo propõe-se a:

1. Caracterizar a situação e a gestão levada a cabo nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba;
2. Identificar as leituras e jogo de interpretações dos fenómenos de alegado transe nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba;
3. Caracterizar a intervenção dos serviços de saúde mental em STP na referida situação e sua implicação na saúde mental a nível nacional.

Tendo por base estes objetivos, foram estabelecidas algumas questões que orientaram a investigação: Quais as interpretações e leituras feitas pelos diferentes grupos, nomeadamente comunicação social, educação, saúde, sociedade civil e comunidade, em geral, sobre os fenómenos de alegado transe nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba? Como foram geridas as situações verificadas na escola? Existiu uma leitura hegemónica e que se implementou, em detrimento das outras? Qual o enquadramento das intervenções ao nível da cultura e interpretações locais? Houve diálogo entre as várias leituras existentes ou imposição de uma leitura (hegemónica) sobre as outras? Que implicações o fenómeno de alegado transe nas escolas, teve ao nível da política de saúde mental (em execução) para STP?

Considero que a minha formação em Psicologia e o facto de estar presente no terreno quando o fenómeno se iniciou em Guadalupe, contribuiu para aumentar a curiosidade sobre o caso. Durante o período de Fevereiro de 2010 a Fevereiro de 2011 trabalhei e vivi em STP o que me permitiu, de alguma forma, conhecer o país e ter alguns contactos que facilitaram a realização deste estudo. Esta

é uma investigação de caráter exploratório, que privilegiou os métodos qualitativos de recolha de dados, nomeadamente entrevistas semiestruturadas a informantes-chave, a observação e análise de imprensa. A colheita de dados foi realizada em Portugal e STP. A deslocação a STP, assegurada por meios próprios, possibilitou ainda a recolha de dados através de conversas informais e anotações no diário de campo, apesar do curto espaço de tempo disponível para a realização do trabalho de campo.

Naturalmente, o presente estudo apresentou alguns constrangimentos, nomeadamente a falta de acesso a informação sistematizada, mesmo por parte das entidades oficiais envolvidas, sobre os fenómenos que ocorreram nas escolas. Impuseram-se limitações éticas na possibilidade de entrevistar algumas jovens que sofreram episódios de crise nas escolas e, já no terreno fui aconselhada a não o fazer. O critério de seleção dos participantes na investigação, em Portugal e STP, foi terem presenciado ou terem intervindo na gestão das situações registadas nas escolas, diretamente ou através dos organismos e instituições onde desenvolvam a sua atividade profissional.

Desde logo, o enquadramento da situação, por parte das entidades oficiais, foi o de tratar-se de uma questão de doença. Neste sentido, a Antropologia Médica pode trazer vantagens a uma análise de uma situação deste tipo já que encara a doença como uma realidade simbólica e cultural, e não somente como uma mera realidade natural (Kleinman, 1978). Especificamente, a doença mental não deve ser pensada em termos de factos, ou como uma doença física, pois tem uma natureza contextual, que implica um olhar subjetivos e a interpretação da situação particular que se apresenta (Obeyesekere, 1985). Neste sentido, a etnopsicologia propõe o desenvolvimento competências culturais na saúde, através da promoção do diálogo e adaptação da intervenção com interpretações locais das situações, para que se dissipem os eventuais conflitos e a intervenção seja mais eficaz (Beneduce, 2006). Assim, o estudo de fenómenos como a eventual situação de possessão nas escolas de STP, representa um campo privilegiado para a tradução de fenómenos segundo uma nosologia biomédica, mas também tendo em conta simbolismos e significados locais. O campo de estudos de fenómenos como a possessão e transe é bastante heterogéneo devido à grande dificuldade que existe em categorizar e ordenar a investigação (Beneduce, 2006). Todavia, o fenómeno da possessão reuniu sempre muita curiosidade e interesse, e tem sido sempre um tema presente na investigação antropológica (Valverde, 2000) e médica (Lewis-Fernández, 1998).

A saúde mental, apesar de ser um campo essencial da saúde, tem sido negligenciada por parte da comunidade internacional, embora se começem a registar sinais de mudança. (Collins, et al., 2011). Em STP, a falta de sistematização de dados sobre a saúde mental em STP, a ausência de política nacional específica, espelha o fraco investimento que a saúde mental representa, em geral, nos países em desenvolvimento (Saxena et al., 2007).

O presente estudo está estruturado em cinco capítulos, que surgem logo após a Introdução. No Capítulo I apresenta-se a Revisão de Literatura que aborda as temáticas “Saúde, Doença e Cura”, “Saúde e Doença Mental” e por último a “Possessão.”

O Capítulo II apresenta a contextualização do Estudo de Caso e a justificação da realização do mesmo em STP e a “Caracterização geral do país”, onde é dada particular relevância à saúde, em termos de biomedicina e de medicina tradicional.

Segue-se a apresentação da Metodologia de Investigação - Capítulo III, onde se faz a descrição do estudo, dos participantes, da colheita de dados e dos constrangimentos e questões éticas. O Capítulo IV apresenta os resultados relativos à ocorrência de Situações perturbadoras nas escolas em STP, sistematiza-se as manifestações observadas, o perfil das jovens, a descrição da situação, as interpretações surgidas e as diferentes intervenções nas escolas, levadas a cabo pelos diferentes atores. O Capítulo V refere-se à Discussão e Conclusão do estudo. No final, consta ainda uma secção de Referências Bibliográficas e Anexos.

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo é feito o enquadramento teórico do presente estudo. Na primeira secção são abordados os conceitos de saúde, doença e cura, sublinhando as abordagens da Antropologia Médica e desafiando alguns conceitos e definições hegemónicas. A segunda secção versa sobre a saúde mental em particular, numa perspectiva internacional mas com reflexões sobre realidades concretas, numa dialéctica global/específico, com particular atenção à situação nos países em desenvolvimento. A terceira e última secção aborda as questões específicas da possessão, sendo exploradas várias abordagens, discursos e funções do fenómeno. São desenvolvidas especificamente questões de género e o fingimento e teatralização de emoções enquanto possibilidade.

1 Saúde, Doença e Cura

Os processos subjacentes à gestão e interpretação da doença têm vindo a ser um campo de estudos privilegiado em Antropologia Médica. Enquanto disciplina, tem fornecido importantes esclarecimentos sobre a influência dos aspectos socioculturais, forças políticas e sociais nas questões de saúde, doença e processos de cura (e.g. Kleinman 1978, 1989, 1995; Lapantine, 2004; Lock e Scheper-Hughes, 1987; Quartilho 2001).

A doença está geralmente associada a uma alteração que põe em risco o indivíduo e o grupo social ao qual pertence merecendo por isso uma atitude generalizada de evitamento pelo desconforto e acontecimentos negativos que provoca. A saúde, não se reduz à ausência de doença, mas ao completo bem-estar físico, social e mental do indivíduo, das comunidades e dos povos (OMS, 1948). A esta interpretação lata, a Antropologia Médica acrescenta a sua definição de doença como uma realidade simbólica que não pode ser considerada uma mera realidade natural. Representa uma crise ontológica que exige uma explicação, um absurdo, um acontecimento sem sentido já que põe em perigo as certezas do quotidiano, a previsibilidade que o ser humano busca e com a qual se sente confortável. Neste sentido, as categorias biomédicas também são assumidas enquanto categorias

culturais através das quais são qualificados como problemas médicos, determinados estados num jogo interpretativo efectuado consiste na passagem da sensação para um sintoma inserido num sistema de categorias próprio (Kleinman, 1978). A doença é uma experiência altamente individual mas a sua explicação decorre num contexto social de jogos interpretativos para a procura de sentido. Necessita de uma explicação e de um enquadramento. Consequentemente, pode gerar práticas e interpretações que extravasam o âmbito estritamente médico (Silva Pereira, 2000).

Partindo da análise da saúde, doença e cura como parte de um sistema cultural, Kleinman (1978) reflecte sobre as diferentes formas como a doença é elaborada no tecido cultural. Este autor diferencia três arenas nas quais a experiência de doença é enfrentada: arena profissional, popular e tradicional. Em cada uma destas arenas vão emergir modelos explicativos de vários tipos, pelo que, as várias ópticas deveriam ser postas em “diálogo”. Os sistemas médicos, nesta perspectiva, são encarados como sistemas sociais e culturais simbólicos com significados, valores, normas e comportamentos, ligados a contextos institucionais e relações sociais específicas. A proposta aqui implícita é a de pensar a doença reconhecendo que os aspectos culturais e sociais.

A escola de Harvard (Kleinman, 1978, 1995), importante sede do pensamento antropológico, analisou os modelos explicativos que atribuem forma e sentido às experiências de doença e propôs a distinção das dimensões biológica e cultural da doença – *sickness* - agrupando-a em duas categorias. A patologia – *disease* - refere-se às disfunções orgânicas, incorporando as alterações biológicas, fisiológicas, alterações de estrutura e funções expressas em linguagem médica, e independentes do ambiente social e da interpretação subjetiva do indivíduo. A enfermidade – *illness* – concerne a esfera individual, pessoal e social decorrente da doença. Estas percepções incorporam os significados pessoais e culturais da pessoa que tem que lidar e tentar controlar a sua doença, como é vivido o adoecer e a experiência subjetiva de doença. Aqui encontram-se espelhados os contextos sociais e familiares do enfermo. O conceito de *disease* e de *illness* são duas formas de falar da mesma realidade e refletem uma tentativa de aplicar os saberes da Antropologia Médica no âmbito dos processos de construção cultural da experiência da doença.

De acordo com este conceito de doença (e, consequentemente saúde) ultrapassa-se a noção de *simples estado do corpo* já que são incluídos reflexos de como o indivíduo está no mundo social e físico. A doença é então simultaneamente um ato cognitivo, de consciência e interpretação das sensações mas também um ato social, na procura de significado, tenta-se tornar o universo corpóreo pessoal, reconhecível e inteligível perante os outros. Os enunciados explicativos da doença remetem-nos então para o contexto social onde esta se desenrola. A interpretação social da doença deve conferir significados que tenham correspondências com as formas como se pensa a realidade e, ao mesmo tempo, deve satisfazer as exigências particulares do indivíduo (Barros, 2004). Existe aqui um cruzamento de níveis: local, que permite estar atentos à particularidade da experiência de doença e global, que permite integrar a experiência na universalidade do contexto em que se manifesta.

Conhecer e interpretar a doença envolve o exercício de uma atividade interpretativa, no qual a biologia, os significados atribuídos e as práticas sociais contribuem e interagem para a construção da doença como objeto social ou experiência vivida, vinculada a relações sociais e de poder (Cozzi e

Nigris, 1996). Adoecer, representando um evento individual-social complexo, envolve um conjunto de ações e reações na sociedade. As concepções sobre a doença e sobre a saúde não se restringem assim ao discurso técnico, nem tão pouco se podem encarar como duas realidades antitéticas, sem coocorrência possível. Sofrem fenómenos de aceitação, incorporação e resistência, de acordo com o grupo de referência e encerram em si uma expressão cultural intrínseca e indissociável, que coocorre com a procura de alternativas ao discurso técnico.

A saúde, em sociedades não-ocidentais, é encarada como o estado natural de harmonia e equilíbrio entre as pessoas e o meio ambiente e social, ou ainda, entre estes e os seus antepassados. A ausência de saúde representa uma anormalidade, um desequilíbrio que não se esgota nas causas físicas/biológicas/fisiológicas envolvendo também causas sociais. “*Se houver equilíbrio e harmonia nas relações entre os seres humanos e os seus antepassados, entre as pessoas e o meio ambiente, o resultado será saúde*” (Honwana, 2002: 209). A dicotomia cartesiana na qual assenta a biomedicina, separando corpo e mente, saúde e doença, como duas entidades separadas e encarando a cura como eliminação de uma sintomatologia maioritariamente somática e fixada no corpo, não é aplicável em muitos contextos, nomeadamente em sociedades africanas. Aqui, como nos refere Honwana (2002), o conceito de doença é holístico e é assumida uma total interdependência do corpo e mente, pelo que os aspectos sociais e emocionais influenciam inequivocamente os estados físicos. As concepções de saúde e doença presentes em contextos como a comunidade de Bubaque – nas Bijagós, Guiné Bissau permitem-nos ilustrar esta realidade. O conceito de doença não se confina ao corpo individual, mas incorpora também aspectos sociais psicológicos sociais e políticos do paciente e do grupo social mais alargado, pelo que o episódio de doença é inserido “*numa rede mais alargada de conexões com outros domínios de experiência*” e remete inevitavelmente para a existência de desequilíbrios (Pussetti, 2005:104). O conceito de saúde aqui apresentado é mais amplo do que aquele operacionalizado pela biomedicina já que comporta mundo natural e social. Estas duas esferas estão integradas num todo e contribuem de forma igual para a recuperação e restabelecimento da saúde e equilíbrio, pelo que a atuação tem que preconizar uma acção simultânea sobre ambas as esferas.

Honwana (2002), sugere uma classificação para as doenças no contexto alvo do seu estudo, Moçambique: doenças *simples* e doenças *complexas*. Esta últimas persistem algum tempo na vida do indivíduo, ultrapassando a esfera pessoal/individual do sujeito e o desconforto físico. Frequentemente são consequência de situações sociais negativas sendo o reflexo da falta de harmonia social e intenções malignas. As principais causas das doenças *complexas* são naturais, castigos ou advertências por violação das normas sociais ou ainda, intenções malignas por parte de alguém dotado de poderes sobrenaturais. Apesar das suas causas se situarem mais a nível social, existem naturalmente manifestações físicas da doença. Aqui é notório a interligação das causas sociais e físicas da doença, pelo que “*a supressão dos sintomas físicos implica a eliminação simultânea das causas que estão na origem da doença*” (Honwana, 2002: 214). Para a sua resolução, requerem recurso à tradição já que representam “uma maneira de os espíritos mostrarem o seu descontentamento e a sua ira para com os seus descendentes ou a comunidade em geral”

(Honwana, 2002: 213). É através do processo de adivinhação, enquadrado num ritual que são descobertas as causas da doença e é feito o diagnóstico.

A forma como as sociedades lidam com as ameaças à saúde, as crenças, práticas e atitudes em torno destas representam características fundamentais da cultura. Inevitavelmente, os conceitos de doença, saúde e cura são interpretados de forma diferente, em culturas diferentes. Há um encadeamento de acontecimentos e circunstâncias que conduzem à interpretação da doença e que enquadram o doente num mapa complexo e articulado, que inclui dimensões sociais, naturais e até sobrenaturais que se cruzam, gerando uma malha explicativa da situação, que aponta para a sua solução (Nunes, 1997).

Os universos socioculturais de cada povo influenciam a escolha da cura e a utilização dos serviços terapêuticos disponíveis. Desta forma, para que uma experiência dolorosa seja plenamente compreendida, deverá corresponder a uma estrutura cultural que confere ao ato de sofrer, questões que podem ser expressas e partilhadas de forma inteligível por todos (Illich, 1975). A diversidade de percursos terapêuticos é ilustrada pelo trabalho de Silva Pereira sobre os mapuche (2000) em que procurou aceder às concepções de corpo, saúde e doença e a lógica que orienta o recurso aos vários terapeutas. O autor analisou os itinerários terapêuticos percorridos pelos doentes, nas várias vertentes de expressão da doença, desvinculando-se de uma óptica etnocêntrica, enfatizando o carácter social da doença e a necessidade de conhecer o contexto em que esta se insere.

Numa sociedade podem coexistir diferentes sistemas de saúde e correspondentes concepções de doença e cura. Verifica-se a tendência para a absolutização do saber médico, que se rege pelo fundamento filosófico e epistemológicos da racionalidade. Esta lógica científica racional baseia-se sobretudo nos princípios da não contradição e da causalidade e a razão é, exclusivamente, a única fonte de conhecimento reconhecida (Silva Pereira, 1993). Contudo, nas sociedades não-ocidentais, as doenças são reveladoras de componentes biológicas mas também sociais e relacionais, podendo estar associada uma dimensão simbólica, de carácter mágico-religioso. Os indivíduos encontram várias respostas às situações de doença, inscritas na sua cultura, através de práticas inscritas na sua cultura específica, em práticas vulgarmente chamadas medicinas tradicionais, paralelas, alternativas, complementares ou esotéricas, conforme a designação que se pretenda adoptar. Por outro lado, a lógica esotérica, na qual assentam as ditas medicinas alternativas ou esotéricas, baseia-se nos princípio da resolução de oposições e da interpretação. A razão não é encarada como a única via de conhecimento, embora lhe seja reconhecida um papel importante, mas não exclusivo, neste sentido.

O sistema médico ocidental surge como uma atitude social que não permite a conciliação das partes do todo. A biomedicina tende para o estabelecimento de relações verticais com as outras medicinas e nasce ligada a um conceito de poder, dotada de um enorme peso político, secundarizando as outras medicinas e remetendo-as para o campo das crenças. Contrariamente à individualização do doente, frequentemente observada nas práticas das medicinas tradicionais ou esotéricas (Silva Pereira, 2000), na medicina ocidental assiste-se à despessoalização do doente e negligência da necessidade de enquadramento com o meio. Os indivíduos tendem assim a percorrer itinerários terapêuticos, com diferentes origens ontológicas e filosóficas, procurando respostas adequadas à sua doença e ao seu

mundo social e cultura onde se insere. É na tentativa de entendimento da experiência de sofrimento, mau-estado, desconforto, desequilíbrio, no fundo, de perceber o que se passa connosco, de descodificar, que emerge a escolha do “terapeuta”, do “interpretador” e esta trará respostas diferentes, mediante a que tipologia pertencer. Esta interpretação do fenómeno leva a destinos terapêuticos diferentes, no espectro das opções disponíveis no mercado de cura. Uma mudança dos quadros através dos quais as sensações (ou sofrimento) são interpretadas conduz inevitavelmente a variações na forma como a doença é vivida e expressa.

Em questões de saúde e doença o saber biomédico é hegemónico e daí decorre a secundarização dos factores psicológicos (distantes da fisiologia), sociais e culturais da experiência de doença, adoptando-se uma visão individualista, parcial e redutora de doença, desprovida de elementos subjetivos.

2 Saúde e Doença Mental

As questões relacionadas com a saúde mental têm sido muitas vezes esquecidas pela comunidade internacional em geral, não obstante a sua contribuição substancial para a saúde populacional e o desenvolvimento. Naturalmente, a saúde mental relaciona-se com a saúde humana em geral e com o bem-estar e é influenciada por factores económicos, sociais e físicos, entre outros.

2.1 Saúde mental no panorama internacional

A saúde mental é uma componente essencial da saúde, que se caracteriza pela ausência de desordem ou perturbação, mas também pelo bem-estar. É definida pela OMS (2011a) enquanto um estado de bem-estar que fornece aos indivíduos a possibilidade de realizarem o seu potencial, conseguirem enfrentar as vicissitudes e pressões normais da vida e conseguirem trabalhar de uma forma produtiva e lucrativa, sendo capazes de contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade. Contudo, as pessoas que padecem de sofrimento psíquico ou doença mental têm sido negligenciadas no que concerne à sua inclusão nas práticas e estratégias definidas para a saúde pública. Só bastante tarde é que estas questões foram abordadas pelas agências internacionais e pelo próprio Direito internacional, muito embora problemas associados a perturbações mentais e comportamentos estranhos, bizarros e descontextualizados, tenham sido alvo de curiosidade, reflexão e estudo, desde a antiguidade clássica.

A doença mental é uma construção social e deve ser analisada nas suas múltiplas vertentes, muito embora o modelo biomédico se tenha voltado a impor na psiquiatria, valorizando uma causalidade orgânica, apoiado nos avanços técnicos e tecnológicos, como imagiologia e genética. Esta leitura da doença mental no seio de um paradigma biomédico, recorrendo ao método científico e a sistemas classificatórios internacionais é, apesar de tudo, bastante recente (Alves, 2011). Ao longo do tempo, o conceito de loucura foi evoluindo e sendo alargado. A medicalização da loucura, e portanto, a sua classificação enquanto problema médico e legitimação de atuação sustentada num paradigma biomédico, dá-se entre os séculos XVIII e XIX. Considera-se que o sujeito manifesta uma incapacidade de adaptação à sociedade devido a lesões orgânicas, pelo que é confinado a um

espaço com características prisionais (Foucault, 1978). Goffman (2001) elenca as características destes dispositivos de “cura”, onde se verifica um controlo quase absoluto de quem está internado, numa relação marcada pela hierarquização e submissão ao grupo que controla - os profissionais - detentores de um conhecimento total e inquestionável e do poder de decisão sobre as perspetivas, futuro e destino dos pacientes. Em meados do século XX acentua-se a intervenção farmacológica na gestão dos casos, naquilo que podemos designar por *psiquiatrização das sociedades ocidentais* (Castel, 1977), que vem complementar o fenómeno de *medicalização da vida comum* (Illich, 1975). Difunde-se a ideia de que é comum, normal e vulgar ter uma doença mental no percurso da vida. O médico-especialista é detentor do conhecimento e este estatuto permite-lhe agir quimicamente, através de medicamentos, sobre os sujeitos, e organizar o espaço destinado ao acolhimento destes mesmos sujeitos. Os especialistas avaliam as pessoas que demonstrem comportamentos problemáticos e agir sobre eles na procura de um tratamento (Alves, 2011).

Apesar da medicalização da saúde mental, a sua inserção nas declarações sobre a saúde e desenvolvimento no panorama internacional é recente. A conferência de Alma Ata (OMS, 1978), que provocou importantes desenvolvimentos ao nível da política internacional sobre as questões de saúde, mas não aborda a saúde mental. No documento não existe qualquer referência a esta temática em particular. O mesmo acontece com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ONU, 2000), ou na Declaração do Painel de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não-Transmissíveis (OMS, 2011b), que não referem a doença mental. A primeira referência à saúde mental como um objetivo das Nações Unidas surge a 17 de dezembro de 1991, quando foi aprovada a Resolução 46/119 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, *Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental* (ONU, 1991), sobre a proteção e melhoria de assistência das pessoas com doença mental, sendo este o único documento no panorama internacional da ONU que aborda “a questão dos direitos humanos e a assistência a um grupo específico de transtornos” - as perturbações psíquicas (Bertolote, 1995:153). Apesar de não ser vinculativa, esta Carta de Princípios funcionou de alguma forma, como um instrumento de pressão e advocacia social para o respeito e salvaguarda dos direitos das pessoas com doença mental, no que poderia ser equiparado a uma espécie de legitimação internacional desta agenda. Ao adoptar estes princípios, as nações reconhecem que a forma como os Estados disponibilizam e prestam cuidados de saúde mental pode, por si só, levantar questões de direitos humanos. No fundo, este passo representou a possibilidade de criação de consciência e mobilização internacional para as questões da saúde psíquica e mental dos povos. É um marco no reconhecimento de que a promoção da saúde mental e os direitos humanos têm uma relação de sinergia e reforçam-se mutuamente (Gostin, 2000).

Existe um estigma social acentuado nas questões relacionadas com o sofrimento psíquico e a saúde mental, tendo os trabalhos académicos contribuído para o combater. O estudo sobre a *Carga Global das Doenças*¹ (1996) foi pioneiro na utilização de indicadores, diferentes da mortalidade, para aferir o impacto das doenças nos indivíduos. Analisou outros fatores como, limitações físicas, pessoais e

¹ Tradução do inglês *Global Burden of Disease*

sociais provocadas pela situação de doença. A inclusão destas dimensões permitiu revelar a magnitude e impacto causados pelos problemas de saúde mental. Este estudo constituiu uma importante chamada de atenção para a importância da saúde mental e impacto da doença mental na saúde pública. As doenças mentais contribuem significativamente para a Carga Global das Doenças e como tal não podem ser negligenciadas nem podem deixar de ser prioridade nas intervenções em saúde (Üstün, 1999). Na academia, os trabalhos de Foucault, Castel, Illich, Goffman, Basaglia, entre outros, impulsionam movimentos de luta por mudanças importantes e muito significativas na vida dos pacientes e usuários institucionalizados e na organização da assistência em saúde mental em vários países (Barros, 2004).

Na última década, gradualmente, temos vindo a assistir a uma chamada de atenção e para a ação da comunidade internacional para questões relacionadas com a saúde mental. Muitos países acreditam que chegou a altura para a comunidade internacional trabalhar adequadamente questões de saúde mental, como parte integrante de uma agenda de saúde global (Collins, et al., 2011; Üstün, 1999). A necessidade e urgência de intervenção é enfatizada por Prince et al. (2007), reconhecendo que não podemos falar da existência de saúde, na sua plenitude, sem a inclusão da saúde mental, no seu apelo/artigo intitulado *No health without mental health*. As doenças do foro mental são responsáveis por 14% da carga global das doenças, e por 28% para a carga das doenças não-transmissíveis em 2005. As doenças mentais aumentam o risco de doenças comunicáveis e não-comunicáveis, agravam situações de doenças crónicas como diabetes, hipertensão e, portanto, agravam a condição geral de saúde das pessoas. Apesar do contributo substancial para a saúde das populações e desenvolvimento, a saúde mental continua a ser subestimada pela comunidade internacional. Neste sentido, Prince et al. (2007) defendem que as ações no âmbito da saúde mental precisam de ser integradas com os desenvolvimentos no âmbito da saúde global, com a definição e planeamento de políticas e sistemas de saúde. A saúde mental tem que se introduzir na agenda dos cuidados de saúde primários, com o envolvimento dos vários atores (psiquiatras, enfermeiros, curandeiros, médicos tradicionais) que precisam de ser devidamente sensibilizados para estas questões (Patel, 1996).

Como verificamos, o reconhecimento da saúde mental global, enquanto campo de estudos próprio tem sido um processo gradual e a OMS e publicações organizadas em importantes revistas internacionais como *Lancet* (com séries temáticas em 2007 e 2011) e *PLoS Medicine* (com uma série temática em 2009) têm contribuído para a sua priorização, bem como grupos de advocacy para estas questões como são exemplos o *Lancet Global Mental Health Group* (2007), com inúmeros profissionais e académicos de saúde mental, ou o grupo *Global Health Movement*, liderado por Vikram Patel. Progressivamente vão-se verificando um aumento das atividades que visam tornar a saúde mental assunto prioritário no panorama da saúde global. É ainda exemplo a Plataforma para a Saúde Mental Global, promovida pela Fundação Calouste Gulbenkian, que colabora diretamente com a OMS na geração e disseminação de conhecimento sobre perturbações. Apesar destes esforços, há ainda uma enorme lacuna de informação sistematizada sobre questões saúde mental ao nível global, sobretudo nos países em desenvolvimento. Com vista a colmatar estas lacunas, a OMS iniciou o projeto *Mental Health Atlas*, que reúne informação sobre os recursos e serviços globais em termos de

saúde mental, contando já com três edições (OMS, 2000; 2005; 2011c). As fontes primárias de informação recorridas foram os Ministérios da Saúde nacionais e outras instituições que estes referenciassem, bem como alguns relatórios de missões, dos gabinetes regionais, de colaboradores especialistas da OMS (sobretudo nos países de baixo e médio rendimento). O Atlas de 2011 inclui um total de 184 dos 193 estados-membros da OMS.

Os argumentos que reforçam a necessidade de colocar a saúde mental na agenda da saúde global colocam-se a dois níveis. Por um lado, trata-se de uma questão de saúde pública substancialmente agravada pela carga atribuída às perturbações mentais. Por outro lado, é uma questão de direitos humanos devido à lacuna inaceitável de acesso e tratamento de doenças mentais e de violações sistemáticas dos direitos das pessoas este tipo de patologias, com particular ocorrência nos países em desenvolvimento.

2.1.1 Saúde mental nos países em desenvolvimento

A disponibilidade, distribuição e utilização de recursos em saúde mental em muitos países em desenvolvimento, é marcada pela escassez de recursos, a iniquidade da sua distribuição e ineficiência na utilização desses recursos. Estas situações estão interrelacionadas e acentuando-se mutuamente (Saxena et al., 2007). A pobreza relativa e iniquidade no seio das comunidades estão associadas a um risco crescente de problemas de saúde mental. A relação entre pobreza - não restrita a carências económicas incluindo aspectos como exclusão, vulnerabilidade social, falta de oportunidades - e estado precário de saúde mental tem sido largamente reforçada no panorama internacional. No estudo de Patel et al. (1999) levado a cabo em cinco cidades de diferentes países em desenvolvimento (Goa, Harare, Santiago, Pelotas e Olinda) verificou-se uma forte associação entre o desenvolvimento de doenças mentais comuns e o género feminino, a baixa educação e a pobreza (aqui entendida enquanto privação económica).

Partindo da multidimensionalidade do conceito de pobreza, Vikram Patel e Arthur Kleinman (2003) analisaram a relação entre pobreza e o risco de desenvolvimento de distúrbios mentais comuns², que incluem distúrbios depressivos e de ansiedade, recorrendo a uma vasta revisão de artigos científicos publicados em língua inglesa desde 1990 e publicados nos relatórios de saúde mental global. A relação que se verificou entre pobreza e doenças mentais comuns, reforça e agudiza o ciclo de pobreza e o estado de doença mental, em indivíduos particularmente vulneráveis. Mas apesar desta associação entre doenças mentais comuns e pobreza, os investigadores sublinham que a maioria das pessoas que vivem nestes contextos não desenvolve doenças mentais.

Neste âmbito, se o desenvolvimento dos países for entendido enquanto promoção de equidade, capital social e infraestruturas básicas, então terá inevitavelmente que estar associado a melhorias na saúde mental. Os estudos revistos revelam a necessidade de se colocarem as doenças mentais comuns no mesmo patamar de relevância das doenças associadas à pobreza, de forma a chamar a atenção de doadores e políticos. Embora a relação entre pobreza e doenças mentais possa ser questionada e não seja consensual, nem passível de ser expressa numa causalidade simples, o

² Tradução do inglês *Common Mental Disorders*

recurso a este discurso redutor e simplista pode ser entendido enquanto uma forma de alertar o mundo, particularmente as agências internacionais, os financiadores e os próprios Estados, para a importância crucial que a saúde mental representa no panorama global da saúde e do bem-estar das populações, não podendo de forma alguma ser negligenciada.

A definição das prioridades de investigação no campo da saúde mental global nos próximos dez anos, advoga que as ações para a redução do impacto das doenças mentais nos países de baixo e médio rendimento, deveria focar-se em três áreas fundamentais. A primeira diz respeito às políticas e sistemas de saúde, a segunda relaciona-se com o fornecimento de intervenções eficazes em termos de custo e a última, no desenvolvimento de investigação epidemiológica (Tomlinson et al., 2009). É de realçar que grande parte das investigações e conclusões produzidas no âmbito da saúde mental global tem origem em países ocidentais, e estas são posteriormente estendidos e aplicados diretamente noutros contextos (Summerfield, 2008). O ICD³ e o DSM⁴, atualmente os principais sistemas classificativos no domínio da psicopatologia, são fabricados com base na cultura ocidental e, consequentemente, categorizam de acordo com as noções contemporâneas do que constitui ou não um distúrbio e uma patologia. Contudo, as categorias psiquiátricas não são universais, representam um descriptivo de sintomas, e não de facto de doenças (Wakefield, 1992). A doença mental possui uma componente universal e uma componente específica cultural, já que para se manifestar e classificar como tal, tem que se verificar uma falha no desempenho das funções do sistema psicológico (ao nível de sistemas como cognição, memória, motivação, pensamento, emoção, etc.) e, simultaneamente, essa disfunção tem que ser entendida como desadequada no contexto social particular.

É um erro básico de validade, assumir que pelo facto de certos fenómenos mentais ocidentais se verificarem em contextos não-ocidentais, terão o mesmo significado e expressão verificados no mundo ocidental (Summerfield, 2008). Efetivamente, vários estudos etnográficos, inclusivamente os estudos clássicos demonstram que a presença, classificação, prevalência e prognóstico de doenças mentais, variam conforme a cultura onde o fenómeno se manifesta. Numa série de estudos etnográficos e epidemiológicos sobre a depressão no Zimbabué, Patel (2001), enfatizam a necessidade de se rever a validade de certas categorias utilizadas no diagnóstico de perturbações como a depressão. As categorias psiquiátricas em si também evoluem, sofrem modificações, desaparecem, refletindo as tendências sociais, culturais e o paradigma médico vigente na altura. Uma outra perspectiva é igualmente defendida nos trabalhos de Vikram Patel. Com vista a aproximar as comunidades dos países em desenvolvimento das questões da saúde mental e a treinar pessoas competentes para a intervenção neste tipo de problemas, um grupo de investigadores, liderados por Vikram Patel, têm vindo a desenvolver uma metodologia de trabalho comunitário. Neste enquadramento, a obra *Onde não há Psiquiatra*⁵ (Patel, 2002), é um manual para agentes de saúde não especialistas, atualmente utilizado em vários países em desenvolvimento como Índia, Zimbabué, Etiópia, Uganda, Nepal, entre outros.

³ International Classification of Diseases

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁵ Where there is No Psychiatrist. A mental health care manual by Vikram Patel, 2002

Apesar do reconhecimento desta questão, estar presente em discussões e críticas desde os anos 70, continua a persistir uma fraca manifestação da diversidade a este nível, sendo a produção de conhecimento psiquiátrico e psicológico marcadamente ocidental, com tendência a subestimar as diferenças e a enfatizar as semelhanças (Kleinman 1989; 1995).

2.2 Saúde mental global ou saúdes mentais locais

A sobreposição e utilização acrítica dos sistemas classificatórios para as perturbações mentais, desenvolvidos em sociedades ocidentais, em sistemas relativamente estáveis, ignoram uma grande fracção do mundo que vive em contextos muito diferentes, tem sido uma questão bastante discutida em alguns círculos académicos, particularmente em Antropologia Médica.

O pressuposto cultural não pode de forma alguma ser negligenciado, pois é no seu enquadramento que se pode identificar e definir o funcionamento apropriado, ou não, do sistema psicológico individual. É necessário o reconhecimento cultural e social das perturbações dos sistemas psicológicos individuais, para que se possa definir a situação como doença mental ou não. A visão inerente é que a tradução de estados emocionais em diferentes culturas, deveria representar um exercício mais complexo do que o mero encontro de um equivalente semântico (Kleinman, 1989). No âmbito desta abordagem, as doenças mentais são assumidas enquanto “disfunções internas que uma cultura particular define como desadequadas, ou seja, distintas quer das reações ‘esperadas’ a condições ou contextos de vida stressantes quer das situações de desvio às normas e regras sociais” (Alves, 2011:63).

O pressuposto fortemente biológico da neo-psiquiatria, ou da psiquiatria de diagnóstico, como sugere Horwitz (2002), analisa as doenças do foro mental como doenças físicas, apesar das diferenças que lhes estão subjacentes. Porém, conforme foi já referido, a atribuição da categoria de doença mental deve envolver uma disfunção, mas também uma consideração sobre a adequabilidade ou não do comportamento num contexto social e cultural. Segundo esta perspectiva há uma universalidade do pressuposto de definição de uma doença mental, enquanto disfunção psicológica socialmente desadequada. São precisamente os comportamentos particulares – e não as doenças mentais – que estão delimitados pela cultura.

A doença mental não pode então ser pensada em termos de factos ou como uma doença física pois tem uma natureza contextual, que implica um olhar subjetivos e a interpretação da situação particular que se apresenta. Obeyesekere (1985) propõe que no campo da psiquiatria não existem factos, mas avaliações, não existem *diseases* mas sim *illnesses*. A proposta é a de assumirmos as doenças mentais como conceitos e não como factos.

É através da construção social que a doença se torna real, por si só ela não existe. Para além de representar uma abordagem que corta com a pretensão da medicina em geral - e da psiquiatria em particular - de aplicar o método científico, de ser objectiva, mensurável, e por isso aceite enquanto verdade absoluta, esta proposta sublinha a importância do contexto na realização de leituras que servem de base aos diagnósticos. O que num contexto pode ser estranho, bizarro, noutro pode ser uma manifestação sociocultural normal, dependendo das categorias de interpretação aplicadas. O

modelo biomédico, centrado nas causas primárias das perturbações, nos seus factores genéticos e bioquímicos revela-se insuficiente.

A rigidez da nosologia da biomedicina conduz muitas vezes à patologização dos comportamentos, entendidos como diferentes por terem manifestações diferentes (culturalmente marcadas), levando a um reforço e agudização das desigualdades sociais. Pussetti (2010a) desenvolve o tema da leitura patologizante ou medicalizante dos comportamentos, tendo como unidade de análise a população imigrante e culturalmente distinta. Os imigrantes encontram-se numa situação de dupla alienação: é-lhe atribuída a condição de população frágil e de psicologicamente vulnerável, com maior predisposição para o desenvolvimento de psicopatologias, mas por outro lado, a sua existência discorre num espaço de invisibilidade social e moral. O diagnóstico de *síndrome de Ulisses*, causado pela situação de stress relacionado com a experiência migratória é um exemplo bastante claro da medicalização e utilização banalizada da categoria de distúrbio psíquico. Porém, a “leitura medicalizante do processo migratório está a impor-se como hegemónica” (Pussetti, 2010b:99). A hiper representação da vulnerabilidade psicológica atribuída aos migrantes anula os discursos individuais e silencia as diversas experiências socialmente negativas de cada um.

A tendência para a normalização e “estandardização” da aplicação de ferramentas, nomeadamente protocolos, diagnósticos e terapias de forma uniforme, não tem em conta as especificidades dos indivíduos e, como relembrava Pussetti (2010b), estes instrumentos não nos permitem confrontar com a diversidade, pois são produzidos só para pacientes-standard. As ciências da psique ocidentais têm a pretensão de se assumirem como detentoras da verdade universal, com validade científica remetendo todos os outros saberes, conhecimentos e práticas para as categorias de *psicologias folk*, *psicologias indígenas*, *etnopsicologias*, *psicologias culture-bound*⁶ (Pussetti, 2006:7-8).

A categoria *culture-bound syndrom* foi uma tentativa de introduzir a dimensão cultural no DSM. As patologias incluídas nesta categoria, foram remetidas para o 9º anexo do DSM-IV e caracterizam-se por terem uma causa exclusivamente cultural, nos contextos das sociedades em que ocorrem, podendo ou não serem doenças ou desordens de acordo com os olhares locais. Hahn (1985) critica bastante este conceito de *culture-bound*, pois em última instância, todo o DSM é *culture-bound* já que também ele foi produzido num sistema cultural específico, o sistema médico-ocidental com os seus critérios e avaliações.

2.2.1 Psiquiatria transcultural e etnopsiquiatria

O conceito de unidade psíquica do comportamento humano, assente numa abordagem biologista, inspirou o surgimento do movimento médico de *psiquiatria transcultural*. Esta defende a existência de bases fisiológicas e psicológicas comuns a todos os seres humanos, de essência universal, anulando

⁶ Manifestações de padrões localmente específicos de comportamentos e experiências perturbadoras. Muitas destas são localmente consideradas como *illnesses* e têm uma designação própria local, estando limitados a sociedades específicas, a certas regiões culturais e são localmente designadas segundo uma categorização leiga (American Psychiatric Association, 2000). Representam uma sintomatologia insólita e são produto de fatores culturais quer na forma quer na frequência. Ex: ataque de nevios, zar

a possibilidade de variações socioculturais. Estamos perante uma subordinação da psiquiatria ao reducionismo biológico, reproduzindo relações de poder, estereótipos e as diferenças “nós” e “os “outros”, na descodificação dos fenómenos através da tradução direta de discursos dos “culturalmente diferentes”, mas sem preocupação de integrar num todo mais abrangente (Pussetti, 2010).

Literatura e estudos etnográficos, demonstram desde dos anos 70, que a apresentação, atribuição, classificação, prevalência e prognósticos de perturbações mentais varia muito de cultura para cultura mas esta variação encontra-se sub-representada na literatura (*mainstream*) psiquiátrica, que tende a enfatizar as semelhanças transculturais e a minimizar as diferenças (Summerfield, 2008). De certa forma a abordagem da psiquiatria transcultural denuncia a necessidade de generalizar, de arrumar sintomas, grupos em categorias específicas, considerando o saber ocidental como único, universalmente válido e interpretando tudo nessa óptica. A psicologia e a psiquiatria parecem tornar-se instrumentos ao serviço de fenómenos sociais, mais do que dos próprios indivíduos.

A etnopsiquiatria, baseada na busca de significados, foi desenvolvida por diversos autores como Devereux, Laplantine, Bastide, profundamente influenciados pelo estudo de critérios para a definição de normalidade, anormalidade e patologia em diferentes culturas. Surge como uma alternativa e crítica da anterior e pretende oferecer ao indivíduo um atendimento culturalmente sensível e competente, numa tentativa de perceber a linguagem simbólica que a pessoa está a trazer, explorando outros modelos, colocando, pelo menos, uma dimensão mais culturalmente específica e pensando os sintomas de uma forma semântica, não marginalizando interpretações alternativas na prática clínica. Existe aqui a preocupação de fazer coexistir as várias culturas dos pacientes, mas também, de vários campos do saber.

Na prática, antes de se estudarem os fenómenos culturais específicos, como transe, possessão, xamanismo terão que se analisar e conhecer as etnopsicologias que estão na sua base e que se relacionam com os modelos de identidade, de pessoa, do *self* das culturas em estudo. Lutz (1985) defende o conhecimento e aprofundamento das psicologias locais, subjetivas e com sensibilidade cultural. Neste sentido, é curioso a sua posição baseada na extensão destas características a todas as psicologias, particularmente à psicologia científica, o que faria com que todas as psicologias fossem etnopsicologias, tornando a utilização prefixo “etno” redundante e portanto dispensável, já que todas as psicologias seriam então *culture-bound*. Partindo da proposta de etnopsicologia de Lutz, Beneduce (1999) sugere a importância de se conhecer efetivamente as abordagens utilizadas na análise dos fenómenos psicológicos em estudo – um exemplo seria a abordagem fenomenológica - mas adicionalmente, não menos importante, reconhecer que a própria psicologia ocidental é uma etnopsicologia e deve, portanto, ser operacionalizada como tal. O autor sublinha a necessidade de reconhecermos como são traduzidas e colocados em prática nas representações, discursos e saberes as noções e conceitos com que trabalhamos e como interpenetram na linguagem do dia-a-dia. Os estudos sobre as representações sociais têm subjacente uma tentativa de compreensão dos pensamentos e das ações colectivas. No âmbito específico das representações sociais das doenças mentais, estes fornecem informações sobre as representações leigas destas doenças mostrando, de

uma maneira geral, um traço comum de anormalidade e alteridade em todos eles, associado ao conceito. “A racionalidade psiquiátrica biomédica aparece como redutora da complexidade do sofrimento mental humano. As rationalidades leigas servem-se de uma visão holística de pessoa (...) para produzir sentido sobre o sofrimento e doenças mentais Alves (2011:271). A psiquiatria ocidental deve ser considerada como uma, entre outras etnopsiquiatrias. Para Beneduce (2006) a etnopsicologia deve incluir e considerar as modalidades cognitivas que servem de base às atitudes naturais e quotidianas, e igualmente, os saberes ligados à construção da personalidade e que caracterizam domínios e atividades particulares, como cerimónias religiosas ou de cura. O desenvolvimento da investigação neste âmbito deve dar primazia a métodos qualitativos, partir de conceitos locais e incluir o desenvolvimento de instrumentos válidos e adequados aos diversos contextos (Summerfield, 2008). A proposta da etnopsicologia é o desenvolvimento de uma competência cultural na saúde promovendo o diálogo e adaptação da atuação com as representações locais para que se dissipem os eventuais conflitos e a intervenção seja mais eficaz.

O estudo de fenómenos como a possessão pode revelar-se um exercício interessante neste sentido, já que representa um campo privilegiado para a tradução de fenómenos, quer em linguagem fundada na biomedicina quer em linguagem de simbolismos e significados locais. Beneduce (1999: 38) estabelece algumas questões, que servirão de base às suas reflexões sobre possessão, nomeadamente *que consequências advêm do facto de se assumir a possessão numa categoria médico-psicológica? E qual a vantagem de falar no singular, como um fenómeno da genealogia psicopatológica? Como é feito o diálogo entre a possessão e a saúde mental?*

3 Possessão

O campo de estudos de fenómenos relacionados com a possessão e transe é bastante rico em heterogeneidade, contradições e polémicas entre os conceitos e categorias utilizados. Existe uma grande dificuldade de categorizar e ordenar a investigação sobre estes fenómenos (Beneduce, 2006). Também Paulo Valverde reconheceu uma “*inabilidade generalizada, e reconhecida pela maioria dos antropólogos, em fornecer uma explicação total sobre o problema da possessão*” (Valverde, 2000:158). Contudo, o fenómeno da possessão reuniu sempre muita curiosidade e interesse, e tem sido sempre um tema presente na investigação. De Heusch (1971, cit. por Colleyn) falava da possessão como um tipo de medicina natural à disposição de um doente louco. São numerosos os exemplos de investigações que relacionam a ocorrência de episódios de possessão com questões de saúde mental. A sua importância reside no facto de se reconhecer que o estudo dos cultos de possessão permitem revelar muitos aspectos de processos sociais, das interações transpessoais e afetos e sentimentos pessoais (Côté, 2008).

Os fenómenos de possessão são bastante diversas e divergentes, mas são manifestações transversais e, dir-se-ia, presentes em todas as sociedades, mesmo na europa cristã, como atesta o exemplo do tarantismo no Sul da Itália (Colleyn, 1988). Em África, mais particularmente em

Moçambique, a possessão pelos espíritos designa “*um estado particular em que o indivíduo possuído experimenta a separação temporária da sua própria essência e identidade*” (Honwana, 2002:51).

O tema possessão por espíritos e outros agentes externos posiciona-se no cruzamento de várias disciplinas como psicologia, sociologia, medicina, história, antropologia. Os modelos explanatórios da possessão, enquanto experiência fenomenologicamente social e corporal também sofreram, como atualmente outros campos, uma biologização da sua interpretação. Tentativas de biologizar a possessão, buscando explicações fisiológicas, situadas num corpo patológico, como a existência de perturbações no ouvido interno que causam o transe (Gell, 1980, cit. por Valverde, 2000), ou relacionar experiências mediúnicas e défices de cálcio causados por restrições alimentares. O discurso médico sobre o fenómeno da possessão tem vindo a tornar-se dominante.

3.1 Possessão no discurso biomédico

A introdução do transtorno de transe e de possessão no sistema classificatório psicopatológico DSM-IV foi alvo de bastantes críticas. Lewis-Fernández (1992, 1998) contestou a inclusão de experiências tão diversas, numa única categoria e sistema nosográfico, como a categoria dos *culture bound syndromes*. Apesar de tudo, a diferenciação dos transtorno de transe e de possessão dos transtornos dissociativos foi de grande utilidade em termos de promover a investigação médica-antropológica. Os estudos que tentaram incluir este fenómeno entre os transtornos dissociativos de identidade, ignoraram as noções de responsabilidade e identidade próprias e inerentes de cada cultura (Beneduce, 2006).

O risco da legitimação transcultural de uma nosologia que visa categorizar experiências tão peculiares e culturalmente fundadas justifica a oposição da sua inserção no DSM-IV. Muitas vezes as manifestações das doenças locais atravessam as categorias nosográficas disponibilizadas pela biomedicina. E mesmo dentro das classificações biomédicas, encontramos divergências, de acordo com o sistema classificatório utilizado. Por exemplo, enquanto que no DSM-IV-TR estes transtornos são conceptualizados como crónicos e de longa duração, no ICD-10 são descritos como perturbações que duram algumas semanas ou meses sendo portanto transitórias.

Revisitando a nosologia classificatória dos *transtornos dissociativos* no futuro DSM-5, que sucederá o DSM-IV-TR, Spiegel et al. (2011) apresentam algumas recomendações relativas aos critérios de diagnóstico e à definição do próprio conceito de dissociação. Dissociação, nesta perspectiva, envolve uma perturbação e/ou uma descontinuidade na integração normal e subjetiva, de aspectos do funcionamento psicobiológico tais como memória, identidade, consciência, percepção e controlo motor, que deveriam estar associados, coordenados e/ou interligados mas que não estão.

O *transtorno de transe dissociativo* tem uma prevalência relativamente elevada em todo o mundo e encontra-se atualmente incluído na secção dos anexos do DSM-IV-TR, como uma forma de transtorno dissociativo não especificado. Inclui duas condições dissociativas que estão relacionadas, o *transe patológico* e o *transe de possessão patológica*. Segundo esta classificação, a possessão é um conceito mais abrangente, pois permite explicar e dar significado a eventos como doenças e má sorte, que ultrapassam a manifestação patológica.

O *transe de possessão patológico* comporta a alteração involuntária, angustiante, incontrolável e muitas vezes crónica, dos estados de consciência provocando nos sujeitos uma experiência de identidade trocada e substituída. A manifestação de identidades incompatíveis durante um estado alterado de consciência, é um factor comum no *transe de possessão patológica* e no *transtorno dissociativo de identidade*. Porém, no caso do *transe de possessão patológico* as entidades tendem a representar agentes sobrenaturais, espíritos de pessoas mortas ou de entidades culturalmente reconhecidas podendo o mesmo espírito possuir várias pessoas num colectivo. Há um conflito entre o indivíduo e o seu contexto social que se exprime através de uma sintomatologia própria que inclui vocalizações e movimentos estranhos, que incluem tremores, insensibilidade à dor, olhar desfocado ou fixo, glossolalia, mudança de identidade seguida de amnésia, ataques não epilépticos, verbalizações contra entidades, alucinações.

Spiegel et al. (2011) sublinham a diferença dos eventos patológicos e não patológicos do transtorno de transe de possessão patológico, estando estes ultimamente culturalmente previstos, pelo que se verifica pouca probabilidade dos sujeitos que experimentam este estado de manifestarem *angustia individual, historial psiquiátrico prévio, exposição a eventos traumáticos e fraco suporte social*. Os autores colocam em evidência a diversidade local destes rituais e destas manifestações e chamam a atenção para as suas características e significados culturais próprios.

Relativamente às questões relacionadas com o transe e possessão, Spiegel et al. (2011) questionam se a inclusão do *transtorno de transe dissociativo no próximo DSM-5*, incluídas atualmente nos anexos do DSM-IV-TR, deveria ser feita numa categoria de *transtornos dissociativos* ou se deveria ser incluído numa outra subcategoria diferente de transtornos dissociativos, como a do *transtorno dissociativo de identidade*. Apesar das diferenças, recomendam a inclusão do *transe de possessão patológico* como exemplo de uma categoria revista e mais abrangente do *transtorno dissociativo de identidade*, a qual deverá incluir experiências de possessão como uma expressão de uma alteração e disruptão de identidade. Recomendam ainda que o transtorno dissociativo de transe deva ser incluído numa categoria de distúrbios dissociativos não especificados.

Optando pela utilização da classificação e léxico psicológico e psiquiátrico, categorias como *histeria, dissociação, predisposição, traços de personalidade, defesas neuróticas* perante situações incontroláveis, limitam a exploração de outras questões importantes, como a rede de simbolismos, conhecimentos e saberes que estão em jogo nestas experiências. Em termos de reflexão etnopsicológica, são importante estas discussões para fazer emergir questões que, num discurso médico-psicológico seriam assumidas como patológicas, como visões/alucinações, mas que podem ser integradas como integrantes no ritual performativo da possessão (Beneduce, 2006).

Efetivamente a questão da porção patológica (ou não) da experiência de possessão e xamanismo continua ainda em aberto, apesar de algumas correntes encararem a possessão como um fenómeno indiscutivelmente ligado e do campo da saúde mental. Em termos epidemiológicos, conforme refere Beneduce (2006:86), apenas uma percentagem reduzida de casos de distúrbios apresentados pelos indivíduos possuídos podem ser legitimamente classificados como do foro psiquiátrico. Como tal, o autor propõe que ao invés da possessão ser encarada como uma forma de expressão de uma

doença mental, deveria também aceitar-se o contrário, ou seja, a doença representar um idioma ou expressão da possessão, permitindo evidenciar a natureza não psicopatológica desta experiência.

A interpretação do universo da possessão recorrendo a termos médico-psicológicos deve ter em conta outras variáveis como as transformações sociais e simbólicas ocorridas e seu impacto nos significados individuais.

3.2 Pluralismo de abordagens à possessão

O denominador comum entre as várias experiências de possessão possíveis depende do discurso e perspectiva adoptados, se baseado nas teorias indígenas, sublinhando os agentes externos causadores da possessão, se baseado num discurso biomédico, encarado enquanto experiência de um estado de consciência alterado com diversas fases, duração e contextos.

A possessão pode ser encarada como uma *experiência liminar*, que abre espaço para a emersão de diversas emoções como devocão, entusiasmo, aflição. Nesta perspectiva, um ritual de possessão verdadeira, implica um envolvimento emocional total. Côté (2008) organiza as abordagens à possessão pelos espíritos em três dimensões principais, com base no trabalho desenvolvido na Índia: dimensão da grande e pequena tradição (tradição sânscrita e animista/tribal); dimensão psicopatológica e dimensão sociocultural. Esta última que inclui as interpretações sócio-dinâmicas do significado e experiência de possessão e a interface entre a perspetiva psicanalítica e a antropologia.

Outra abordagem, defende que o transe de possessão só se encontra presente em sociedades cujos sistemas de crenças e conhecimento locais permitem e preveem a ocorrência de possessão, o que possibilita o seu enquadramento num modelo explicativo coerente com os aspectos culturais locais. Ao ser considerada como uma forma de apropriação de símbolos culturais, de certa forma revela-se a possibilidade preeditiva e expectável destes fenómenos, nas suas manifestações intensas e espetaculares (Bourguignon et al., 1983).

O fenómeno de possessão também foi abordado no cinema etnográfico, sendo o exemplo paradigmático o filme clássico de Jean Rouch, no Ghana (cf. *Les Maîtres Fous*, 1954), onde são apresentados rituais que demonstram a presença de uma entidade divina que assume o controlo de um sujeito, passível de ser nomeada e identificada. Apesar de neste exemplo a identificação do agente poder ser feita, isso nem sempre se revela possível, como no caso da possessão dos Minyanka durante os cultos de Nya, daí que para Colleyen (1988) para que haja possessão basta que durante a crise, a personalidade humana seja abolida em prol da divindade, passível ou não de ser nomeada.

As interpretações são múltiplas. Certas abordagens, percepionam a possessão por espíritos como um fenómeno à margem de religiões dominantes, ou como sendo um produto de processos de aculturação relacionado com períodos de crises históricas (Wendl, 1999). Outras abordagens centram-se nas experiências sensoriais e corporais, decorrentes da possessão por espíritos, que provocam e despertam um conjunto de memórias culturais.

Contudo, noutras perspectivas – psicodinâmica, sociológica, feminista - a dimensão funcional e pragmática dos rituais de possessão é central. O foco nos aspetos terapêuticos da possessão por espíritos e sua integração nas crises de vida individuais, surge nas abordagens com base nas teorias psicodinâmicas. As abordagens sociológicas, como a de Lewis (1971), assumem como foco o estudo dos mecanismos de exclusão social e a compensação através do ritual. Nas abordagens com base na teoria feminista, a possessão é encarada como uma forma de expressão e de comunicação com vista a expressar e ultrapassar o sofrimento e doença – *sickness* - das mulheres. Este foco funcionalista destas abordagens é redutor, já que muitos cultos de possessão servem simultaneamente várias finalidades: terapêutica, de entretenimento, crítica social, arte, forma de diferenciação social e, portanto, de multifuncionalidade variável (Wendle, 1999:120).

No trabalho etnográfico profundo realizado no arquipélago de São Tomé e Príncipe, Paulo Valverde (2000) alega que a possessão mediúnica utilizada para fins terapêuticos, permitia aos curandeiros superar os eixos metafóricos da “máscara, mato e morte”, estes que constituem aliás, o título da sua obra. A possessão representa aqui o meio mais potente disponível para a cura. Assumindo a máscara da morte através da possessão, a cura acontece, num ritual com intensos aspectos dramáticos e teatrais, como acontece no ritual de iniciação das mulheres no arquipélago das Bijagós (cf. Pussetti, 2001; 2005).

O movimento de busca do denominador comum das várias experiências, da sua coerência interna ou estrutura coesa não representa um grande avanço para decifrar e melhor compreender os fenómenos de possessão. Unificar fenómenos e práticas diversas e atribuir um significado individual e social às experiências de possessão, tentando captar as particularidades dos rituais como dispositivos de caráter estável fixados pela tradição, não traz grandes benefícios para a compreensão do fenómeno. Este carácter de imutabilidade não reproduz a complexidade do fenómeno, que apresentam muitas vezes combinações e alterações ao longo do tempo (Beneduce, 2006).

Uma das críticas apontadas aos estudos da possessão é o facto de se focarem demasiado sobre os aspectos psicológicos e psíquicos do fenómeno, carecendo frequentemente de ligações entre a biografia dos sujeitos que sofrem possessão, os conflitos históricos, as variações culturais. Outra crítica feita é a pouca relevância que dada às figuras e entidades do mundo invisível, apesar da grande relevância que podem ter na compreensão do fenómeno.

Pela sua importância e influência que teve no campo de estudos dos fenómenos da possessão, o modelo proposto por Lewis (1971) será seguidamente desenvolvido.

3.2.1 Possessão Central e Periférica

Algumas abordagens focam-se no estudo dos rituais de possessão enquanto manifestações culturais, analisando as estruturas que lhes estão inerentes, através do isolamento dos significados conotativos e denotativos dos seus elementos constitutivos para determinar as regras de combinação destes elementos, e poder perceber como estas regras geram (e baseiam-se em) mensagens complexas para o próprio indivíduo e para o discurso social em geral.

A teoria da privação de Ioan Lewis (1971; 1986), sendo uma abordagem funcionalista sociológica, sustenta que os cultos de possessão recorrem a membros marginalizados das sociedades e em situações graves de privação, maioritariamente do sexo feminino. A justificação é que os cultos funcionam como escapes terapêuticos das situações de frustração em que vivem e como uma forma de protestar, tornando visíveis as situações de exclusão social em que se encontram.

Lewis propõe um modelo funcionalista de análise do fenômeno, utilizando a dicotomia possessão *central* e possessão *periférica*. A primeira envolve homens de autoridade possuídos por espíritos locais, que fazem recurso à possessão como forma de afirmar e sustentar o seu poder, a moralidade pública e a estrutura social existente. Pode ser encarada como um transe provisório, voluntário e reversível, manifestado no decurso de cerimónias religiosas (Beneduce, 2006).

A segunda, *possessão periférica*, envolve as camadas mais marginalizadas da população e o espírito, enquanto agente externo dominante, é o responsável absoluto por tudo o que ocorre durante o transe. A “*possessão oferece aos que não têm poder um meio simbólico de expressão da opressão social, económica ou política*” (Honwana, 2002: 31). A possessão periférica implica uma experiência fora dos códigos morais dominantes e da estrutura social existente. Os espíritos envolvidos são estranhos – *estrangeiros* – à religião da maior parte da população e afeta indivíduos marginalizados e de baixo estatuto social. Esta possessão conduz à exibição de comportamentos estranhos, atribuídos ao domínio do(s) espírito(s) e daí ser a modalidade de possessão mais próxima dos distúrbios de personalidade, se utilizarmos uma linguagem biomédica (Beneduce, 2006).

No fundo, a possessão periférica envolve duas modalidades de marginalidade. Por um lado aquela dos indivíduos, que são marginais à própria sociedade. Por outro lado, a marginalidade dos próprios espíritos, o que não contribui para a afirmação da ordem e moralidade comunitária. Há aqui uma aceitação de que a possessão surge como um escape a frustrações psicológicas, situações de exclusão e marginalidade social, já que possibilita que os indivíduos transcendam hierarquias sociais e opressões a que são sujeitos através de uma transformação simbólica socialmente aceite (Côté, 2008).

A dicotomia marginal/central foi alvo de bastantes críticas, sobretudo a questão da marginalidade e o relevo que é dado às dinâmicas das posições sociais. Há registo de possessão em indivíduos que não integram esta classe marginalizada. Tão pouco o fenômeno em si pode ser considerado como “à margem” da própria sociedade, pelo contrário, é muitas vezes central (Giles, 1987). Os agentes espirituais são centrais, quer para os indivíduos possuídos, quer para os não-possuídos.

A proposta de Colleyn (1999) distingue-se desta proposta, central/periférica, já que aborda a possessão na sua relação com as instituições sociais, com os sistemas religiosos, tensões sociais, feitiçaria e bruxaria. O autor desenvolveu um estudo etnográfico profundo realizado com a comunidade Minyanka e o culto de Nya⁷, um ritual para confirmar a dedicação a uma divindade específica local no qual ocorre a possessão, como uma forma de divinação e de expressão de

⁷ O culto de Nya encontra-se espalhado por todo o Mali havendo santuários em quase todas as vilas do sudoeste do país, que coexistem com muitos outros santuários. Designa atualmente um ritual religioso que decorre duas vezes por ano.

uma voz superior. Para Colleyn (1999) o espectro teórico dominante sobre os cultos de possessão deveria ser alargado. O autor apresenta a sua análise recorrendo a cinco critérios atípicos de possessão encontrados neste culto: a sua relação com o Islão; o paradigma de género; o estatuto do chefe, objetos poderosos e o estatuto das pessoas possuídas. A crise de possessão neste culto dura aproximadamente duas horas e pode ser induzida por uma vasta gama de estímulos, mas nenhum é de facto fundamental. A passagem da possessão ao transe acontece com o escutar da música, canções e orações realizadas durante o culto.

O culto apresenta características que contradizem a abordagem central/periférica aos cultos de possessão: o transe não tem um propósito terapêutico, os indivíduos possuídos são do sexo masculino e normalmente provenientes de linhagens superiores da sociedade e a sua carreira não tem início com uma doença. Mais, atualmente a situação de instabilidade social no Mali, ao invés de favorecer o culto enfraquece-o, fazendo diminuir a sua influência. Neste contexto a possessão por espíritos não pode ser encarada como uma arma contra a humilhação nem é monopolizada por um clero operante num contexto de um sistema religioso altamente centralizado, como proposto na abordagem de Lewis. Todavia, um dos grandes méritos do modelo de Lewis é revelar a tensão contra a alteridade presente nos cultos de possessão (Beneduce, 2006).

3.3 Possessão e questões de género

A investigação desenvolvida no âmbito das questões de género associadas à possessão demonstra que “a possessão pelos espíritos implicando transe, ou estados de consciência alterados é fundamentalmente um fenómeno que afeta as mulheres” (Honwana, 2002: 75). A feminilidade parece reforçar esta forte ligação com o mundo dos espíritos, em vários contextos etnográficos estudados. Tal facto é explicado pela ligação da mulher ao lar, à comunidade, à estabilidade pessoal e social que oferece, comparativamente ao homem que usualmente se ausenta de casa por alguns períodos.

Outras explicações relacionam a possessão com a fertilidade, a qual é identificada com o mundo feminino. Através da possessão a mulher adquire uma maior maturidade tanto a nível psicológico como social e, consequentemente, aumenta o seu prestígio e é considerada uma mulher pronta para a maternidade. Aqui vemos também a interligação da possessão com a fertilidade e maternidade.

Muitas abordagens têm encarado a possessão feminina como periférica, recorrendo à dicotomia proposta por Lewis (1971). O modelo funcionalista de Lewis pode ser utilizado para explicar a prevalência constatada de mulheres possuídas, já que a possessão permite-lhes ultrapassar as hierarquias e opressões sociais. Porém, essa classificação muitas vezes não tem em conta o estatuto social dos possuídos, pelo que a possessão não pode ser encarada como uma contracultura feminina. Deve sim ser compreendida no seio da cultura em que se insere e a análise tem que ter este ponto de partida.

No trabalho desenvolvido em Bubaque, uma das ilhas do arquipélago das Bijagós - Guiné Bissau, Pussetti (2001; 2005) aborda o ritual de possessão feminina - *manras arebok* - enquanto um evento performativo, um fenómeno prescrito, coletivo e não patológico no qual as mulheres são investidas por espíritos de homens que já morreram, permitindo que estes concluam o percurso iniciado em vida

e que não puderam completar devido a terem falecido. Este é um evento carregado de símbolos, hábitos, detalhes, que sublinham o caráter teatral da possessão. Há uma inversão de género, as mulheres são investidas por espíritos masculinos, de características marginais, de forma a restabelecer o equilíbrio dos vivos com o reino dos mortos (Pussetti & Bordonaro, 2002).

Este ritual tem uma dupla importância: é um ritual de iniciação masculino *post mortem* e um percurso de maturação feminino. É exibido um autêntico teatro, com recurso à linguagem corporal, conduzido pelas mulheres mais velhas da comunidade, que permite “*por um lado reafirmar e reforçar os modelos de humanidade propostos pelos anciãos, por outro lado, oferecem um pretexto para refletir sobre os contrastes e incertezas do presente*” (Pussetti, 2005:152). Os espíritos incorporados pelas mulheres contam histórias de mudanças sociais, de modernidade e de desejo de mudança. Neste caso, a possessão, abre a possibilidade das mulheres se tornarem no que é desejado e esperado mas também lhes permite a obtenção de respeito por serem potencialmente perigosas, uma vez que jogam simultaneamente com dois poderosos mistérios: vida e morte, numa só entidade, feminina.

A possessão é aqui um evento performativo, público, que é aprendido e envolve uma suspensão do quotidiano, já que implica a incorporação de um outro, a alienação do seu corpo e exige preparação física e psicológica.

3.4 Funções da possessão

Os estudos sobre o fenómeno de possessão pelos espíritos foram ao longo dos tempos, tendo vários focos de análise, como anteriormente referido. Desde a sua interpretação simbólica e elementos culturais particulares envolvidos, a sua função social, a sua função terapêutica, a representação teatral e aspectos rituais do fenómeno, a construção cultural da identidade e do ser, os aspectos político-económicos do fenómeno, entre outros. Importa pois aprofundar as questões levantadas em torno da função, explorando assim uma abordagem mais funcionalista.

No estudo sobre *possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no Sul de Moçambique*, Honwana (2002) relata a importância que os espíritos dos mortos têm sobre os vivos, este que devem ao máximo adaptar-se à sua inegável e inquestionável vontade. Aqui, “*o mundo espiritual é uma continuidade do mundo dos vivos no sentido em que, mesmo após a morte, os mais velhos continuam a orientar e controlar os seus descendentes*” (p.53), numa expressão clara da hierarquia de poder e influência do mundo dos vivos, baseada nas relações de conhecimento/poder. Os espíritos permitem que os antepassados regressem à vida e formem com o ser humano uma entidade única, através da qual comunicam, pelo que ontologicamente se encontram integrados uns nos outros.

A possessão não se reduz portanto a um sistema de cura (Beneduce, 2006). A aquisição de conhecimento esotérico, através da possessão, conduz à obtenção e legitimação cultural de poder, o que pode levar a conflitos e tensões no seio de crenças e práticas tradicionais. O fenómeno de possessão permite a gestão de crises sociais e pessoais, a negociação de múltiplas identidades sociais, a aquisição de conhecimento esotérico e por conseguinte, um eventual acesso ao poder. “*A posse pelos espíritos permite às pessoas mobilizar múltiplas identidades sociais, numa série de*

domínios – político, social e económico – e facilita um entendimento mais amplo do valor e do bem-estar humanos, que gera identidades sociais estáveis” (Honwana, 2002: 29).

A lacuna verificada na literatura no campo da possessão sobre a exploração e aprofundamento de experiências e significados pessoais do fenômeno, conduziu Côté (2008) reconstruir a experiência de possessão vivida pelos sujeitos num registo individual, com a inclusão de narrativas pessoais. A partir das narrativas pessoais, analisou como os especialistas religiosos ou *médiums* da tribo semi-nómada do ocidente dos Himalayas *Gaddis* davam sentido à sua própria experiência de possessão. A possessão entre os *Gaddis* é um fenômeno público que possibilita a resolução de alguns conflitos e litígios da comunidade. As diferentes formas de possessão observadas entre os *Gaddis* estavam contidas em contextos rituais específicos, intensos e extravagantes que possibilitam a organização e estruturação da expressão das emoções, não restritas às castas superiores, conforme indicaria o modelo de Lewis (1971).

O transe e a possessão podem também ter uma vertente terapêutica (cf. Heusch, 1971), um dramatismo teatral catártico que se desenrola num espaço cénico – como no culto de Nya. Aqui a possessão nunca é entendida enquanto patologia ou doença nem é tão pouco desordenada. A crise tem um sentido, um papel social num tema culturalmente construído. Em diversos contextos, porém, as crises de possessão são relacionadas com doença, causadoras de sofrimento (Colleyn, 1988).

O carácter performativo em que muitas vezes assenta a possessão, com tempo e espaço próprios, códigos culturais e interesses sociais muitas vezes diversos e antagónicos, não lhe retira funções de fomentar a discussão de temas cruciais, de ser uma forma de despertar para a ação e para práticas reais, com efeitos concretos. A importância deste evento performativo, com práticas corporais estruturadas como a dança com artefactos próprios, reside na possibilidade que oferece de se expor de uma forma colectivamente partilhada e compreendida temas importantes, de discutirem temas fundamentais e de incorporarem conceitos ao nível sensorial e experiencial (Pussetti, 2001).

3.5 Possessão e fingimento

Honwana (2002) sublinha o crescente número de fenômeno de curandeiros, alegadamente especializados em práticas de possessão pelos espíritos, verificado em Moçambique. O receio de que muitos destes não sejam genuínos mas *charlatões* tem-se instalado entre a população. Para a autora este fenômeno poderá estar relacionado com a crise social e económica, que vulnerabiliza e faz com que a profissão de curandeiro seja encarada por alguns como forma de resolver os seus problemas de rendimento. O charlatanismo representa um argumento a favor da negação da imutabilidade e natureza estática do fenômeno de possessão, já que vai sofrendo ajustamentos e adaptações decorrente de mudanças sociais.

No culto a Nya, Colleyn (1999) identificou um dos três estados de possessão, o *comato*, que é um estado de crise supostamente falsa, de caráter ocasional violento e incontrolado, mas que que tinha o propósito de demonstrar a força de Nya, podendo acontecer a qualquer pessoa, apesar da verdadeira possessão estar neste tipo de culto limitada aos homens. Nos Taita (Quénia), Harris constatou que muitas vezes a possessão espírita que as mulheres exibiam – *saka* – era um processo de simulação,

associado à representação social da possessão e aos seus desejos de bens, de consumismo, da atenção masculina e, de alguma forma de poder e liberdade (1957, cit. por Ingham, 1996).

A questão do fingimento e dos aspectos teatrais da possessão (Leiris, 1958) é uma questão premente e transversal ao discurso e investigação em torno da possessão. De acordo com Valverde (2000) isto acontece pois existe uma confusão entre argumentos epistemológicos e argumentos morais na análise e crítica dos episódios de possessão. Caso a pessoa esteja efetivamente a fingir, a análise tende a ser feita de acordo com os cânones epistemológicos das ciências sociais. Porém, caso a experiência seja passível de ser considerada uma verdadeira experiência de possessão, na qual se verifica uma dissolução efémera da consciência e do *self* do indivíduo, então surge normalmente uma indeterminação interpretativa e dúvidas sobre a natureza do fenômeno. O fingimento pode surgir devido à vontade do “fingidor” divertir os expectadores e, eventualmente, a si mesmo. Neste caso todo o ritual é encarado enquanto performance teatral e teatralizada (Leiris, 1958). O fingimento pode também surgir com o intuito da pessoa ser iniciada, voluntariamente, e não por convocação de alguma entidade externa (espíritos), em processos mediúnicos, colocando-se numa posição de prova, muitas vezes recebida de forma jocosa por parte de quem assiste (Valverde, 2000).

Porém, em contexto terapêutico a possibilidade de fingimento atinge outra proporção e não é aceite levianamente. O fingimento é o primeiro passo para a descredibilização de um curandeiro, além de ser moralmente reprovável.

CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

O segundo capítulo pretende localizar este trabalho de investigação no contexto do país em que decorre: São Tomé e Príncipe. Inicia-se com um enquadramento e justificação pessoal da escolha do contexto, seguindo-se uma caracterização geral do país, onde são abordados aspectos considerados relevantes. Devido à natureza da investigação é aprofundada a vertente da Saúde do país, sendo abordada a vertente da medicina ocidental (ou biomedicina) e a vertente da medicina tradicional (ou etnomedicina).

1 Considerações sobre o contexto de investigação

Durante o período de Fevereiro de 2010 a Fevereiro de 2011 desempenhei funções de Assistente Técnica da Direção da Federação das ONG em São Tomé e Príncipe (STP), - entidade que representa a sociedade civil organizada atuante em STP - no âmbito de um programa promovido pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) – Ministério dos Negócios Estrangeiros. Este tempo de permanência no país permitiu-me, de alguma forma, ir conhecendo o país, as pessoas e fazer alguns contactos, formais e informais, nas mais variadas instituições e contextos. Os 12 meses de permanência em STP foram ricos em aprendizagens, experiências, reflexões e questionamentos que marcaram, indubitavelmente, o meu percurso profissional (e académico). Parece-me importante sublinhar que as minhas funções ao serviço da Cooperação Portuguesa não se relacionavam diretamente com a minha formação de base, em Psicologia Social e das Organizações, no entanto considero que esta contribuiu fortemente para observar e apreender algumas características, particularidades e condições de vida da população santomense.

Os fenómenos de eventual possessão em São Tomé, resumem-se a duas localidades com numerosas ocorrências. No final do ano 2010 numa escola na cidade de Guadalupe começaram a registar-se alguns fenómenos que foram rapidamente classificados como “transe” entre as alunas da escola. Estas ocorrências foram de tal forma frequentes e exuberantes que conduziram ao encerramento da escola. Na ausência de explicações para o sucedido a população local organizou-se e pagou a um curandeiro para que este resolvesse a situação através da realização de um ritual de djambi. Contrariamente ao esperado a situação não foi solucionada pelo curandeiro e a ação deste culminou em desgraça, com a sua morte enquanto realizava o ritual. Na cidade de São Tomé o fenómeno também ocorreu, embora mais tarde. Algumas alunas exibiam os mesmos comportamentos observados na escola de Guadalupe: dispersas pela sala, gritavam, movendo os olhos, abrindo os braços e tremendo. Os seus movimentos frenéticos eram acompanhados de vocalizações em tom grave e por movimentos oculares desenfreados, tiques nervosos e agitação descontrolada.

O facto de residir e trabalhar em STP quando a situação começou, permitiu-me assistir à cobertura que os meios de comunicação fizeram do caso e ter acompanhado o efeito que isto ia tendo

localmente, fez com que ficasse atenta à situação, pelo que fui sempre seguindo, à distância, a sua evolução. A minha formação em Psicologia Social e das Organizações, certamente aguçou a minha natural curiosidade, assim, e no âmbito deste estudo, recentemente, em Abril de 2013, voltei a STP para recolher mais informações sobre o caso.

2 São Tomé e Príncipe : caraterização geral do país

A secção que se segue apresenta alguns aspetos considerados importantes para ajudar a compreensão de algumas dinâmicas e situações específicas em STP. Numa primeira fase são apresentados aspetos relacionados com a geografia, clima e demografia do país. Segue-se uma análise sobre aspetos económicos e políticos do país e uma reflexão sobre a situação de pobreza em que se encontra. Esta secção 2.2 termina com a referência de alguns aspetos culturais, particularmente língua e religião, considerados importantes para o presente estudo.

2.1 Geografia, clima e aspetos demográficos

São Tomé e Príncipe (STP) é um país insular, de origem vulcânica, situado no Golfo da Guiné, a 300 km da costa Africana, próximo de países como o Gabão, a Guiné Equatorial, os Camarões e a Nigéria. É constituído pelas ilhas de São Tomé, e Príncipe, que distam entre si cerca de 150 Km, com uma área total de 1001 km², e ainda por vários ilhéus (Cabras, Coco Rolas, Forte de São João Baptista de Ajudá Santana, São Miguel e Sete Pedras), sendo um dos países mais pequenos do continente africano. A ilha de São Tomé tem uma área total de 859 km² e o Príncipe tem 139 km². O clima é do tipo equatorial, com apenas duas estações ao longo do ano: a gravana, ou estação seca, de Junho a Setembro e nos restantes meses, a estação húmida, quando abundam as chuvas, à exceção do mês de Janeiro, quando se assiste a um curto período de seca (gravanito). A posição geográfica, aliada ao clima fazem com que goze de uma imensa riqueza de recursos naturais e uma luxuriante e exuberante vegetação.

Administrativamente o arquipélago encontra-se dividido em seis distritos na ilha de São Tomé: Água Grande, onde se situa a capital, Canta Galo, Caué, Lembá, Lobata, Mé-Zochi e uma região autónoma, a que corresponde a ilha do Príncipe, por vezes designada distrito de Paguê.

De acordo com o IV Recenseamento geral da População e Habitação STP tem atualmente 187.356 habitantes tendo aumentado 2,45% em relação a 2001, com 50,3% de mulheres e 49,7% de homens (INE-STP, 2012). É uma população bastante jovem, com 41,6% com menos de 15 anos e apenas 4,76% com mais de 60 anos (OMS, 2012). São Tomé e Príncipe encontra-se na 144^a posição do Índice de Desenvolvimento Humano, dos 186 países analisados no relatório, sendo por isso considerado um país com um desenvolvimento humano baixo (PNUD, 2013). Em 2011 a esperança média de vida à nascença é de 63 anos, 65 anos para mulheres e 62 anos para homens. A taxa de mortalidade infantil é de 58 por mil, a taxa de mortalidade infantil até aos 5 anos é de 89 por mil (OMS, 2011d).

O isolamento é um dos maiores constrangimentos do país, exacerbado pela sua pequena dimensão e descontinuidade territorial. A micro-insularidade de STP é considerada por muitos como um dos

principais obstáculos ao seu desenvolvimento, principalmente pelos próprios santomenses (Nascimento, 2010). A estrutura económica herdada da era colonial baseada na monocultura de exportação do cacau teve, e ainda tem, consequências a nível económico, social e cultural, nomeadamente através das tensões de poder subjacentes, agravadas pelo isolamento que afecta uma grande parte da população rural. Cerca de 63% da população vive nas zonas urbanas (OMS, 2012). Há uma elevada concentração de população nas zonas urbanas e periurbanas. A população urbana é composta pelos deslocados das antigas explorações agrícolas, que vieram em busca de oportunidades e condições a que a cidade não tem, atualmente, capacidade de resposta. É na cidade que os jovens depositam esperanças, já que “aqui parecem existir maiores oportunidades de desenrascar a vida” (Nascimento, 2010: 231). No distrito de Água Grande, onde se encontra a cidade capital – São Tomé – assistiu-se assim a um tremendo aumento da população urbana, que passou de 15% da população total (em 1960), para 36,5% em 1991 e em 2001 era de 37,7% (Freitas et al., 2010).

2.2 Questões económicas, políticas e pobreza

Em 2003 quase toda a população rural vivia em situações de pobreza e uma percentagem bastante significativa da população urbana vivia em bairros periféricos, com situações de pobreza que envolviam um consumo mínimo calórico, falta de condições de habitação, de água e de saneamento básico (Castro Cardoso, 2005).

De acordo com o Banco Mundial (2010) STP é uma das economias mais pequenas de África, com um rendimento nacional bruto de USD 1140 em 2009. É um país considerado internacionalmente como um Estado Frágil, entre os Países Menos Desenvolvidos (LDC⁸), ou um País Pobre Altamente Endividado (HIPC)⁹ e ainda uma Pequena Ilha-Estado em Desenvolvimento (SIDS¹⁰), com a dívida mais elevada do espaço africano lusófono e integrando a lista dos países de baixo rendimento, de acordo com os critérios definidos pelo Banco Mundial (2012). STP, tal como outros SIDS, tem vulnerabilidades próprias que advêm da sua reduzida população, mercado, reduzida diversificação da atividade económica com elevada concentração na exportação do cacau. A sua insularidade provoca um elevado custo dos transportes internacionais e uma grande dependência das importações (Castro Cardoso, 2005).

As situações relacionadas com aspectos económicos e geográficos são agravadas pela fraca capacidade de gestão da administração, consequência da fuga de cérebros ocorrida e da incapacidade para a criação de um ambiente propício ao investimento por parte do sector privado. Seibert (2002:345) realça que “além dos problemas estruturais do subdesenvolvimento, a escassez de pessoal qualificado e experiente, a pequenez, a falta de recursos económicos, a insularidade e o legado de uma economia de plantação, a morosa burocacia e a fraca capacidade organizativa a quase todos os níveis, têm colocado sérios entraves aos desenvolvimento económico de São Tomé e

⁸ Da sigla inglesa *Least Developed Countries*

⁹ Da sigla inglesa *Heavily Indebted Poor Countries*

¹⁰ Da sigla inglesa *Small Island Developing State*

Príncipe".

Em 2001 a pobreza incidia sobre 53,8% da população e 15,8% vivia em condições de extrema pobreza com o limiar de pobreza situado nos USD 249/ano (Ministério do Plano e Finanças STP, 2002). As causas da pobreza em STP são complexas e de várias natureza e estão associadas ao fracasso que representaram as políticas desenvolvimentistas dos anos 70, a persistência da monocultura do cacau, os Programas de Ajustamento Estrutural vigentes na segunda metade dos anos 80, a dificuldade de congregação dos múltiplos atores sociais locais e de ajuda externa (Nascimento, 2010). Os fatores causais da pobreza registada em STP relacionam-se com a baixa empregabilidade conducente ao baixo rendimento, um ambiente socioeconómico desfavorável e políticas de governação inadequadas.

A situação de instabilidade política a que se assiste desde a década de 90, com sucessivas mudanças de Governo tem sido um claro bloqueio à implementação das reformas necessárias ao desenvolvimento do país. A pobreza conduziu a um agravamento da corrupção, do clientelismo e desregramento em STP. Consequentemente a pobreza em STP tende a ser um fenómeno vastamente atribuído à classe política e respetiva governação (Nascimento, 2010). *"Formou-se uma pequena e relativamente rica elite local, inteiramente sustentada por recursos externos garantidos pela ajuda ao desenvolvimento e por uma bolsa de interesses empresariais privados. Estes recursos têm sido largamente orientados para o consumo privado e redistribuído através de redes de clientelismo, ao invés de apoiar os investimentos produtivos no país"* (Seibert, 2002:346). Esta percepção e representação da política e da condução política nefasta, faz com que a pobreza no país se espelhe *"na abdicação da vida em resultado da convicção de se jazer no abandono, ideia tributária quer da percepção da impossibilidade de interferir no ordenamento político e social, quer da imputação da responsabilidade dos mandantes."* (Nascimento, 2010:233). Num certo sentido é como se a pobreza constituísse um destino a que é difícil escapar.

2.3 Aspectos culturais: língua e religião

O português é a língua oficial do país e também a mais falada. Falam-se também outras línguas crioulas regionais, entra as quais o crioulo forro, da ilha de São Tomé e o angolar (impregnado de quimbundo) na zona sul da ilha e zonas piscatórias com comunidades angolares. Na Região Autónoma do Príncipe fala-se o e o lunguié. Existem ainda outros dialetos nomeadamente crioulo cabo-verdiano, moçambicano e tonga. Os principais grupos étnicos são forros e angolares, embora existam outros como minue (Príncipe) e cabo-verdianos (Salvaterra, 2009).

A principal religião é a Católica, reunindo 55,7% da população. 4,1% pertence à igreja Adventista, seguindo-se a igreja Evangélica Assembleia de Deus com 3,4% da população, e 2% pertencente a outras religiões. 21,2% da população afirma-se sem religião (INE, 2012). Apesar desta grande maioria católica as manifestações religiosas em STP são complexas, devido às várias origens dos indivíduos que vieram para o arquipélago durante a época da colonização e que professavam vários credos.

De acordo com Salvaterra (2009), em STP existem duas tendências religiosas marcantes: o

animismo e o catolicismo, embora também exista protestantismo, decorrente da missão da igreja Evangelista e adventista. Ultimamente têm surgido outras confissões religiosas, nomeadamente igreja Maná do apóstolo Jorge Tadeu, igreja Pentecostal deus é amor, Testemunhas de Jeová, entre outras. Apesar da maioria católica, Rodrigues (2009: 350) chama a atenção para a mistura (ou *mestiçagem*) entre o mundo “*católico e o profano, o mítico e o real, a magia e razão em STP*. A devoção à igreja Católica não é incompatível com rituais e crenças em feitiçarias, coexistindo de forma natural”.

2.4 Saúde em São Tomé e Príncipe

A saúde em STP está acessível sobretudo através de duas grandes vertentes: a biomedicina ou medicina ocidental e a medicina tradicional¹¹. Estes aspectos são desenvolvidos nas secções que se seguem.

2.4.1 Biomedicina

As várias vertentes das realidades geopolítica, económica e sociocultural de STP, têm efeitos no seu sistema de saúde. O país apresenta determinantes de saúde típicas de países em desenvolvimento, como baixo peso, má qualidade da água, entre outros. Ainda assim, STP apresenta indicadores de saúde melhores do que a maioria dos países da África Subsariana apesar do país não dispor de um sistema de informação e vigilância sanitária. Como outros sectores, a informação disponível sobre a saúde é de fraca qualidade, encontra-se dispersa e não é universal (Freitas et al., 2010).

Após a independência de STP, a 12 de julho de 1975, o país tentou manter a estrutura sanitária vigente durante a época colonial, caracterizado pela presença de hospitais nas unidades produtivas agrícolas (vulgarmente chamadas roças durante a época colonial) e intervenção de estruturas do Estado ao nível distrital. Porém, o progressivo abandono, gestão ineficaz e privatização destas unidades produtivas agrícolas conduziram à degradação dos hospitais integrantes que acabaram por ser totalmente desativados em 1997 (Castro Cardoso, 2005).

Na Constituição de República Democrática de STP (1990) a saúde aparece referida no 40º artigo como um direito fundamental a “ausência de uma política nacional de saúde, contribuiu para a consolidação de deficiências graves no funcionamento do sistema de saúde, com reflexos inevitáveis no estado de saúde da população” (Castro Cardoso, 2005:294). Com indicadores de saúde muito desfavoráveis nos anos 90 o país iniciou, em 1998, a implementação de uma reforma do sector, o que incluiu a implementação de importantes estratégias e documentos como Política Nacional de Saúde (1999), a Carta Sanitária (2000) e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2001).

¹¹ A designação *tradicional* é utilizada aqui numa perspectiva Geertziana, para mostrar o ponto de vista dos locais, dos nativos (Geertz, 1975, 1979). A tradição não é utilizada aqui em oposição à biomedicina, situando uma num extremo da modernidade e a outra ocupando o restante. É sim para realçar o ponto de vista local. É também o termo mais frequente para designar estas práticas, reconhecendo porém o seu caráter dinâmico e as evoluções e alterações a que está sujeita. A medicina tradicional é reconhecida pelo marcado interesse pelo doente mais do que pela doença e a consideração do indivíduo na sua totalidade física, espiritual, afectiva.

Desta forma, a Saúde aparece reconhecida como uma das áreas prioritárias para o crescimento económico na Estratégia Nacional de Redução da Pobreza de STP (Ministério do Plano e Finanças STP, 2002). O “*sistema sanitário do país sofreu grande alteração como consequência das unidades produtivas agrícolas, onde se situavam muitas das unidades de saúde. A década de 90 foi o período que marcou toda a transformação, criando problemas de funcionamentos em diferentes sectores, incluindo a saúde, o que veio a traduzir-se na degradação de alguns indicadores de saúde*” (Castro Cardoso, 2005:301).

De acordo com Freitas et al. (2010) o sistema de saúde do país encontra-se organizado em dois níveis: o nível central, de âmbito nacional com prestação de cuidados secundários, e o nível distrital, coincidente com a divisão territorial administrativa. As unidades administrativas de STP correspondem aos distritos sanitários, e estes representam a unidade funcional de gestão e prestação de cuidados de saúde, e integram três tipos de unidades operacionais: Centros de Saúde, Postos de Saúde e Postos de Saúde Comunitária.

Os Centros de Saúde localizam-se na sede dos distritos disponibilizando um atendimento permanente, prestando cuidados curativos e consultas em regime ambulatório, com uma equipa diferenciada constituída por médico, enfermeiro, técnico de farmácia, técnico de epidemiologia, técnico social e pessoal auxiliar. Os Postos de Saúde são unidades de referência na prestação de cuidados, dirigidos por um enfermeiro em permanência que presta cuidados curativos e de enfermagem. Quando existem enfermeiros de cuidados materno-infantis existe um atendimento integral à saúde da mulher em termos de saúde reprodutiva e planeamento familiar, e à saúde da criança. Os Postos Comunitários são as estruturas mais informais da estrutura oficial dos cuidados de saúde primários, sendo assegurados por agentes de saúde comunitários, que são muitas vezes voluntários com alguma formação em saúde comunitária. Servem aglomerados até 1000 habitantes e contam com um agente de saúde comunitário ou técnico de saúde, com formação reduzida. Aqui realizam-se atendimentos e triagem de situações agudas, realizam-se curativos, aconselhamento, prevenção, vacinação, educação para a saúde – nutricional, sanitárias e reprodutiva. Estes postos recebem periodicamente a visita de um médico ou técnico de farmácia. A nível distrital existem assim 6 Centros de Saúde, 28 Postos de Saúde e 17 Postos de Saúde Comunitária (Freitas et al., 2010).

A nível central, existe um único hospital, o Hospital Ayres de Menezes (HAM) situado na capital do país. O Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça, na Região Autónoma do Príncipe, embora integrasse a rede hospital do país, oferecia apenas as valências do centro de saúde (Castro Cardoso, 2005). O HAM É um hospital geral com uma lotação de 419 camas distribuídas por várias especialidades: Psiquiatria, Obstetrícia/Maternidade; Pediatria; Medicina e Cirurgia.

A ONGD IMVF é a principal parceira do Governo em STP em Saúde, através da implementação do *Projeto Saúde para Todos*. A estratégia do IMVF no terreno apostava no trabalho junto dos serviços de saúde descentralizados, particularmente os Postos de Saúde e Postos de Saúde Comunitária. As principais áreas de intervenção do projeto são saúde, água e saneamento, e reforço institucional. As ações têm âmbitos diferentes mas inserem-se numa lógica de descentralização coordenada dos serviços de saúde.

Apesar deste esforço de descentralização, persistem as dificuldades no acesso dos utentes às valências de saúde, devido a factores estruturais como a falta de vias de comunicação e de transportes colectivos. Persiste também o desequilíbrio entre os cuidados de saúde a nível central e a nível distrital: o HAM possui 46,2% dos efetivos totais do pessoal de saúde e 52% da despesa do Ministério da Saúde de STP (Freitas et al., 2010:74).

Entre os problemas relacionados com a saúde, destacam-se a ineficácia da gestão dos sistemas de saúde, a falta de recursos humanos especializados com competências necessárias de gestão, planeamento e execução, os baixos salários que geram desmotivação dos profissionais de saúde, escassez e gestão deficiente e de equipamentos, medicamentos e materiais, degradação de infraestruturas (Cabral, 2011). “Perante esta situação, uma boa parte dos médicos atualmente a exercer funções em São Tomé e Príncipe são estrangeiros, já que uma parte substancial dos clínicos gerais santomenses são frequentemente chamados a desempenhar funções de gestão política ou operacional” (Empis, 2010: 33). Os recursos humanos são pois um dos aspetos críticos do sistema de saúde do país, devido à carência, à incapacidade do país se responsabilizar pela sua formação, à sua concentração na cidade o que leva a uma desigual e não universal distribuição geográfica.

Destaca-se ainda a problemática da flutuabilidade do investimento público em saúde, muito embora se verifique desde 2001 um aumento dos investimentos em saúde em % do PIB, cuja principal fonte de financiamento são donativos e empréstimos externos (INE-STP, 2006). Apesar dos elevados financiamentos internacionais, assiste-se a uma falta de coordenação dos programas e debilidades na gestão e articulação da ajuda bem como na organização das próprias ONG locais em STP (Cravo et al., 2011). *“Perante a incapacidade do país gerar riqueza suficiente para suportar tais políticas, o financiamento externo tem sido essencial para o desenvolvimento do seu sector da saúde. Portugal assume-se como o principal país doador para o sector [da saúde]”* (Empis, 2010: 32). Apesar disto, conforme afirmam Peden et al. (2004) novos problemas se preparam para sobreendar serviços e políticas de saúde nos países menos desenvolvidos, como a Saúde Mental e os acidentes de viação, devendo as políticas e os programas serem devidamente ajustados a estas novas realidades e preocupações.

No que concerne especificamente à saúde mental, verifica-se uma enorme lacuna de dados epidemiológicos em STP. Apesar disso, no arquipélago doenças do foro psíquico contribuem 8,1% para o peso global de doença (OMS, 2005). Na publicação da OMS dedicada às questões específicas da Saúde Mental, o *Mental Health Atlas* (OMS,2000; 2005; 2011c), as políticas e serviços de saúde mental são analisados de acordo com três principais eixos: governança, financiamento e prestação de cuidados/serviços. Os resultados para o arquipélago de STP encontram-se resumidos no Quadro 2.1.

Nos últimos cinco anos os técnicos de saúde mental não tiveram acesso a qualquer tipo de formação específica na área de saúde mental. Da mesma forma, não existem manuais auxiliares sobre gestão e tratamento de perturbações psíquicas, que possam ser consultados por utentes ou pessoal. Não existem políticas de referenciamento nem de sinalização de casos dos cuidados primários para os secundários/terciários, mas o inverso sim. A ausência de política, informações e de programas

especialmente dirigidos à questão da Saúde mental justificam a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre os serviços e recursos humanos existentes.

Eixo	Caraterização
Governança	<ul style="list-style-type: none"> Não existe uma Política de Saúde Mental aprovada. A saúde mental é enquadrada na Política de saúde geral Inexistência de política, plano e de legislação específica ou de referência noutras leis existentes e vigentes (deficiência, legislação geral de saúde). Dados sobre a saúde mental não são compilados há mais de 3 anos para fins de relatórios, políticas, planificações.
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> Os gastos do Ministério da saúde com a saúde mental e cuidados hospitalares não estão disponíveis.
Prestação de cuidados e serviços	<ul style="list-style-type: none"> Integra o sistema de saúde primário. Médicos de família podem prescrever ou dar continuidade à prescrição de psicofármacos, porém os enfermeiros não (à semelhança do que se passa em Portugal). Enfermeiras de cuidados primários não podem autonomamente diagnosticar e tratar doenças mentais. A maioria dos médicos e enfermeiros não receberam formação oficial em serviço nos últimos 5 anos. Não existem manuais para a gestão e tratamento das doenças do foro psíquico disponíveis no centro de saúde. Não existe um sistema oficial de reporte de doenças do foro psíquico dos cuidados primários para os secundários ou terciários. Existem procedimentos para o reporte dos cuidados terciários/secundários para os cuidados primários.

Fonte: *Mental Health Atlas Report OMS, 2011c (Tradução da autora)*

Quadro 2.1 – Caraterização da saúde mental em STP segundo Governança, Financiamento e Prestação de Serviços, 2011

Os serviços disponibilizados na área da saúde mental em STP são bastante reduzidos. O serviço de Psiquiatria no Hospital Ayres de Menezes é composto por: Uma Psiquiatra¹²; Um Psicólogo; Uma Assistente Social e Oito Enfermeiros (generalistas). A unidade de internamento conta com 30 camas. Existe uma consulta de Psiquiatria no Hospital bem como consultas de Psiquiatria de Ligação. Existem ainda consultas de Psiquiatria descentralizada, nos Centros de Saúde apoiada pelo IMVF, que se realizam aquando a visita de médicos especialistas oriundos de Portugal (Maia e Lourenço, 2011). Entre os anos 2005 e 2007 a taxa de ocupação do serviço de Psiquiatria do HAM foi crescente passando de 75,6% para 83,3% e 88,6%, com um total de 651 consultas realizadas em 2007 (Freitas et al., 2010).

No âmbito do *Projeto Saúde para Todos – Especialidades*, decorreram duas missões de capacitação, fortalecimento e reforço da Psiquiatria em STP em 2010 e 2011. Estas missões integram profissionais de Psiquiatria portugueses, do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra). Os objetivos destas missões visavam especificamente a melhoria das condições de internamento dos pacientes, promover a descentralização dos cuidados e o reforço da reorganização de serviços, promover outras formas de intervenção em saúde mental, como visitas domiciliárias, e por último, a formação dos profissionais a vários níveis: no serviço de Psiquiatria, nos Centros de Saúde e no Hospital em geral.

¹² A psiquiatra especialista é de nacionalidade cubana e reside no país há 1 ano

A capacitação dos técnicos com intervenção em saúde mental, no âmbito do *Projeto Saúde para Todos* centrou-se em psicopatologias como esquizofrenia, doença bipolar, depressão, alcoolismo e suicídio, nas urgências e nos cuidados psiquiátricos nos cuidados de saúde primários.

As principais necessidades identificadas foram: Falta de medicamentos específicos (nomeadamente de lítio e valproato de sódio); Falta de recursos humanos diferenciados; Subdiagnóstico de doença bipolar e Elevada prevalência de alcoolismo e banalização deste diagnóstico em termos sociais

No âmbito da saúde mental em STP há ainda a realçar a inclusão de um programa de Promoção da Saúde Mental e de Prevenção da Violência do Consumo de Substâncias, na Reforma curricular do ensino Secundário, implementada no Âmbito do projeto Escola+ do IMVF. Assim, os alunos do ensino secundário têm atualmente a disciplina de Educação para a Saúde onde são de alguma forma abordadas estas temáticas.

Adicionalmente à lacuna de dados epidemiológicos e de uma política de saúde mental no país, acontecimentos recentes no arquipélago, com início em 2010, e com graves repercussões a nível do ensino e absentismo escolar, sublinham a necessidade de refletir mais aprofundadamente sobre os serviços disponíveis e respostas a implementar para fazer face a situações de, aparentes, perturbações psíquicas coletivas.

2.4.2 Medicina Tradicional

A etnomedicina, sobretudo a etnobotânica é um dos vectores cruciais da identidade e tradição santomense e não representa, conforme se poderá pensar, um passado longínquo ou uma reminiscência, estando bastante presente no quotidiano atual. São Tomé e Príncipe, como muitos outros países, tem também os seus próprios mercados e itinerários terapêuticos.

Embora exista um conhecimento generalizado de saberes tradicionais, os curandeiros são os especialistas nestas questões, eles são os especialistas das coisas de mato. Eles ocupam o topo da “pirâmide de especialização do conhecimento tradicional” (Valverde, 2000: 64) pois dominam materiais, matérias e práticas que não estão ao alcance de todos e que fazem parte de um saber instrumentalizado que produz autoridade e até mesmo, perigo. São por isso mesmo “fazedores de ontologia” (Valverde, 2000:65). Existem similaridades, continuidades e hábitos nas suas práticas, reveladoras da porosidade dos processos de aprendizagem e os curandeiros recorrem a categorias culturalmente inscritas para orientarem processos de diagnóstico, terapêuticos e de profilaxia.

Atuam no território um imenso número de curandeiros, dificilmente quantificável, já que muitos exercem a sua atividade na clandestinidade e isoladamente, excepcionalmente cooperando entre si. Existe ainda um domínio exclusivo de intervenção destes agentes de medicina tradicional em patologias como *pagá-dêvê*¹³, *plêndê-dêvê*¹⁴, *bambi*¹⁵ (Salvaterra, 2009). Raras são as pessoas,

¹³ Impossibilidade do indivíduo ter uma vida normal e ser feliz enquanto não pagar o que deve. O curandeiro irá remir a benesse dos espíritos num ato que envolve a apresentação de muitos objetos e bens como um véu, vestido ou fato, duas figuras talhadas em madeira, entre outras.

desde o grupo mais humilde ao grupo mais influente, que jamais consultaram os serviços de um curandeiro. “*O conhecimento tradicional são-tomense é aberto e disseminado em largos sectores da população (...) Quase todos sabem dizer qualquer coisa sobre agencialidades como os espíritos, os anjos da guarda (...) quase todos possuem um conhecimento prático razoável sobre etnobotânica e sobre a composição dos remédios do mato*” (Valverde, 2000: 64). Apesar de tudo, verifica-se uma relação ambígua e uma atitude de forte desconfiança e entre os utilizadores e os curandeiros. O recurso e a eficácia de um curandeiro é um discurso totalmente marcado pela eficácia e pelo sucesso na cura: São as pessoas que praticam o saber tradicional – os curandeiros – que são colocadas em questão, e não as práticas tradicionais em si (Valverde, 2000: 81).

Em STP, contrariamente a outros contextos, o curandeiro não se distingue do adivinho, pelo que este desempenha ambas as funções: adivinha e cura, sem que para isso tenha títulos oficiais. É importante distinguir curandeiro de feiticeiro, este último vulgarmente associado a atos maldosos e que visam provocar o sofrimento alheio (Salvaterra, 2009). Apesar disto, os domínios operativos em que intervêm os curandeiros em STP fazem com que estes sejam alvos bastante vulneráveis e frequentes a contestações, pois atuam em processos entre a vida e a morte travando lutas bastante inglórias. As suas atividades são muitas vezes tema de discussões quotidianas e até de investigações policiais, chegando a ser acusados de charlatanismo em processos judiciais.

No passado a medicina tradicional santomense foi alvo de um processo de exclusão, através da sua criminalização e recorrendo a ações persecutórias dos curandeiros, cujas práticas foram reconhecidas como criminosas e os seus autores como bandidos. Esta perseguição tem porém, o efeito oposto ao pretendido já que se constitui como uma forma de admitir e sublinhar o poder transgressor e perigoso destes agentes justificativos da necessidade da sua neutralização. Todas estas questões contribuem de alguma forma para o facto da ida ao curandeiro estar ainda envolvida por algum secretismo (Valverde, 2000). Por outro lado, verifica-se uma grande dispersão espacial dos curandeiros, que vivem e trabalham em locais afastados das comunidades, tendo muitas vezes locais particulares para a realização de rituais - o paço. Como tal, a ida ou consulta do curandeiro implica uma mobilidade espacial dos clientes ou, inversamente, a deslocação do curandeiro à casa do paciente. Esta deslocação possibilita ainda o reforço do secretismo e discrição que os clientes muitas vezes pretendem na consulta destes terapeutas.

A relação estabelecida entre curandeiro e paciente não se finda no processo de cura, sobretudo em caso de sucesso. Normalmente há a preservação da relação para além da extinção do ato curativo. O curandeiro opera em situações de sofrimento individual, em corpos com sintomatologias que não se esgotam no universo concreto e ele próprio também exibe experiências de sofrimento corporal, por vezes muito intensa. Esta familiaridade com a miséria e sofrimento corporal dota-o de autoridade e poder.

¹⁴ Curandeiro impede provisoriamente que os espíritos provoquem dano no paciente, mas este não tem condições financeiras para custear uma cerimónia para anular verdadeiramente o seu problema

¹⁵ Mal causado pela quebra de um juramento ou um juramento falso que afeta sobretudo mulheres grávidas e que pode impedir o parto ou provocar problemas durante a gravidez e ao feto.

De uma maneira geral, os curandeiros estão associadas à luta contra o mal, sobretudo em dois âmbitos distintos. Contra o mal mais próximo, entendido como doenças que demonstram a vulnerabilidade e fragilidade do ser humano. Ou contra disposições hostis, conflituosas, inveja, cobiça, mau-olhado, entre outras. É esta luta contra o mal, de absorção de agencialidades negativas, que atribui poder a esta figura curativa mas este facto pode também representar a passagem para o sedutor mundo do mal. A fenomenologia do curandeiro em STP é motivada por tensões entre dialéticas de poder e privação e de glória e ruína por intervir em planos tão delicados e tão passíveis de não serem sempre bem sucedidos. O curandeiro lida com o mal e combate-o com materiais terapêuticos, palavras e orações, disponibilizando o seu corpo enquanto contentor das entidades espirituais chamadas e mobilizadas para a cura.

À semelhança de outros contextos, em STP os curandeiros intervêm em variadíssimas situações da vida quotidiana, desde infortúnios sociais e individuais, como também situações metafísicas e corpóreas. Porém, estas fronteiras (físico/metafísico; social/individual) tão presentes no paradigma biomédico ocidental, não se colocam nas suas práticas, que assumem assim um caráter holístico.

Valverde (2000) sublinha este caráter multifacetado da medicina tradicional santomense, que reconhecendo que os problemas de um paciente podem ter causalidades diversas e dispersas, recorre a uma multiplicidade de conhecimentos e práticas, que lhe permite *concentrar a vida do paciente*, e este é o fim último do seu ato terapêutico. Este é, na maioria das vezes, envolto numa complexa e ordenada performance com recursos a materiais como moedas antigas, velas, bebidas, perfumes, entre outros. A questão monetária e a retribuição pelo seu trabalho está muito presente na atividade dos curandeiros.

O trabalho e desempenho dos curandeiros está sujeito a um escrutínio público rigoroso e por vezes impiedoso, apesar de comumente aceite que o processo muitas vezes subjacente à cura, implica a despersonalização total do curandeiro, que é invadido e controlado por espíritos que agem através do seu corpo, em rituais específicos de *djambi*.

A palavra *djambi* tem origem nas palavras *nzambi*¹⁶ ou *njambi*¹⁷ (Seibert, 2002). Vários autores consideram o *djambi* como uma dança associada à cura de várias enfermidades - inclusivamente do foro mental - (Amado, 2010; Salvaterra, 2009) e como uma cerimónia orgiástica curativa, uma performance curativa (Valverde, 2000).

A dança *djambi* tem pois, o objetivo implícito de curar doenças ou enfermidades, impossíveis de serem tratadas em contexto hospitalar, nomeadamente loucura, fraqueza e *cuá n'ubué*¹⁸ (Amado, 2010:179). A forte batucada, o ritmo e sons que envolvem este ritual facilitam o transe que muitas vezes é experimentado quer pelo doente quer por outros expectadores e membros da confraria presentes. Aqui a possessão toma a designação de “*tomar santo*” e envolve “*xinquilar*”, ou seja, a atuação de um agente externo, vulgarmente chamado por *espírito* ou *santo*, o que leva a uma

¹⁶ Todo-Poderoso que em kimbundu

¹⁷ Deus em kikongo

¹⁸ Objetos no corpo

drástica mudança na corporalidade, já que acumula sucessivas transformações pela penetração dos diversos agentes ou espíritos (Valverde, 2000). A cura, recorrendo ao djambi, é feita através de um processo de alheamento da pessoa, que é tomada por um agente externo e visa a eliminação dos conflitos psíquicos do e a harmonização interna (Salvaterra, 2009).

Os rituais são realizados num terreiro por um *stlijón*¹⁹, figura central que desempenha o papel de terapeuta ou doutor que cai em possessão com vista à cura dos doentes. Por vezes o chefe do djambi rebola no chão, salta, estrebucha num frenesim, devora objetos cortantes, deixa-se trespassar por longas facas e caminha sobre brasas, pronunciando ao mesmo tempo frases incompreensíveis (Amado, 2010).

Durante um ritual de djambi, o curandeiro montado não recorda o que acontece e muitas vezes envolve atos de auto-violência, provocadores de sofrimento a si próprio, como cortar o peito, fazer incisões no corpo. Estes são rituais que implicam uma grande despesa e por isso, não são frequentemente realizados. O corpo é o que resta de pessoal do curandeiro, que se anula totalmente, e este corpo é uma *caixa* ou *navio* de uma agencialidade externa (Valverde, 2000:162). Há um processo de obliteração da consciência e de corte total com o eu individual daqueles tomados pelo santo. Na riquíssima obra etnográfica de Valverde em STP, o autor enfatiza o caráter performativo do djambi onde “os corpos possuídos tornam-se pequenos teatros do excesso corporal” (Valverde, 2000:163) num ritual curativo carregado de teatralidade, de formas de representação e de espetacularidade de situações de possessão, onde é central o assumir de identidades, que muitas vezes se sobrepõem e permitem a mediação entre a vida e a morte, bem como, acabar com o sofrimento físico e/ou psíquico. Este ritual tem regras performativas e é gerado num tempo e espaço específico, porém Valverde (2000) assume a possibilidade de haver um fingimento e portanto, a pessoa que exibe a possessão não estar verdadeiramente montado. Tal pode suceder por razões meramente performativas, querendo o fingidor(a) entreter a audiência que assiste à representação ou, pelo contrário, o fingidor(a) pretende ser introduzido no mundo mediúnico apesar de ainda não ter sido convocado(a) por um mestre ou espírito. É pois frequente que raparigas tentem mimetizar que estão a montar.

Ainda no que diz respeito às mulheres, existe uma noção generalizada de que estas são mais susceptíveis à entrada de espíritos, mesmo contra a sua própria vontade. Este facto faz com que muitas vezes as mulheres em STP não frequentem os contextos de djambi para prevenir serem montadas, pois as situações de possessão implicam muitas vezes obliteração das distinções de género, feminino e masculino e conduzem a comportamentos que podem ser interpretados como sexualizados e erotizados, apesar de ser do conhecimento de todos que estes atos são produzidos por agencialidades externas.

¹⁹ Cirurgião ou cirurgião do mato

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

No capítulo III é apresentada a descrição das opções metodológicas, das técnicas e instrumentos utilizados com vista a desenvolver e recolher dados sobre o tema em estudo. O capítulo inicia-se com a descrição do estudo, onde são apresentadas as técnicas e procedimentos realizados. Segue-se uma descrição dos participantes e do contexto de estudo. Posteriormente é descrito o processo de recolha de dados nos dois países, Portugal e STP. O capítulo termina com uma reflexão sobre questões éticas e alguns constrangimentos tidos durante a investigação.

1 Descrição do Estudo

O estudo pretende conhecer as diferentes interpretações sobre o fenómeno de, alegado, transe e possessão nas escolas de Guadalupe e Patrice de Lumumba e de que forma estas situações foram geridas localmente. Os objetivos traçados foram: Caracterizar a situação e a gestão levada a cabo nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba; Identificar as leituras e jogos de interpretação dos fenómenos de alegado transe nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba e Caracterizar a intervenção dos serviços de saúde mental em STP na referida situação e a sua implicação na saúde mental a nível nacional. Este é pois um estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo (Fortin, 2009), dada a natureza do fenómeno em investigação.

Estruturalmente, o estudo desenvolveu-se ao longo de sete fases distintas, cada uma com objectivos e finalidades subjacentes: Pesquisa bibliográfica, Pesquisa e colheita de dados em Portugal, Pesquisa e colheita de dados em STP, Sistematização de dados, Análise e interpretação de resultados e Discussão.

As técnicas de recolha de dados selecionadas tiveram em conta a fase da investigação, o objetivo preconizado e o contexto em questão. Assim, foram utilizadas diversas técnicas de investigação como entrevistas semiestruturadas, observações, análise documental e de imprensa, bem como anotações no diário de campo e conversas informais mantidas no terreno.

Tendo em conta o fenómeno alvo de investigação considerou-se que a entrevista semiestruturada a informantes-chave, seria a técnica de colheita de dados de eleição para facultar informações mais pormenorizadas sobre as interpretações, ideias e procedimentos de cada um (Fortin, 2009).

A primeira fase da investigação – Pesquisa Bibliográfica - permitiu o enquadramento teórico da investigação e recolher informações de acordo com perspetivas e discussões teóricas fundamentais para a problemática em estudo. A realização desta fase de teorização marcou o início do estudo, sendo no entanto transversal ao longo de todo o processo de investigação. A recolha de material bibliográfico realizou-se em bibliotecas universitárias, particularmente a biblioteca do ISCTE-IUL e em sítios da internet. As obras, artigos e trabalhos consultados versaram diversas áreas como Antropologia Médica, Etnopsicologia, Etnopsiquiatria, Saúde Mental Global, possibilitando uma

reflexão multidisciplinar das várias perspectivas da temática em estudo e assuntos relacionados, apresentado no Capítulo I.

A importância crucial das considerações e enquadramento teórico não dispensam porém a riqueza da pesquisa no terreno. A este propósito, são pertinentes as considerações que Mark Smith (1998) nos oferece na sua obra *Social Science in question*. A observação no terreno não pode ser destituída de um suporte teórico. Uma pode ser enfatizada com a exclusão da outra, reduzindo assim a teoria ou a observação ao estatuto de uma categoria residual, a um conceito passivo sem qualquer função independente. A integração das duas, embora possa representar um exercício complexo permite uma apreensão mais afinada, precisa e real dos fenómenos humanos.

1.1 Participantes e contexto de estudo

O critério de seleção dos participantes na investigação foi o de terem presenciado de alguma forma ou terem intervindo na gestão das ocorrências nas escolas (de Guadalupe e Patrice Lumumba), diretamente ou através dos organismos e instituições onde desenvolvam a sua atividade profissional.

Os participantes foram selecionados de forma intencional, de acordo com o método de amostragem por redes, ou amostragem em bola de neve (Fortin, 2009). Adicionalmente aos participantes da minha própria rede de contactos, que estiveram de alguma forma relacionados com a gestão do caso, outros participantes foram sendo indicados no decorrer da realização das entrevistas.

Da mesma forma, as conversas informais mantidas durante o trabalho de campo originaram também alguns contatos que se revelaram úteis no decorrer da investigação. No total, a investigação conta com um total de 21 participantes, todos entrevistados presencialmente. Apenas uma entrevista foi realizada através de correio electrónico.

Os entrevistados foram sempre devidamente informados do tema geral, objetivos da investigação, importância do seu testemunho, garantia do anonimato e utilização das informações reunidas, para fins específicos e exclusivos desta investigação.

No que concerne aos locais de estudo, selecionei aqueles onde houve registo da ocorrência de fenómenos de eventual transe coletivo entre grupos de jovens estudantes.

Assim, as observações decorreram em duas instituições de ensino de STP, a Escola de Guadalupe (Distrito de Lobata) e a Escola Patrice Lumumba (Distrito de Água Grande). Ambas as escolas tiveram um plano específico de gestão da situação realizado pelo Ministério da Educação, Cultura e Formação, em parceria com o Ministério da Saúde.

Paralelamente, estando a investigação inserida no âmbito da saúde mental, a observação também incidiu sobre uma instituição de saúde, o serviço de Psiquiatria e Psicologia do Hospital Ayres de Menezes, hospital central da cidade de São Tomé.

Por questões práticas e metodológicas optei por excluir os locais onde só se verificaram casos pontuais e esporádicos nos estudantes, particularmente no Liceu Nacional e no Instituto Diocesano de Formação João Paulo II (IDF).

1.2 Colheita de dados e pesquisa no terreno

A colheita de dados para análise e interpretação do estudo de caso realizou-se em dois contextos distintos. Uma parte dos dados foram recolhidos em Portugal, mas a maioria dos dados foram recolhidos em STP, durante uma deslocação ao terreno.

Conforme anteriormente referido, trata-se de uma investigação de caráter exploratório e que privilegiou os métodos qualitativos de recolha de dados, nomeadamente entrevistas semiestruturadas, a observação e análise de imprensa. A deslocação ao terreno possibilitou ainda a recolha de dados através de conversas informais e anotações no diário de campo. As conversas informais representaram uma mais-valia na obtenção de informações e percepções da população em geral, em contexto natural, não estruturado e improvisado sobre o fenômeno em estudo.

1.2.1 Colheita de dados em Portugal

A segunda fase da presente investigação, Pesquisa e colheita de dados em Portugal, representa o trabalho desenvolvido essencialmente antes da ida ao terreno (STP).

A preparação e o planeamento do trabalho de campo a realizar, e a necessidade de reunir toda a informação possível disponível localmente sobre o estudo de caso, conduziram ao recurso a duas técnicas de recolha de dados: análise de imprensa e entrevistas semiestruturadas. Esta fase é usualmente marcada pela necessidade de um engajamento com o terreno e familiarização com o campo de pesquisa, conforme sugerem Beaud e Weber(2007).

A recolha e pré-análise dos artigos sobre o estudo de caso, publicados em imprensa local digital (Anexo A) - nos jornais Kê Kua, Téla Nón, O Parvo – representou um importante avanço na identificação de pessoas e locais a visitar durante a fase de pesquisa e colheita de dados em STP. O Quadro 3.1 apresenta os artigos analisados e respectivas fontes.

A leitura e análise dos artigos conduziu à identificação de informantes-chave e das principais localizações geográficas das ocorrências, permitindo assim uma preparação prévia mais eficaz da fase de pesquisa no terreno.

Esta fase envolveu ainda a realização de quatro entrevistas semiestruturadas em Portugal, com informantes-chave no sector da Educação e Saúde, particularmente Saúde Mental, que regularmente visitam STP por questões profissionais, no âmbito ações de Cooperação para o Desenvolvimento.

Título	Data	Jornal
<i>Transe Geral</i>	16/12/2010	Téla Nón
<i>Luta contra espíritos na escola secundária de Guadalupe provocou um morto</i>	2/02/2011	Téla Nón
<i>Manifestação e Transe geral no Ministério da Educação Cultura e Formação</i>	4/3/2011	Téla Nón
<i>“É um fenómeno de histerismo colectivo não tem nada a ver nem com espíritos nem com diabos”</i>	11/3/2011	Téla Nón
<i>Associação da Medicina Tradicional garante que tem solução para o fenómeno de TRANSE na escola de Guadalupe</i>	11/3/2011	Téla Nón
<i>Pastor da Igreja Evangélica – Assembleia de Deus não tem dúvidas de que é Diabo que está a operar na Escola de Guadalupe</i>	11/3/2011	Téla Nón
<i>Transe geral na Escola Preparatória Patrice Lumumba</i>	5/6/2012	Téla Nón
<i>Onda de transe encerra escola preparatória Patrice Lumumba</i>	7/6/2012	Téla Nón
<i>Transe na Patrice Lumumba já está a ser acompanhada por psicólogos e psiquiatras</i>	8/06/2012	Jornal Parvo (Online)
<i>Onda de transe encerra escola Patrice Lumumba</i>	9/06/2012	Kê Kuá!
<i>Transe persiste na Escola Patrice Lumumba</i>	12/6/2012	Téla Nón
<i>São Tomé: la isla del diabo</i>	21/09/2012	Enigmas y Anomalias

Quadro 3.1 – Artigos de imprensa analisados

O Quadro 3.2 apresenta o elenco de pessoas entrevistadas em Portugal, previamente à deslocação a STP. Estes informantes foram contactados com base em conhecimentos pessoais e profissionais prévios no terreno ou por indicação de um outro informante-chave.

SECTOR	CARGO	CONTATOS SUGERIDOS EM STP
Educação	Coordenadora Pedagógica da Reforma Curricular do Ensino Secundário em STP - Projeto Escola+	Escola Patrice Lumumba: Vice-Diretora Escola de Guadalupe: Ex-Diretor Liceu: Ex-Diretor
	Professora coordenadora do Projeto Escola+	Psiquiatra de STP; Psicóloga em STP Prof. de Educação para a Saúde – Escola
	Diretor de Projetos da ONGD IMVF, responsável pelo Projeto Saúde para Todos em STP	Psiquiatra do Projeto Saúde para Todos; Coordenador do Saúde para Todos em STP
	Psiquiatras do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra)	Psicólogo clínico
Saúde		

Quadro 3.2 – Entrevistas realizadas em Portugal e contatos sugeridos para realizar em STP

Estas entrevistas tinham como objetivo renuir informação significativa sobre as ocorrências em estudo, clarificar alguns pontos e identificar informantes-chave e principais locais a visitar durante o

trabalho de campo. Deste forma cada entrevista gerou alguns contatos sugeridos e facultados para realizar durante a deslocação a STP.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, em locais previamente acordados com os informantes-chave e conduzidas de acordo com o guião previamente preparado (Anexo B), à exceção da entrevista com o Coordenador de Projeto do IMVF, que se realizou através de troca de mensagens por correio electrónico. De uma maneira geral, o tempo de duração das entrevistas oscilou entre 30 a 65 minutos.

1.2.2 Colheita de dados em STP

A fase de Colheita de Dados e Pesquisa no Terreno realizou-se na República Democrática de São Tomé e Príncipe, mais concretamente na cidade de São Tomé (Distrito de Água Grande) e Guadalupe (Distrito de Lobata). A escolha de STP como terreno de investigação, merece desde logo algumas considerações. O facto de já ter vivido e trabalhado em STP, enquanto cooperante na Federação das ONG, assegurou um conhecimento prévio mínimo do terreno, bastante útil no planeamento e realização do trabalho de campo e, obviamente, facilitou o acesso a alguns contatos e a marcação de certas entrevistas.

O trabalho de pesquisa em STP, com recurso a técnicas de base na pesquisa etnográfica, nomeadamente observação e entrevista, realizou-se em Abril de 2013 e teve a duração de 15 dias (de 9 a 23). Apesar deste esforço e preocupação, o curto tempo disponível para o trabalho de campo, entre outras questões, não permite a classificação desta investigação enquanto um estudo etnográfico, já que isso implicaria, regra geral, um longo tempo de permanência e conhecimento no terreno, uma grande proximidade entre o investigador e os participantes na investigação, de forma a aceder e estudar um fenômeno ou um domínio particular da vida social de uma determinada comunidade (Fortin, 2009). O investigador “não vai tão-somente ao campo, ele fica ali e, acima de tudo, *trabalha ali*” (Beaud e Weber, 2007, Itálico dos autores). Porém, como já referido anteriormente no Capítulo II (secção 2.1) deste estudo, a imersão rápida no terreno e os resultados conseguidos deveram-se ao facto de já ter residido e trabalhado em STP, o que me facilitou o acesso a contactos e permitiu que no curto espaço de tempo disponível conseguisse levar a cabo as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em português, em locais acordados com os informantes, nomeadamente nos seus locais de trabalho ou em locais públicos como esplanadas, mas que oferecessem condições de alguma privacidade e tranquilidade. A duração das entrevistas variou entre 15 e 90 minutos.

Foram realizados alguns contatos previamente à deslocação ao terreno, de forma a rentabilizar ao máximo o tempo disponível para a recolha de dados no terreno. Estes contatos conduziram ao agendamento prévio de algumas entrevistas. Para o efeito, foi elaborado um guião de entrevista (Anexo C) que foi sendo adaptado ao sector profissional a que cada entrevistado pertencia.

No decorrer da pesquisa realizada em STP foram entrevistadas 16 pessoas, de diferentes sectores profissionais, Educação, Saúde, Social/ONGD e Comunicação Social, conforme apresentado no

Quadro 3.3. Todas as entrevistas foram individuais, à exceção de uma, que contou com a presença de dois entrevistados simultaneamente, os dois psicólogos do HAM.

SECTOR	CARGO
Educação	Metodólogo; Professor de Oficina de artes 10º e 11º no Liceu
	Subdiretora da Escola Patrice Lumumba
	Ex-Diretor da Escola Básica e Secundária de Guadalupe. Atual técnico da Direção Geral do Ensino Secundário e Profissional
	Psicóloga do MECF da Direção do Planeamento e Inovação na Educação
	Professora expatriada Responsável pela Unidade Curricular de Educação para a saúde do (Projeto Escola +)
Saúde	Professora expatriada do Escola + no Liceu de STP (Projeto Escola+)
	Coordenador do Projeto <i>Saúde para Todos</i> em STP
	Psicóloga Clínica Coordenadora da área de Saúde Mental em STP
	Psicólogo Clínico. Responsável pela elaboração do Programa de Saúde Mental para STP
	Psicólogos do HAM, integrantes da equipa de gestão dos casos nas escolas
Social / ONGD	Enfermeiro-chefe de Psiquiatria do HAM
	Coordenadora do lar/internato de estudantes das Irmãs Franciscanas missionárias em Guadalupe
	Sociólogo; Comentador social
Comunic. Social	Diretor da ONG Associação Cultural Santomense
	Diretor do Jornal Kê Kuá

Quadro 3.3 – Entrevistas realizadas em STP

As observações foram realizadas essencialmente em três locais: Escola Patrice Lumumba na cidade de São Tomé, Escola de Guadalupe em Guadalupe e Serviço de Psiquiatria e Psicologia do Hospital Ayres de Menezes (HAM).

A pesquisa etnográfica possibilitou ainda a realização da análise a algum material escrito e documentos, recolhidos no decorrer das entrevistas.

1.3 Constrangimentos e questões éticas

Os dois principais constrangimentos desta investigação foram o custo associado à pesquisa no terreno aliado ao curto espaço de tempo disponível para a sua realização. A viagem e custos associados foram assegurados por meios próprios (autofinanciamento) e a deslocação ao terreno só foi possível pela concessão de férias por parte da instituição onde exerce a minha atividade profissional. Existiram porém outras limitações.

Uma das limitações que desde cedo impediu uma progressão mais acelerada e fluente da investigação foi a falta de acesso a informação sistematizada sobre os fenómenos que ocorreram nas escolas. O facto de ser um acontecimento relativamente recente reduziu a probabilidade de existirem estudos e publicações associadas. As fontes disponíveis, passíveis de serem consultadas em Portugal, foram unicamente artigos em jornais digitais e numa revista espanhola.

Mesmo no terreno, apesar do envolvimento de estruturas governamentais na gestão do caso, particularmente o Ministério da Educação, Formação e Cultura e do Ministério da Saúde, constatei que nenhum destes organismos organizou a informação ou publicou qualquer um relatório sobre a atuação e procedimentos encetados durante a gestão da situação, ainda que desde o início houvesse essa intenção e diretrizes.

Decorrente da ausência de relatórios e documentos escritos passíveis de serem consultados sobre o caso, verifiquei algumas incongruências e falta de correspondência nos discursos dos entrevistados, sobretudo ao nível de detalhes sobre a constituição das equipas de intervenção, os períodos de intervenção e as modalidades de gestão adoptadas.

Já no terreno fui confrontada com limitações éticas subjacentes à possibilidade de entrevistar as jovens que experimentaram as alterações durante o período de aulas nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba. Todos os entrevistados me referiram o efeito perverso que a minha conversa com as jovens poderia despoletar. De alguma forma poderia voltar a despertar uma crise ou ser responsável pelo reacender de um fenómeno que rapidamente alastraria na escola e que, naturalmente, eu não queria ser responsabilizada por tal facto. Consequentemente este jogo de poder (real) entre o investigador/antropólogo, que pode despoletar uma crise ou provocar o fenómeno em estudo e, portanto, transformar o seu terreno de ação levou-me a reconsiderar esta possibilidade.

A experiência do carácter dinâmico do terreno e da possível influência da presença do antropólogo, é referida por Pujadas i Muñoz (2010: 271), segundo o qual a etnografia se constitui como um “*dispositivo de acesso ao conhecimento dos valores e práticas sociais das pessoas e também, uma experiência pessoal em que os próprios valores, práticas e hábitos do investigador se confrontam e se entrecruzam com as trajetórias vitais das pessoas que nos servem de pontos privilegiados de observação de um mundo que pretendemos analisar, mas do qual simultaneamente fazemos parte.*”²⁰

O acesso a curandeiros, feiticeiros ou participantes no *djambi* também se revelou muito difícil e problemático, pelo que já no terreno abandonei a ideia de entrevistar alguém pertencente a estes grupos. A amostra de participantes ficou assim inevitavelmente condicionada.

Os participantes na investigação foram entrevistados enquanto pertencentes às instituições onde trabalham, o que poderá de alguma forma limitar a capacidade de expressarem opiniões próprias e mais pessoais. Apesar disso, a natureza dos assuntos abordados impediu a utilização de um meio de gravação áudio, que se revelaria intimidatório e poderia ser encarado como uma barreira extra (a evitar) entre mim e os participantes.

²⁰ Tradução do original castelhano pela autora

Todos os participantes das entrevistas foram devidamente informados dos objetivos e temáticas em estudo e que a utilização dos dados recolhidos após a entrevista seria feita no âmbito exclusivo desta investigação. Aos entrevistados e instituições que demonstraram interesse em obter retorno, será enviada uma cópia desta pesquisa.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram realizadas um total de 20 entrevistas semiestruturadas, conforme já referido no Capítulo II com uma distribuição de 4 entrevistas em Portugal e 16 em STP, conforme se pode observar no Quadro 4.1, conduzidas com base nos guiões preconcebidos (Anexo B e Anexo C). O terreno de investigação estendeu-se desta forma por Portugal e STP, apesar do estudo de caso ser em STP. As entrevistas encontram-se sistematizadas e organizadas no Anexo D deste estudo.

País	Total Participantes	Sector	Nº Participantes
Portugal	4	Educação	2
		Saúde	2
STP	16	Educação	6
		Saúde	6
		Social/ ONGD	3
		Comunicação Social	1

Quadro 4.1 – Distribuição dos participantes entrevistados por setor profissional

A quase inexistência de fontes escritas, que sistematizassem as ocorrências nas escolas, limitou consideravelmente a recolha de dados. Assim, o que se apresenta neste trabalho é fruto do que me foi transmitido pelos participantes, no decurso das entrevistas que realizei, podendo portanto não ser um retrato fidedigno e historicamente preciso.

A apresentação dos dados que se segue consiste na exposição dos testemunhos recolhidos junto dos entrevistados e no cruzamento destes testemunhos orais com os artigos recolhidos e analisados da imprensa digital. Por vezes surgem incongruências e contradições entre os testemunhos dos participantes entrevistados, entre os vários artigos analisados e entre estes e os testemunhos.

1 Situações perturbadoras nas escolas de STP

As manifestações exibidas, quase exclusivamente, por jovens do sexo feminino, tiveram início em 2010, na Escola Básica Secundária de Guadalupe (EG), distrito de Lobata, nas salas de aula 6 e 7. No ano 2011 o mesmo fenômeno conduziu ao encerramento temporário desta escola e estendeu-se à cidade de São Tomé, primeiro na Escola Patrice Lumumba (EPL) e posteriormente, em 2012 registaram-se alguns episódios no Liceu Nacional. Alguns entrevistados referiram ainda, a ocorrência de alguns episódios no Instituto Diocesano de Formação João Paulo II (IDF), embora fossem pontuais. Apesar de algumas referências de que os fenômenos teriam iniciado no Príncipe, ao nível da comunicação social, o registo e cobertura da situação teve início na escola de Guadalupe.

“A escola primária da cidade de Guadalupe está encerrada porque vários alunos acabaram por ser possuídos por espíritos. Um fenómeno sobrenatural que é conhecido no país por “Tomar Santo”. O transe que começou em Guadalupe já está a alastrar-se a outras regiões de São Tomé. Nunca se viu coisa igual. A escola de Guadalupe teve mesmo que ser encerrada, por causa da manifestação espiritual que tomou conta do centro de ensino. Crianças possuídas por espíritos, dançam cantam e rebolam no chão.” (Jornal Téla Nón, 16/12/2010).

A situação teve início com desmaios de uma aluna na escola, *“em Guadalupe começou com os desmaios consecutivos de um aluna. Era levada para o Posto de Saúde, situado ao lado da Escola. Continuou com a mesma menina e foi alastrando.”* (Ex-diretor da EG). De acordo com os psicólogos que seguiram o caso, estes desmaios, seriam fruto do quadro de epilepsia: *“A situação foi iniciada por uma criança com epilepsia e que alegou ter visto um homem sem cabeça e isso começou-se a propagar”* (Psicólogo HAM).

Dado ter ocorrido nas escolas, desde logo implicou o envolvimento do Ministério da Educação, Cultura e Formação (MECF). Porém, as entidades de saúde foram igualmente chamadas a intervir e a apoiar a gestão do caso, desde o início. Assim, o MECF atuou sempre em parceria com o Ministério da Saúde.

1.1 Manifestações comportamentais

Os comportamentos e exteriorizações exuberantes exibidos pelas jovens, com início na escola de Guadalupe, foram desde cedo localmente associadas à possessão por agentes externo, “tomar santo”, ou “montar”, ações que fazem parte dos rituais tradicionais de Djambi e curandeirismo descritos no Capítulo II, secção 2.4.2 sobre a Medicina Tradicional. Estas manifestações comportamentais sugestivas, passíveis de paralelismo com o djambi, incluíam referência à caixa, inícios de dança, a tentativa de passagem do agente possuidor através do toque na cabeça.

“Uma manifestação sobrenatural que normalmente acontece quando se realiza o Djambi (...) Sem a realização do Djambi, as crianças estão a ser dominadas por espíritos. Uma das mães de uma criança possessa, explicou que já levou a menina para o curandeiro, mas não há forma de evitar o transe” (Jornal Téla Nón, 16/12/2010).

Proliferaram as categorizações do sucedido, umas marcadamente tradicionais, como: transe entre as jovens, tomar santo, possessão. Outras, com nuances mais biomédicas: como histeria, extrema vulnerabilidade, hipoglicemias agudas, entre outras.

Os fatores individuais que marcavam o início de uma crise envolviam fortes dores de cabeça, tremores e calafrios, sensações de perda de controlo do corpo e pânico associado, fraqueza e tonturas, incapacidade em manter-se de pé, batimentos cardíacos acelerados. Em termos interrelacionais, verificava-se uma marcada tendência para desentendimentos e discussões com colegas. A crise manifestava-se depois com uma panóplia de comportamentos e ações.

“Inicialmente os “sintomas” ou os espíritos manifestavam nas adolescentes por volta das 10 horas na escola, em raros casos começava mais cedo do que as 9 horas e de forma geral terminavam às 17 horas, de regresso a casa. O fenómeno foi ganhando maior dimensão e visibilidade social e as situações foram complicando, passando a atingir maior número de adolescentes, passaram a demorar mais tempo e a

apresentar maior agressividade (...) Durante os episódios as jovens expressavam algo emocional e para tal recorriam a representações sociais (Djambi). Tentavam infligir o santo nas outras menina batendo 3 vezes na cabeça de outra menina” (Psicólogo HAM).

As referências à força extrema e vocalizações estranhas foram frequentes nos discursos dos entrevistados: “*Algumas falam. Outras nem conseguiam falar ou escrever. Em transe ninguém consegue agarrá-las (...) A transmissão é feita pelo cabelo*” (Ex-diretor EG). Como também nos artigos consultados:

“Outro estudante, Danilberto Bragança contava-nos: Todos os jovens possuídos eram bons companheiros, mas quando isto ocorria, os olhos ficavam brancos, os músculos ficavam tensos e as pessoas ficavam com muito mais força do que o normal (...) uma vez vi uma menina que levantava duas secretárias, uma em cada mão, e acabou por atirá-las para longe” (Enigmas e Anomalias, 21/09/2012, tradução).

De uma maneira geral observavam-se os seguintes comportamentos:

- Bater no chão;
- Correr desenfreadamente pela sala;
- Partir vidros, carteiras;
- Rebentar portas, janelas, carteiras com violência;
- Discursos em voz diferente;
- Indisciplina e desrespeito pelos colegas e professores.

Numa apresentação clínica, realizada no HAM, a equipa de psicólogos que acompanhou os casos das escolas de Guadalupe e EPL, elencou vários comportamentos observados nas jovens durante a crise:

“Cair e rebolar no chão; - Ficar carrancuda e colocar as mãos na cintura; - Procurar e dirigir-se a locais de maior visibilidade e com mais pessoas (necessidade de mostrar-se); - Procurar colegas para colocar santo; - Fazer gestos de dança; - Tendência a quebrar e destruir objecto e portas; - Mostrar-se muita agressiva; - Tentar falar línguas; - Imitar a forma de falar de feiticeiros/curandeiros (referindo algumas vezes a si mesma como caixa e outras eu); - Identificação com outras colegas em mesmo estado, criando um comportamento de grupo entre elas; - Em vários casos, não pronunciar palavras e comunicar com outras por gestos ou sinais (expressão não verbal); - Em alguns casos, referir que outras colegas estão a fingir santo, e também dizer que o santo que tem são mais de um ao mesmo tempo a possuindo (vários espíritos); - Tendência a exibicionismo e a teatralidade; - Na fase final pedir ou chamar outros colegas para retirar o santo.” (in Diapositivos HAM, Anexo E):

Como se pode verificar, alguns comportamentos relacionam-se com manifestações de um eventual agente externo. Outras, relacionam-se com a passagem e propagação desse mesmo agente a outras colegas. A questão da propagação e efeito quase-contagioso que o fenómeno teve nas jovens, é bastante referida como indício de uma reação quase grupal e que se estendeu de forma quase desenfreada em ambas as escolas.

Apesar da intensidade e propagação a que se assistiu, a maioria dos entrevistados refere a encenação e teatralidade das manifestações a que assistiram. Neste sentido, alguns aspetos exibidos pelas jovens revelam algumas inconsistências. “*Falei com algumas meninas que não me pareciam*

possuídas, parecia uma encenação pois respondiam ao diálogo, de forma coerente e contextualizada” (Sociólogo).

A maioria das jovens demonstrava alguma preservação da consciência e do *Eu* e tinha comportamentos de proteção do corpo. “*Havia coisas que não batiam certo com a dita possessão, por exemplo a referência ao eu*” (Psicólogo HAM).

Adicionalmente, não se verificavam algumas características associadas à possessão por agentes externos (espíritos). “*O fenómeno não era realmente preenchido com os reais agentes do djambi. Quando as pessoas entram de facto em transe, por exemplo, falam línguas ancestrais. A maioria não entrava verdadeiramente em transe, de forma séria*” (ONG Cultura Santomense).

Apesar das incongruências e alguns aspectos identificados como de representação e teatralidade, as equipas de saúde no terreno registaram alterações fisiológicas nas jovens, nomeadamente dores de cabeça forte, aumento de batimento cardíaco, tensão alta e desidratação.

1.2 Perfil das jovens

No que diz respeito ao perfil das jovens que exibiam as manifestações acima descritas, não se verificaram discrepâncias entre os profissionais entrevistados, independentemente do setor profissional ou da intervenção que desenvolveram.

É consensual que as manifestações se deram maioritariamente em jovens do sexo feminino entre os 12 e 16 anos. Apenas 3 rapazes exibiram as mesmas manifestações, um na escola de Guadalupe e dois na Patrice Lumumba.

É evidente a importância que foi atribuída a questões como falta de recursos, desestruturação familiar e problemas relacionais no seio familiar das jovens. De uma maneira geral, todos os entrevistados referiram que as jovens seriam provenientes de um ambiente vulnerável, pouco favorável ao crescimento e desenvolvimento normal e harmonioso. “*Crianças com medo de qualquer coisa, ou perturbadas com qualquer coisa, faziam aquilo e depois outras iam atrás (...) o ambiente à sua volta levou-as a isso*” (Diretor do Jornal Kê Kuá). Verifica-se uma atribuição causal, quase direta, a estas dimensões.

De acordo com os profissionais de saúde mental, foi feita uma aferição das condições e situações familiares das jovens, através de um inquérito familiar. Este inquérito permitiu concluir a alegada vulnerabilidade e suscetibilidade das jovens. “*Parecia algo de jovens que precisavam de atenção mais específica. Percebeu-se que muitas tinham problemas afetivos e se sentiam negligenciadas. Havia meninas que se sentiam negligenciadas e diziam: A minha mãe só quer que eu trabalhe*” (Psicóloga MECF). A fragilidade e vulnerabilidade, culturalmente associada ao género feminino, surge como explicação preponderante para o fato das manifestações e episódios se terem verificado quase exclusivamente em jovens raparigas.

Alguns casos eram reincidentes e aconteceram em jovens que já estavam sinalizadas e inclusivamente recebiam já atendimento psicológico, segundo faz notar o psicólogo do HAM na apresentação pública durante uma sessão clínica que fez sobre o fenómeno “*Algumas adolescentes*

mais “problemáticas” já vinham sendo atendidas por problemas comportamentais e de saúde mental, o que contribuiu para intensificação dos sintomas.”

Outra característica que emerge, é o facto da maioria das jovens, alegadamente, frequentar ou assistir rituais culturais associados ao Djambi desde criança. *“Pela representação que faziam do curandeirismo parecia que tinham mantido contactos anteriores com algo deste género”* (Psicólogo HAM). Teriam assim assistido desde crianças a estes rituais tradicionais o que poderia ter conduzido à imitação e reprodução de alguns dos seus aspetos: *“A tradição é marcada pelo hábito. Se habitualmente as crianças praticam ou veem estas ações, passam a ficar vulneráveis. Crianças ainda não têm mundo construído. Pais pegam nas crianças e levam para Djambi. Quem disse que criança pode ir naquilo?”* (ONG Cultura Santomense).

É ainda importante salientar o facto de se atribuir às jovens que frequentavam o estabelecimento de ensino em Guadalupe, e que depois transitaram para a Escola Patrice Lumumba, a responsabilidade pela propagação do fenómeno na cidade. *“Foram as meninas transferidas de Guadalupe que começaram o fenómeno aqui. A transição de escola alterou o comportamento”* (Subdiretora EPL).

Assim de uma forma geral, o perfil-tipo dos jovens que manifestaram comportamentos semelhantes com o fenómeno localmente identificado como “tomar santo”:

- Sexo Feminino;
- Idade entre 12 e 16 anos;
- Proveniente de uma família com parcos recursos socioeconómicos e/ou desestruturada;
- Elevada vulnerabilidade e susceptibilidade;
- Frequência de rituais de djambi desde criança.

1.3 A situação perturbadora na Escola de Guadalupe

A situação na Escola de Guadalupe (Figura 4.1) inicia-se com manifestações de uma jovem, mas rapidamente se estende a outras jovens. Houve um total de cerca de 40 jovens que exibiram estes comportamento, atingindo um máximo de 5 jovens de cada vez. O fenómeno foi de tal forma significativo e com tamanha expressão que conduziu mesmo ao encerramento da escola. Facto que assinalou o início do confronto de perspetivas entre as autoridades (escolar, policial) e a comunidade. *“Pais encerraram escola e polícias voltaram a abrir. Pais fecharam a escola a cadeado e tiveram que ser as forças policiais a voltar a abrir a escola”* (Ex-Diretor EG).



Figura 4.1 – Escola Secundária Básica de Guadalupe

O encerramento da escola, levado a cabo por um grupo de encarregados de educação e populares prolongou-se ao longo de, pelo menos 6 meses, particularmente nas salas 6 e 7, onde a maioria das jovens exhibiram manifestações, foram encerradas durante todo o restante ano lectivo. “*Indicaram-me que eram as salas onde tinham tido lugar as possessões, pelo que ninguém queria permanecer no seu interior, desde então*²¹” (Enigmas e Anomalias, 21/09/2012).

Perante o alastrar da situação na Escola de Guadalupe, o Ministério da tutela (MEFC) viu-se obrigado a definir um plano de gestão e intervenção. Para isso contribuíram inequivocamente as interpretações e especulações populares que começaram a ser levantadas em torno da situação. Efetivamente, é ao nível da gestão dos períodos de crise - expressão que se refere aos períodos em que alunas manifestavam estados de eventual transe – que se verificam as principais diferenças de percepção entre os entrevistados, que marcaram, inevitavelmente a intervenção.

1.3.1 Interpretações surgidas

Muitas das interpretações que foram surgindo sobre o caso, relacionavam-se mais com aspectos associados a rituais de curandeirismo. “*A população considera que é preciso realizar um djambi na escola de Guadalupe para acalmar os espíritos que estão a se manifestar no local*” (Jornal Digital Téla Nón, 4/3/2011).

Porém, foram também sendo levantadas questões que se prendiam mais com aspectos relacionados com a gestão/poder escolar. Desde cedo, assistiu-se a uma certa colisão entre o modelo de intervenção e gestão implementado pelo Diretor da Escola e as interpretações comunitárias, o que conduziu a especulações e situações que culminaram em cenários de tensão e confronto, como refere o, na altura, diretor da escola “*Como Diretor não quer que se toque Djambi é porque quer esconder alguma coisa, não quer que se descubra o que se passa*” (Ex-diretor da EG).

O impedimento da realização dos rituais, que a comunidade requeria e julgava serem fundamentais para terminar com os fenómenos registados, levou a que começassem a surgir teorias especulativas para tal facto. “*A teoria popular era que o Diretor tinha colocado algo na escola e as crianças iam morrer.*” (Psicóloga HAM). O rumor popular mais frequente era que o diretor teria desenvolvido um

²¹ Tradução do original em castelhano realizada pela investigadora

“feitiço” bastante forte de forma a prolongar a duração do seu cargo na Direção da Escola. Porém de acordo com o próprio diretor, ele estaria a atuar em concordância com as medidas fornecidas pelo MECF.

Outra interpretação acedida, decorreu das entrevistas realizadas a pessoas relacionadas com a Educação em STP, ligadas ao projeto Escola+. Os fenómenos teriam começado a manifestar-se com as progressivas mudanças e colocação de algumas regras que a direção estaria a pôr em prática, no âmbito da reforma do sistema de ensino em curso em STP. Mudanças como preenchimento da folha de assiduidade dos professores, exigência de cumprimento de horários e justificação de faltas, entre outras medidas implementadas. Este conjunto de pequenas alterações do quotidiano escolar teria levado à formação de um grupo de oponentes e a sua ação teria culminado com as perturbações pontuais na sala de aula, que depois perderam o controlo.

Estas são questões delicadas de apurar e algo controversas no decorrer das entrevistas, pela variedade de opiniões e relatos recolhidos. Por exemplo, outra perspetiva, quase oposta surgida, mostra que também os professores da escola estariam assustados com tudo o que se passava. “*Professores saltavam pela janela fora*” (Coordenadora do Lar de estudantes de Guadalupe).

A diversidade de perspetivas e interpretações levou a que se recorresse, de forma pouco organizada e sustentada, a diversas intervenções com vista a solucionar o problema. “*Houve missas; polícia; orientação para fazer djambis. Houve até intervenção policial! Pediu-se intervenção de igreja disto e daquilo*” (ONG Cultura Santomense). Assistiu-se a uma profusão de intervenções de vários foros e âmbitos, religiosas, tradicionais, governamentais, entre outras.

1.3.2 Intervenção tradicional: djambi

A solução que desde o início foi defendida pela comunidade de Guadalupe passava pela realização de um ritual de djambi. A realização deste ritual implicou uma coleta comunitária de dinheiro para o pagamento ao curandeiro. O ritual foi diversas vezes cancelado por não se ter conseguido reunir o montante implicado. Finalmente, no dia 29 de Janeiro de 2011 a população conseguiu reunir a quantia e pagar a realização do ritual.

“(…) perante a passividade das autoridades, os pais dos alunos possuídos decidiram atuar e realizar uma cerimónia de “limpeza espiritual” denominada Djambi: misterioso ritual importado pelos escravos africanos levados para STP durante a época colonial portuguesa. Para tal, convocaram um dos bruxos mais acreditados da ilha, chamado Jaime Pires, aliás “Petche Petche”, o qual organizou o ritual no pátio da escola²²” (*Enigmas e Anomalias*, 21/09/2012).

Contrariamente ao esperado, a situação não foi solucionada pelo curandeiro e a sua ação culminou em desgraça, com a sua morte enquanto realizava o ritual:

“Os pais criaram uma comissão, que contratou curandeiro, e realizou o djambi. No auge da manifestação o curandeiro morreu (...) Conduzido pelo espírito que o domina, o curandeiro, mostrou toda sua força e poder sobrenatural, trepando um dos postes que conduz energia de alta tensão na cidade de

²² Tradução do original em castelhano realizada pela investigadora

Guadalupe. Os relatos dos presentes ao djambi, dizem que o curandeiro trepou, trepou o poste até ao cimo onde dançou bastante (...) Logo a seguir dizem os presentes, deu-se uma explosão no cimo do poste, e o curandeiro caiu estatelando-se sem vida no meio do djambi.” (Jornal Téla Nón, 2/2/2011).

Esta situação trágica teve dois efeitos principais: o aprofundamento do medo, temor e a intensificação do questionamento sobre o que estaria a suceder com as jovens na escola.

“O veredicto da comunidade estava claro: os espíritos malignos haviam utilizado os seus terríveis poderes para assassinar Jaime Pires. A partir deste trágico acontecimento, os habitantes de Guadalupe remeteram-se no mais absoluto temor²³” (Enigmas e Anomalias, 21/09/2012)

“Num momento de incertezas, em que as autoridades políticas, parecem incapazes de resolver o problema que nasceu na escola de Guadalupe, fica talvez provado que a ação do feitismo ou da bruxaria, também é impotente para lidar com aquele que atualmente impera na escola secundária da cidade capital do distrito de Lobata.” (Jornal Téla Nón, 2/2/2011).

A intervenção com base na tradição, levada a cabo pelo curandeiro, não teve um desfecho feliz e foi feita de forma relativamente à margem do que fora definido pelo Ministério da tutela. O desfecho trágico deste ritual, culturalmente inscrito, levou a intensos debates. Por outro lado, fez surgir a necessidade de uma intervenção mais estruturada e complexa.

De referir que este acontecimento marcou inevitavelmente todo o discurso construído sobre as ocorrências em Guadalupe, quer da parte dos entrevistados, quer dos artigos consultados. Julgo que a gravidade do desfecho centralizou toda a atenção das pessoas para a abordagem tradicional e culturalmente inserida, dificultando o enquadramento de outra natureza. Isto espelhou-se inevitavelmente na dificuldade que senti em adquirir informações sistematizadas e pormenorizadas dos acontecimentos nesta escola.

Todos estes pormenores dramáticos polarizaram os discursos, e o que se produziu sobre a questão, das jovens em Guadalupe. Tendo sido difícil aprofundar a questão dos acontecimentos, para além do djambi realizado, foi possível reunir algumas informações sobre as intervenções que tiveram lugar na escola com vista a gerir e controlar a situação.

1.3.3 Intervenção das entidades oficiais

Numa manifestação na cidade de São Tomé, promovida por alunos, encarregados de educação e habitantes de Guadalupe, o colectivo procurava chamar a atenção do governo para a situação vivida em Guadalupe, onde a escola fora encerrada após a morte do curandeiro.

“Os alunos da escola secundária da cidade de Guadalupe marcharam 12 quilómetros, até ao Ministério da Educação, Cultura e Formação para pedir ajuda em relação ao fenómeno de transe que tem comprometido o funcionamento da escola. Durante a manifestação pelo menos 3 alunas foram apossadas por espíritos” (Jornal Téla Nón, 4/3/2011).

²³ Tradução do original em castelhano realizada pela investigadora

A manifestação resultou na promessa de designação de uma equipa de psicólogos e polícias que iriam atuar durante 2 semanas na escola, numa tentativa de conter e dominar a situação, naquilo que marcou o início da intervenção oficial por parte das autoridades.

A tendência inicial de tentar desvalorizar o que estaria a ocorrer nas escolas foi, de certa forma, contrariada pelo envolvimento de vários ministérios do Estado na gestão do caso em Guadalupe. Para isto terá contribuído a forte mobilização popular a que se assistiu, aliada à elevada atenção que as ocorrências receberam por parte da comunicação social. A intervenção oficial envolveu vários Ministérios:

- Ministério da Educação, Cultura e Formação (tutela)
- Ministério da Saúde (MS)
- Ministério da Justiça (MJ)

Foi levada a cabo uma abordagem multisectorial e multidisciplinar, envolvendo técnicos de psicologia, psiquiatria, enfermeiros e professores. O MECF e o MS constituíram uma equipa de gestão da situação, destacada na própria escola. O MJ destacou alguns polícias para vigiarem a escola e conter as crises das jovens que se revelavam mais violentas.

A elevada cobertura jornalística é encarada como uma forma de “entretenimento” do país, que deixava assim de atentar às medidas e ações governamentais.

“Não se falava em mais nada senão naquilo, e entretanto esquecia-se o que o Governo andava a fazer (...) O Governo aproveitou a situação para desviar as atenções sobre coisas realmente importantes que estavam a ocorrer nesse período. Até fomentaram a questão:

A programação da TVS, que é a TV santomense e é pública, só passava coisas relacionadas com terror, exorcismo” (Diretor do Jornal Kê Kuá).

É no que toca à intervenção da direção da escola e, subsequentemente dos Ministérios envolvidos na gestão do caso, que se registam algumas diferenças na construção do discurso dos entrevistados.

Numa primeira fase, antes da constituição da equipa, as jovens com manifestações eram retiradas das salas de aula e conduzidas diretamente ao centro de saúde. Esta decisão assenta em dois factos que, se reforçam mutuamente: por um lado, a proximidade entre a escola e Centro de Saúde e, por outro, o assumir *a priori* que se trataria de uma questão ou problema de saúde.

De facto, desde o início, a tônica foi colocada nas ações do profissionais de psicologia e de saúde envolvidos na intervenção. *“É uma questão de saúde pública mas que afectava o Ministério da Educação porque acontecia nas escolas”* (Psicóloga MEFC).

Inicialmente foi constituída uma equipa de avaliação e apreciação da situação.

Após a avaliação da situação, terá sido criada uma equipa de gestão e controlo dos casos. Nas entrevistas realizadas este dado não foi possível esclarecer com precisão a constituição exata desta equipa, porém todas referiram o fato de se tratar de uma equipa multidisciplinar, que integrava pessoas de ambos os ministérios, sobretudo psicólogos. Assim foram referidos: Psicólogos,

Psiquiatra, Geólogo, Médico clínico geral, Enfermeira, Diretor dos cuidados primários, Professores e Inspetores escolares.

A função atribuída aos profissionais que asseguravam o acompanhamento do fenómeno na escola, era conter as crises das jovens e, de alguma forma, servirem de apoio e suporte aos restantes jovens-estudantes.

As equipas permaneciam na escola durante o funcionamento, aguardavam a ocorrência de situações e faziam os registos e respetivas avaliações psicológicas e fisiológicas (tensão, febre, ritmo cardíaco). “*A equipa ficava na Escola, à espera que as crianças entrassem em transe e, mesmo sendo de causa cultural verificavam-se alterações orgânicas/na saúde. Faziam-se medições*” (Psicólogo HAM). Esta equipa de gestão e controlo integrou dois psicólogos em cada período, da manhã e da tarde, tendo ficado instalada e numa sala particular, com janela e bastante fresca. De acordo com os profissionais de saúde, particularmente os psicólogos este não seria de todo um bom contexto para intervir, pois a sua estrutura levava a que fosse possível aos restantes jovens verem o que se passava ali, o que claramente comprometeria o processo e levou também à propagação do pânico na escola.

Não houve uma abordagem individual a cada caso. As situações foram geridas na escola com os principais objetivos de dominar os ataques potencialmente violentos e evitar o pânico generalizado. A equipa permaneceu no local durante cerca de um mês, até que depois deixou de haver condições propícias para a continuação da sua intervenção. “*As famílias não queriam saber dos Psicólogos. O problema era Espiritual, Cultural, Religioso (...) Diziam que o Diretor queria trocar as cabeças das crianças*” (Psicólogo HAM).

Informações coerentes e detalhadas sobre as ocorrências na escola de Guadalupe foram particularmente difíceis de recolher. Os discursos estavam fortemente polarizados pela trágica ocorrência durante o ritual de Djambi e haviam poucas fontes escritas consultáveis, inclusivamente relatórios das equipas de avaliação e gestão. Os discursos dos entrevistados apresentavam também alguma variabilidade no que concerne sobretudo à intervenção dos técnicos de saúde e dos Ministérios envolvidos.

É de sublinhar que, apesar da patologização do fenómeno, que marcou desde o início a intervenção da equipa de gestão do fenómeno, encontrei referências contraditórias no que respeita à medicalização e ao tratamento e seguimento das jovens no hospital (HAM). Embora seja claro que haveria a possibilidade de haver encaminhamento de jovens para o HAM e de eventual introdução de terapêutica oral, os profissionais de saúde e psicólogos entrevistados referem que nenhuma jovem foi medicada ou levada ou seguida no hospital. Porém, alguns profissionais de saúde referiram que houve o seguimento médico-terapêutico mais intensivo a algumas jovens em meio hospitalar e pela prescrição de medicamentos.

É interessante verificar que mesmo durante esta manifestação, realizada num local completamente diferente e distante da escola foram verificadas situações de jovens com manifestações semelhantes ao transe observado na escola. Assim, as manifestações aparentemente não estavam circunscritas a

um local e *setting* específico, mas a um conjunto de jovens, que passavam as suas alterações comportamentais de forma quase epidémica e contagiosa, umas às outras.

1.3.4 Outras intervenções e interpretações

As intervenções de âmbito tradicional, que culminaram com a trágica morte do curandeiro e aquelas de âmbito oficial prevaleceram na gestão da situação, ainda que contemporaneamente, tivesse decorrido um intenso debate com representantes de várias instituições que publicamente criticavam os modelos e ações implementadas, realçando a sua capacidade de resolver a situação. Entre estas instituições aqui destaco:

- Igreja Católica,
- Igreja Evangélica Assembleia de Deus e
- Associação de Medicina Tradicional de STP.

O bispo da igreja católica de STP demonstrou, desde sempre, o seu total desacordo pela realização do ritual de Djambi na escola e por todos os significados e simbolismos adjacentes. Assumindo uma posição de patologização do fenómeno, categorizou o sucedido como histeria colectiva e portanto, enquadrando o fenómeno como um desvio ou patologia, o que expressão da adopção de um discurso assente no paradigma biomédico ocidental, concretamente na psicopatologia.

«É um fenómeno de histerismo colectivo. É mais do que evidente. Não tem nada a ver nem com espíritos nem com diabos, nem com santos, nem com nada disso. Este fenómeno atinge a toda gente pelas crenças que as pessoas têm, as vezes até com aspectos ridículos. (...) Agora quando se acredita nestes ritos, pelo amor de Deus, isso é um primitivismo total (...) Agora pergunto. Imaginem que aquilo era de facto um espírito diabólico que estava lá. É com cacharamba, tambores, ritmos malucos, e subir a postes eléctricos, que se tira esse diabo?» (*D. Manuel António, Bispo da Igreja Católica de STP, Jornal Téla Nón, 11/3/2012*).

Ridicularizando as ocorrências durante o ritual de djambi, o bispo, representante da igreja Católica, apresenta uma posição concordante com a oficial e implementada pela direção da escola. Ao retirar o simbolismo e questionamento sobre o que sucedia na escola, o bispo refutou a possibilidade de intervenção da igreja e a realização de uma missa na escola, onde havia sido realizado o ritual. Para o bispo, tratando-se de desequilíbrios psicológicos, a intervenção requerida é o acompanhamento psicológico das jovens. «*Não confundamos a eucaristia com ritos mágicos. A eucaristia não é para tirar diabos. Agora celebrar uma eucaristia na escola como celebram o djambi, nem pensar*» (*D. Manuel António, Bispo da Igreja Católica de STP, Jornal Téla Nón, 11/3/2012*).

Por todos estes significados e simbologia associada, o bispo decidiu que a igreja Católica não iria intervir no que se passava em Guadalupe.

A igreja Evangélica Assembleia de Deus também assumiu publicamente a sua posição sobre os acontecimentos na escola de Guadalupe e respetiva sugestão de resolução.

«*Houve algum contrato com o diabo. Alguém fez algum contrato com o diabo e de alto nível. O diabo revoltado está se apossando nas pessoas (...) Começamos no domingo passado, a tomar uma decisão de ajuda (...) Fizemos uma oração forte e enviamos para Guadalupe. Em consequência disso soubemos que*

alguns curandeiros que estão a operar em Guadalupe começaram a render» (Pastor Cândido Jordão Afonso, Igreja Evangélica Assembleia de Deus, Jornal Digital Téla Nón, 11/3/2012)

Contrariamente à posição da igreja Católica, o pastor da igreja Evangélica, identificou o problema e começou desde logo a implementar os procedimentos que conduziriam à solução. Esta intervenção foi porém realizada à distância, através de orações levadas a cabo em São Tomé pelos fieis. A entrada em Guadalupe e realização das preces ali só poderia ser feita se legitimada pelo Governo. «*Seria uma invasão do território privado. É uma escola e tem lá uma força maligna oposta. Por isso não vamos lá fazer uma provocação.*» (*Idem*).

A proposta de resolução da igreja Evangélica passava pela deslocação dos envolvidos até à igreja em São Tomé para a realização das preces.

A Associação de Medicina Tradicional de STP, ONG dedicada ao estudo e intervenção em saúde recorrendo às técnicas e instrumentos de origem tradicional, também avançou algumas propostas para resolução do que ocorria na escola de Guadalupe.

«A realização do djambi, é uma das soluções proposta pela Associação da Medicina Tradicional. Um djambi que não tem nada a ver, segundo Amâncio Valentim com aquele que foi realizado em Janeiro passado na Escola (...) Se o Governo convocar a Associação de Medicina Tradicional, é óbvio que temos homens capazes para ir resolver o problema» (*Diretor da ONG Amâncio Valentim, Jornal Téla Nón, 11/3/2012*).

Mesmo defendendo uma operação semelhante ao que havia sido implementado em Guadalupe por parte da população, a Associação de Medicina Tradicional de STP refere que o djambi não poderia ter sido feito da forma como foi, apenas com fins comerciais. Seriam necessárias mais pessoas envolvidas. Porém, é importante sublinhar o facto de assumir que a sua atuação se encontra condicionada e dependente da legitimação por parte das autoridades, tal como a igreja evangélica.

De uma maneira geral, assiste-se a uma tentativa de fortalecimento de cada uma destas propostas resolutivas através da refuta e crítica às outras posições. Neste sentido veja-se por exemplo, o comentário do bispo da igreja católica sobre o djambi realizado: «*Aquele senhor e companhia que tentou organizar o djambi a troco de uns milhões, esteve a aproveitar-se da situação, e alguém colaborou com ele.*» (D. Manuel António, Bispo da igreja Católica de STP, Jornal Téla Nón, 11/3/2012).

O bispo comentou também a atuação da igreja Evangélica: «*E quando vejo essas ceitas religiosas a gritar tanto, com tanto histerismo também colectivo, lembro-me sempre que para esta gente Deus está a dormir. E portanto é preciso gritar muito alto. Será que o diabo sai por causa dos meus gritos?*» (*Idem*).

Similarmente, a igreja Evangélica também teceu publicamente comentários e avaliações à atuação por parte de outras instituições,

«O que está em Guadalupe quero dizer-lhe com toda a certeza não é linha magnética. Porque o curandeiro que estava atrás do assunto já começou a reclamar dizendo que nós mandamos para lá uma

força no domingo e que ele já não pode estar em Guadalupe.» (*Pastor Cândido Jordão Afonso, Igreja Evangélica Assembleia de Deus, Jornal Téla Nón, 11 de Março de 2012*).

Esta posição teve naturalmente resposta por parte do responsável pela teoria das linhas magnéticas na escola. De acordo com o Eng.º Luís Teixeira, o fenómeno registado nas escolas devia-se à influência de uma linha magnética que passaria pelo mesmo local onde a escola foi construída. Como tal, os fenómenos observados nas jovens seriam os efeitos desta causa energética.

«Um fenómeno científico de Geologia, Geofísica, Geomorfologia, etc., só pode ser avaliado, criticado em padrões destas ciências e não em outros. (...) Tenho, muito respeito para consigo e a sua Igreja, e respeitei a sua opinião» (Eng.º Luis Paquete Teixeira, Geólogo/Engenheiro, Jornal Téla Nón, 15/3/2012).

Os episódios de controvérsia e divergência de opinião ainda se estenderam por algumas semanas, entre trocas de acusações, tendo mesmo saído do espaço da imprensa escrita e ocupado alguns debates televisivos e radiofónicos. Todos estes exemplos ilustram o clima de controvérsia e de reclamação de poder que cada instituição fazia para si mesma, enquanto solucionadora do problema ou enquanto decifradora e interpretadora do que se passaria na escola de Guadalupe. “*O fenómeno levou à mudança de Direção da Escola em Guadalupe. Duas meninas foram retiradas da escola – de acordo com as diretrizes recebidas do Ministério da Educação.*” (Coordenadora do Lar de estudantes de Guadalupe).

Os acontecimentos conduziram à substituição de toda a direção da Escola de Guadalupe, por decreto do Ministério. Neste sentido, é importante revisitar uma hipótese explicativa anteriormente mencionada, que referia que as ocorrências registadas visavam a alteração dos corpos diretivos da escola, como forma de contrariar as alterações e transformações que vinham sendo implementadas, fruto da reforma curricular em curso em STP.

Com o encerramento da escola de Guadalupe e posteriormente apenas das salas de aula onde as situações tinham decorrido, a situação tendeu para a tranquilidade, deixando de se registrar novos casos.

1.4 A situação perturbadora na Escola Patrice Lumumba

Em 2012 os casos de jovens com manifestações descontroladas, potencialmente relacionadas com casos de possessão, voltaram a ocorrer, todavia noutro local, na Escola Secundária Básica de Patrice Lumumba (EPL), na cidade de São Tomé.

Em Abril de 2012 surgiram os primeiros casos em duas jovens que exibiram as mesmas manifestações registadas no ano anterior, na escola de Guadalupe. Sucessivamente começaram a aumentar o número de casos na EPL, conforme relatou a comunicação social local: “*A maior escola secundária da cidade de São Tomé, está a ser assaltada pelo fenómeno estranho em que as crianças entram em transe. O mesmo fenómeno que no ano 2011, provocou suspensão das aulas na escola preparatória da cidade de Guadalupe.*” (Jornal Téla Nón, 5/6/2012)

Inevitavelmente foram estabelecidos paralelismos e relacionamentos com a situação ocorrida no ano anterior em Guadalupe, sobretudo em duas dimensões:

- Relacionamento dos acontecimentos com questões de feitiçaria;
- Fenómeno trazido para a EPL pelas jovens de Guadalupe

“O fenómeno iniciou pela suposta existência de feitiço enterrado na escola pela direção, no entanto, as adolescentes em transe “santo” em vários momentos se acalmavam quando aconselhadas pelo diretor e pela subdiretora e em nenhum momento na presença do mesmo falaram do assunto. Diferente do caso de Guadalupe onde a maioria das adolescentes referiam ter visto um homem sem cabeça na escola Patrice Lumumba não se teve conhecimento de relatos de alucinações visuais” (Psicólogo HAM).

Outra ligação foi a atribuição causal do caso às jovens de Guadalupe que tinham sido transferidas para a EPL para continuação dos estudos. *“As alunas da EPL reproduziam o modelo que traziam da escola de Guadalupe. Nesta escola a coisa começou com as alunas vindas lá de Guadalupe”* (Professor do Liceu). Vários entrevistados (e.g., Subdiretora da EPL, Professor do Liceu, ONG Cultura Santomense) atribuíram às jovens transferidas a responsabilidade pelo despoletar deste fenómeno na EPL, sendo por isso as responsáveis pela propagação do fenómeno, para além de Guadalupe, como se de uma doença (transmissível) se tratasse.

Todavia o fenómeno não se limitou às jovens transferidas de Guadalupe. *“O fenómeno foi algo inesperado e expandiu-se vastamente aqui na escola.”* (Subdiretora da EPL). Segundo o psicólogo responsável pela equipa de acompanhamento do caso, na EPL registou-se, um total de 93 ocorrências, das quais apenas 2 eram rapazes, conforme apresentado no Quadro 4.2, com auge em Junho de 2012. O fenómeno foi de maior dimensão na EPL, comparativamente às situações registadas na EG, onde se registaram cerca de 40 situações. O fenómeno foi ganhando maior dimensão com o aumento diário do número de jovens envolvidas e com o aumento da duração das crises, com episódios de marcada agressividade.

Sexo	Nº casos
Feminino	91
Masculino	2
Total	93

Quadro 4.2 – Distribuição dos casos registados na Escola Secundária Básica de Patrice Lumumba

A localização privilegiada da Escola, no centro da capital e a facilidade com que a população se podia aperceber das ocorrências na escola, contribuiu para a ampliação e impacto da situação. *“A EPL teve a particularidade de se encontrar no centro da cidade. A população era muito curiosa...parecia que achava piada à situação, parecia divertir-se com a situação”* (Psicóloga MEFC). Consequentemente, o fenómeno assumiu uma maior visibilidade social.

No caso da EPL assistiu-se mesmo a um prolongamento, e por vezes sobreposição, entre o espaço interno da escola e o espaço público (da rua), já que as pessoas facilmente invadiam a escola de forma ver o que estava a ocorrer.

Todos estes fatos contribuíram para que, novamente o MECF em parceria com o MS nomeassem uma equipa multisectorial e multidisciplinar para intervir e apoiar na gestão e controlo da situação.

1.4.1 Intervenção das entidades oficiais

De uma maneira geral, o modelo implementado pelos MEFC e MS na escola Patrice Lumumba foi semelhante aquele implementado na Escola de Guadalupe. Foi constituída uma equipa de 2 psicólogos, que permaneciam na escola durante todo o período letivo, alternando uma equipa para o período da manhã e outra para o da tarde.

“O Governo já criou uma comissão especial composta por dois psicólogos e quatro psiquiatras para atender e acompanhar cerca de cinco dezenas de crianças, vítimas de transe nas últimas semanas na escola secundária Patrice Lumumba na cidade de São Tomé. Essas crianças serão observadas no Hospital Central Ayres de Menezes, disse a “O Parvo” a subdiretora da escola, Celeste Graça” (Jornal O Parvo versão Online, 8/6/2012).

A comunicação social enfatiza a intervenção dos profissionais de psicologia e psiquiatria, alegando a atuação de 4 psiquiatras. Porém no país existe apenas 1 psiquiatra. A referência a 4 internamentos no hospital foram negadas por todos os entrevistados, apesar da referência na peça jornalística.

Tal como em Guadalupe, também aqui assistimos a uma tendência à patologização do fenómeno, como forma de controlar a sua evolução.

“Estas crianças, que estão a ser acompanhadas por psicólogos e psiquiatras, quando estiverem totalmente recuperadas, voltarão as aulas” (Jornal O Parvo Online, 8/6/2012). A gestão da crise, em ambos os contextos, foi desenvolvida a partir da psicopatologização direta das manifestações das jovens interpretadas, pelo menos pelos órgãos gestores e decisionais, como um desvio do foro psicológico das jovens, passível de ser alvo de intervenção por parte de profissionais da saúde mental.

A equipa nomeada reunia semanalmente a fim de preparar a sua intervenção na escola, tendo realizado um plano de ação (Anexo F). Abaixo encontra-se um excerto:

- *“Criar na escola uma equipa interna de apoio. (com todos, aluno, professor, funcionarias, polícia, psicólogo, e um enfermeiro).*
- *Crianças que sofrem crise não devem comparecer no dia seguinte, caso não se sinta bem no outro dia, pode pedir para ficar mais uns dias em casa. Essas crianças devem receber orientação de psicólogo ou uma equipa especializada.*
- *Conversar e preparar os pais para o caso de crise acompanhar as crianças.*
- *Criar uma outra equipa e a nossa equipa seria a mãe (como orientador). Para acompanhar e dar suporte aos outros,*
- *Replicar panfletos, informações sobre formas de comportar quando sentir mal, (comportamento a adotar quando ameaça crise).”*

Contudo a hegemonia da interpretação psicopatológica foi apenas parcial. Tal como sucedeu em Guadalupe, também na EPL foram surgindo publicamente interpretações de base tradicional e cultural, nomeadamente, a suposição da relação entre o fenómeno e os rituais de Djambi e Santo. Desde logo que os órgãos gestores, particularmente a direção da EPL negou e proibiu estas interpretações e ações neste sentido: *“Ou vão para casa fazer coisas tradicionais ou ficam nas Escola*

e não exibem estes comportamentos. (...) Santo é algo que não tem que ver com a escola." (Subdiretora EPL).

A intervenção e gestão da situação levada a cabo pelos profissionais de saúde, particularmente aqueles de saúde mental, realizou-se por decisão dos membros da direção da EPL e dos Ministérios envolvidos. Houve uma restrição a práticas e alternativas que saíssem do âmbito do definido pela intervenção biomédica.

A posição tomada foi que na escola, enquanto instituição do Estado e com representação simbólica do poder estatal, não seriam realizados rituais ligados ao Djambi ou a outras manifestações culturalmente enraizadas.

"As pessoas queriam fazer de tudo: chamar curandeiro, fazer djambi, fogo, resolver com machim. (...) Houve pais que levaram para Igreja Universal, para outras igrejas e cultos. A nível privado, cada um podia fazer o que quisesse para gerir a situação mas fazer aqui dessas coisas, não. Numa instituição do Estado santomense não!" (Subdiretora EPL).

Inicialmente foi utilizado o gabinete do diretor, onde os psicólogos tentavam acalmar as manifestações das jovens, falando, tentando dominar e tranquilizar os comportamentos violentos. Procedeu-se à separação das jovens em crise, dos restantes elementos da turma, tal como aconteceu em Guadalupe.

Com o crescente número de casos, que chegou a atingir 50 jovens por dia, a estratégia de separação e atendimento individualizado não tinha condições para prosseguir, mas a necessidade de haver uma separação das jovens que exibiam comportamentos semelhantes ao transe, manteve-se. Consequentemente, optou-se pelo encaminhamento das jovens para o Arquivo Municipal da cidade de São Tomé. *"O apoio psicológico foi depois facultado às jovens no Arquivo Histórico, para tirá-las do meio da confusão e não colocar outros jovens em contacto com aquilo."* (Psicólogo HAM). A opção pelo Arquivo Histórico justificou-se pela disponibilidade de espaço que oferecia, pela possibilidade de se ocuparem diversas salas.

A intervenção do pessoal de psicologia envolveu uma avaliação psicológica individual, um levantamento dos interesses e motivações de cada jovem, de forma a poder adequar as atividades a realizar durante o tempo em que ficavam no Arquivo Municipal (Anexo F).

No Arquivo Histórico também se verificaram manifestações e situações de crise nas jovens. Mais uma vez, tal como sucedera em Guadalupe, estes episódios não se circunscreviam à escola e manifestavam-se para além dos seus muros, noutros contextos.

Durante a colheita de dados no terreno foi-me facultado o acesso a um vídeo onde se pode observar a gestão da situação no contexto do arquivo municipal. No documento vídeo, as jovens ocupavam um auditório enorme. Aquelas que exibiam comportamentos de crise, eram encaminhadas para outra sala, que se encontrava vazia, onde eram assistidas e vigiadas por profissionais que tentavam dominar as manifestações. É ainda de realçar, o comportamento das jovens a tentarem transmitir o seu estado para colegas, através do gesto de toque na cabeça, reproduzindo um dos procedimentos que integram uma cerimónia de djambi, aquando a passagem do "santo" para outra pessoa.

Dado que a situação se prolongou durante algum tempo, as jovens puderam continuar a estudar, fora do horário normal das aulas na EPL. “As meninas ficaram 15 dias a 1 mês em casa, onde foram sendo acompanhadas pelos psicólogos. Durante o período especial que tiveram, para recuperar o tempo que se ausentaram da escola, procurou-se fazer coisas diferentes da rotina” (Subdiretora EPL).

Foram criadas condições para que tivessem aulas e fizessem os exames numa época especial. As jovens puderam ainda usufruir de uma série de atividades exteriores, como a visita a Museus e ao Centro Cultural (Cacau). A este propósito, veja-se o exemplo da planificação do programa semanal a desenvolver com as jovens, partilhado pelos psicólogos:

“Segunda-feira dia 25 – visita a museu e cacau dividir as crianças em 2 grupos, início as 8horas e 30 min, trazer se possível água e lanche. Terça-feira dia 26 – relato da visita feita em pequenos grupos de 8 crianças. (Base - elaboração de uma ou duas perguntas por grupo). Quarta-feira dia 27 – partida de futebol entre as alunas, menino fica no papel de árbitro e outro de juiz de linha. Futebol 11 com duração de 15 min por partida. Quinta-feira dia 28 – dividir alunos para desenho / pintura e culinária. Sexta-feira dia 29 –/ Visita à roça ao Agostinho Neto./ Jardim botânico.”

De acordo com a subdiretora da EPL, no final, 80% das jovens tiveram aprovação e transitaram para o Liceu .

Durante o mês de Junho, quando se verificou um crescimento acentuado do número de casos, encontravam-se no país três médicas Psiquiatras portuguesas, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca que realizavam uma missão de apoio e capacitação institucional aos serviços e unidades de saúde no âmbito do projeto *Saúde para Todos*.

A presença destas profissionais revelou-se crucial para a forma como toda a situação foi gerida. Realizaram um trabalho de preparação e aconselhamento dos psicólogos responsáveis pela gestão dos casos e também com os professores.

1.4.2 A equipa de intervenção com os professores e encarregados de educação

No âmbito do projeto Escola +²⁴ não houve qualquer intervenção específica por causa das situações registadas na EPL,

“Ao nível do Projeto decidimos não intervir diretamente nas questões culturais. Não demos muita importância ao assunto. Bastava começar-se a falar para todos falarem ao mesmo tempo e haver confusão entre os professores” (Prof. Educação para a Saúde Escola+).

Apesar disso, esta situação não era indiferente aos professores, que se mostravam preocupados com os acontecimentos. Como tal, a equipa de psicólogos inicialmente apoiada pelas psiquiatras do

²⁴ O Projeto Escola + envolve a reforma do ensino secundário de STP, enquadrada por um projeto da cooperação portuguesa, coordenado pela ONGD IMVF. Existem 5 vetores essenciais do projeto: formação em gestão e administração escolar de diretores, formação pedagógica de supervisores, atualização do currículo escolar, disponibilização de manuais escolares e criação de inspetores do ensino secundário.

Saúde para Todos presentes no terreno, promoveram encontros de esclarecimento, debate e sensibilização para as situações de crise de jovens na EPL.

A sala de aula foi o contexto onde se registaram a maioria dos episódios de (eventual) transe nas jovens. Os professores, enquanto gestores da sala de aula foram bastante afectados por todas estas ocorrências. Como tal, foram criadas sessões de esclarecimento, supervisão e aconselhamento, especialmente dirigido a professores, de forma a promover a sua capacidade de controlo das situações e a ganharem competências na sua gestão.

Foi também promovido um encontro com as médicas Psiquiatras presentes no terreno, para debate, esclarecimento de dúvidas e enquadramento da situação.

Na sessão de esclarecimento procuraram:

- Desmistificar a situação
- Apresentar metodologias para separação do que é cultural e o que é patológico
- Oferecer sugestões de formas de intervenção e de lidar com as situações
- Fornecer exemplos de situações semelhantes ocorridas noutros contextos, procurando relativizar a classificação de fenómeno único e exclusivo de STP.

O trabalho centrou-se em “*desmistificar o fenómeno, que se verifica noutras lados e não é exclusivo de STP*” (Psiquiatra *Saúde para Todos*).

Na EPL houve a necessidade do envolvimento dos encarregados de educação de uma forma mais sistemática e direta, com intervenção das equipas especificamente dirigidas para este grupo, provavelmente devido à dimensão que o fenómeno aqui atingiu, à quase perda da noção dos limites da escola.

Foi promovido um encontro aberto a encarregados de educação para esclarecer, informar e tranquilizar as pessoas. Esta sessão representou um ponto de convergência (e divergência) de perspectivas e interpretações sobre o fenómeno e também de sugestões sobre como gerir a situação. “*Houve alguma tensão pois pais e professores discordavam dos pontos de vista. Alguns pais estavam abertos a escutar, mas nem todos*” (Psicóloga MEFC).

A equipa de psicólogos sublinhou que o diálogo com as famílias não foi fácil, sobretudo devido à representação negativa local da Psicologia, associada a loucura, a desequilíbrios e internamentos compulsivos.

Neste sentido, estes profissionais fizeram um comunicado (Anexo G) dirigido aos encarregados de educação, onde explicam a intervenção por parte dos profissionais de saúde e educação, sublinhando o fato de não recorrerem a medicamentos:

“(...) todas as crianças que estiverem alteradas devem ser atendidas por profissionais de saúde e educação. (...)

Nenhum aluno ou aluno será medicado, todos serão levados a um espaço próprio para serem auscultados e poderem exprimir tudo que estiver a sentir no momento.” (Comunicado psicólogos aos encarregados de educação).

Apesar de toda a intervenção ser marcada pela negação das interpretações com base na tradição e em questões culturais, no discurso os profissionais assumem uma posição mais conciliadora e uma abertura para o “diálogo com as eventuais entidades (santo) que estariam a provocar aquelas manifestações nas jovens.

“Seja qual for o santo que, o aluno ou aluna tiver, temos um grupo de profissionais qualificados para escutar, e procurar saber o que precisam ou necessitam e porque estão aqui, se para ajudar a salvar vidas ou para agredir.” (Idem)

É interessante verificar aqui a aceitação da possibilidade de assumirem um aposição de aceitação das explicações sugeridas pelas interpretações mais místico-culturais, porém aproveitando para questionar e desafiar algumas visões mais negativas: *“Porque que ninguém vê anjos ou é possuído por anjos somente diabo? Será que gostamos mais do diabo por isso ele entra em nós?!” (Idem)* Aqui é assumido um discurso de tradição judaico-cristã, com a proclamação da hegemonia de deus, sobre tudo e todos *“Deus tem mais poder que qualquer demónio então não te deixes vencer, acredita que és capaz de não permitir o diabo entrar e você não terá problemas.” (Idem)*

No comunicado tentam criar uma relação de confiança com os pais e não negar a interpretação cultural, mas questionar a sua viabilidade. Procuraram também realçar a posição de apoio e suporte que pretendiam representar e aplicar e a necessidade de uma colaboração conjunta.

1.4.3 Outras intervenções

A dimensão que a situação assumiu na EPL levou a que a intervenção por parte do governo se estendesse para além da disponibilização de profissionais de psicologia para acompanharem a crise. A crise estendeu-se para lá dos muros das escolas e teve repercussões no quotidiano dos cidadãos, nomeadamente no trânsito, tendo chegada o bloquear a cidade.

“Nos últimos dias a situação provocou congestionamento no centro da cidade de São Tomé. A circulação automóvel era praticamente impossível nas vias que circundavam a Escola Patrice Lumumba, localizada no coração da cidade. Largas centenas de pessoas, incluindo alunos, concentravam-se na rua, espantados com o fenómeno que deixava as crianças fora de si, violentas e rebolando no chão” (Kê Kuá, 9/7/2012).



Figura 4.2 - Entrada na Escola Patrice Lumumba em São Tomé
Fonte: Jornal Kê Kuá (9/6/2012)

Houve o envolvimento da polícia e dos bombeiros, que tentavam manter a ordem e o funcionamento normal da escola nos dias com maior número de casos. Há também registo de alguns

polícias que tentavam dominar as jovens em crise tentando, sem sucesso, agarrá-las e conter aos seus movimentos desenfreados.

Foi ainda realizado um anúncio-publicitário que passava diariamente, no horário nobre noturno, na televisão pública santomense “*Se vires um colega assim, chama o professor. Vamos ajudá-lo*”. A publicidade foi realizada com o intuito de fornecer pistas aos alunos sobre o que deveriam fazer, como agir, caso vissem algum colega em estado semelhante ao transe. As imagens e o que era exposto, não dava pistas ou ensinava a enquadrar, mas sim como agir, assemelhando-se a uma advertência em caso de incêndio ou em caso de sismo, tipo socorismo.

O MECF realizou ainda uma brochura informativa, que distribuiu aos alunos, fornecendo um enquadramento semelhante: o que os alunos deveriam fazer caso fossem testemunhas de um colega exibir comportamento estranhos, semelhantes à crise de transe.

2 Os serviços de saúde mental em STP

Um dos objectivos subjacentes a esta investigação era também a caracterização das respostas disponíveis e do acesso aos cuidados de saúde mental em STP, incluindo as várias possibilidades, recursos e itinerários disponíveis.

Cedo percebi que os itinerários terapêuticos tradicionais implicariam por si só um investimento temporal e de contactos que não estavam ao meu alcance no curto espaço de tempo que disponível para realizar o trabalho de campo. Estes constrangimentos e dificuldades de acesso a dados justificam o facto dos resultados apresentados se referirem quase exclusivamente aos serviços de saúde mental disponibilizados pela medicina ocidental. Neste âmbito, conforme já referido, foram entrevistados um total de 5 profissionais de saúde mental em STP. Foram ainda consultados alguns relatórios e documentos sobre a temática, particularmente Relatório da Missão de Psiquiatria em STP (Maia et al., 2011).

A organização dos cuidados de psiquiátricos em STP encontra-se centralizada no Hospital Ayres de Menezes (HAM), onde existe um serviço de Psiquiatria e um serviço de Psicologia.

Existe um total de 21 camas. À data da realização da pesquisa, encontravam-se 55 doentes internados.

O serviço é dirigido por uma médica Psiquiatra, de nacionalidade cubana, sendo esta a única profissional da especialidade, excepto quando as missões de Psiquiatria visitam o país, no âmbito do projeto Saúde para Todos do IMVF.

Existem seis enfermeiros, dois dos quais com formação especializada na área da saúde mental. Na ausência da médica-psiquiatra, como foi o caso durante o período de realização do trabalho de campo desta investigação, o enfermeiro-chefe é quem gere, administra e distribui as terapêutica, sendo também responsável por dar altas aos pacientes.

Ao nível dos cuidados descentralizados de saúde mental, existe uma consulta de Psiquiatria nos centros de saúde comunitários, apoiada pelo IMVF, no âmbito do programa Saúde para Todos, realizada aquando a visita das profissionais de psiquiatria vindas de Portugal.

Os serviços de Psicologia são assegurado por dois psicólogos. Existe ainda uma Assistente Social, que presta também apoio a outros serviços clínicos do hospital.



Figura 4.3 – Psicólogos do HAM e Investigadora

As consultas de Psicologia decorrem de solicitações dos médicos ou mesmo dos próprios pacientes. Em STP a rede de psicólogos conta com um total de nove profissionais, um deles na Região Autónoma do Príncipe.

O serviço de Psicologia do hospital inclui diversas valências como:

- Educação terapêutica,
- Apoio psicológico (acompanhamento a familiares e a doentes internados),
- Aconselhamento individual pré e pós-testagem de HIV-Sida,
- Acompanhamento de pacientes alcoólicos após a estabilização,
- Serviço de perícia à imputabilidade legal e jurídica e
- Mediação cultural.

O serviço de mediação cultural pretende estabelecer pontos de contato para os pacientes se tentarem relacionar com os agentes de saúde, visando também a tradução das terapêuticas e aconselhamentos nas línguas locais.

Não existem terapias ou consultas de grupo e atualmente são seguidos de forma sistemática 5 pacientes. Todos os outros pacientes são assistidos pontualmente e não de forma contínua.

Em STP há uma grande dificuldade de acesso a dados sistematizados sobre o panorama da saúde mental (e.g. *Global Mental Health Atlas*, 2005; 2008), apesar da reduzida dimensão territorial, sobretudo devido à falta de documentação, à não disponibilização de informações e dados por parte das entidades responsáveis e à ausência de um programa e estratégia em saúde mental para o país.

De acordo com as informações recolhidas junto do responsável, encontra-se neste momento em elaboração o programa de saúde mental para STP.

Os profissionais de saúde mental lamentam a primazia e destaque dados a outros sectores da saúde, nomeadamente às doenças infecciosas, e consequentemente ao reduzido apoio e investimento que se verifica ao nível da saúde mental. “*Deveria haver um modelo de acompanhamento e apoio*

continuado à psiquiatria e psicologia e não apenas apoios pontuais, como o programa do IMVF, em que as Psiquiatras fazem consultas dos casos sinalizados” (Psicóloga – Coordenadora Saúde Mental STP).

As oportunidades para trabalhar na área da saúde mental surgem normalmente quando associadas a outras patologias, particularmente HIV-Sida ou Tuberculose, em programas que tenham associado apoio psicológico e seguimento da terapêutico do doente. Este problema relaciona-se com o estigma e marginalização associados à doença e perturbação mental. Muitos internamentos no serviço de Psiquiatria do HAM são a única oportunidade para os doentes, muitos sem-abrigo, terem cuidados básicos de higiene. “*Asseguramos cuidados de higiene mínimos: dar banho, cortar as unhas e cabelo. Vêm para aqui, ficam aqui uns dias e regressam às ruas com mais higiene.*” (Enfermeiro-chefe Psiquiatria HAM).

Verifica-se uma centralização dos cuidados, no HAM, apesar do programa Saúde para Todos, que prevê a disponibilização de cuidados em postos de saúde e zonas periféricas. Continua a justificar um reforço da rede de cuidados de saúde primários, particularmente na área da saúde mental. A falta de alguns medicamentos, particularmente psicofármacos como a Cloropramazina, associada à dificuldade de acompanhamento e vigilância da toma das terapêuticas é apontado como um dos principais problemas da saúde mental em STP. “*Há muitos reingressos no internamento devido a recaídas, a não tomarem bem os medicamentos*” (Enfermeiro-chefe Psiquiatria HAM). A escassez recursos humanos diferenciados e com formação específica são também referidos como problemas da saúde mental em STP. “*Deveria era apostar-se na formação dos enfermeiros, que é quem segue os doentes e faz a gestão das suas terapêuticas*” (Idem).

No que concerne às principais psicopatologias diagnosticadas em STP, a esquizofrenia surge como o principal problema de saúde mental no país. Ainda assim, de acordo com as Psiquiatras responsáveis pelo programa de apoio à Psiquiatria no âmbito do Programa Saúde para Todos, existe um subdiagnóstico de Doença Bipolar.

É ainda de referir a alta prevalência de alcoolismo e a aparente banalização deste problema em termos sociais. A situação económica do país, o desemprego, os sonhos de vida não concretizados com a mudança das roças para a cidade, podem ser fatores que contribuem para a prevalência do alcoolismo em STP. “*As pessoas abandonaram as roças para virem para a cidade, achando que teriam uma vida melhor (...) o alcoolismo surge como um escape, mas o problema fica. Qual é a quantidade de bebida que faz esquecer as desgraças da vida?*” (Idem). Está prevista a inclusão do Alcoolismo no programa de tratamento de doenças crónicas.

Outros problemas de carácter social como a violência doméstica, as gravidezes precoces a própria condição ainda muito fragilizada da mulher na sociedade santomense e o crescente consumo de estupefacientes são apontadas pelos profissionais como fatores que contribuem para agudizar e fragilizar a situação da saúde mental em STP, com poucas respostas para dar. Neste sentido, a promoção da saúde mental a nível da comunidade terá inevitavelmente que passar pela prevenção da violência, a prevenção do consumo de substâncias, sensibilização para o estigma associado à doença mental e para o papel da família na sua gestão.

De acordo com os entrevistados do serviço de Psiquiatria (enfermeiro chefe e os dois psicólogos) não houve nenhum internamento de jovens decorrente dos acontecimentos na escola. Apesar disso, houve algumas referencias a esta possibilidade no decorrer de entrevistas, embora fossem suposições. O que os técnicos de saúde mental reforçaram é que algumas jovens continuaram a ser seguidas, mas através de visitas domiciliárias ou mesmo consultas hospitalares, mas sempre em regime ambulatório e nunca em internamento. É importante aqui apresentar o resultado do trabalho de sistematização da intervenção dos psicólogos no terreno, que realizaram uma apresentação pública no HAM:

“De todas as crianças observadas e atendidas pela equipa nenhuma apresentou características marcantes da manifestação de Santo proeminentes na nossa cultura. Em suma, tem-se como hipótese, existência de casos em que houve apenas simulação de estados de transe/santo, casos de histerias, de transtornos dissociativos, e outros perturbações apenas pela experiência de pânico numa situação inusitada não chegando a experimentar transe ou possessão. (...).”

Verifica-se a negação da atribuição da classificação do fenómeno enquanto uma manifestação cultural, localmente designada por “tomar santo” e a abertura à possibilidade da existência de casos de fingimento ou de algumas patologias . Apesar disso reconhece-se a experiência enquanto manifestação de sofrimento, que poderá eventualmente ser considerada como patológica.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1 Discussão

A saúde, particularmente a saúde mental, os diferentes itinerários terapêuticos existentes em STP, conducentes a diferentes práticas e sugestões para a resolução da situação de alegados episódios de possessão e transe em várias escolas do país, foram o ponto de partida desta investigação. O estudo pretendia conhecer as diferentes interpretações sobre o fenómeno de, alegado, transe e possessão nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba e de que forma estas situações foram geridas localmente. Os objetivos delineados eram: Caracterizar a situação e a gestão levada a cabo nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba; Identificar as leituras e jogos de interpretação dos fenómenos de alegado transe nas escolas e, Caracterizar a intervenção dos serviços de saúde mental em STP na referida situação e sua implicação na saúde mental a nível nacional. Embora as situações se tenham registado noutras escolas (Liceu Nacional e IDF) o presente estudo analisou apenas as situações nas escolas supracitadas.

Na EG, onde se observaram em jovens estudantes, manifestações comportamentais semelhantes a quadros de possessão, verificou-se desde logo uma diversidade de interpretações surgidas nos diferentes grupos, nem sempre concordantes. De uma maneira geral, por parte da população, a leitura foi a de um fenómeno causado por um agente externo poderoso, que utilizava o corpo das jovens enquanto veículo, caixa ou navio e que assumia o seu controlo, como é descrito por Valverde (2000), referindo-se às possessões que presenciou no contexto de STP. A resolução proposta,

portanto teria inevitavelmente que ser baseada na tradição local neste caso, na realização de um djambi, de forma a expulsar e acalmar o agente perturbador. Esta leitura forneceu uma explicação com elementos concretos, que serviram para justificar as manifestações observadas, ao atribuir a responsabilização do fenómeno ao, na altura, diretor da escola, que teria feito um acordo com uma entidade nociva, de forma a poder prolongar o seu poder e tempo de gestão na escola. Outras entidades, como a Associação de Medicina Tradicional de STP e Igreja Evangélica, também defendiam esta interpretação, embora estas variassem nas propostas e modalidades de ação sugeridas para a resolução da situação.

A intervenção de um curandeiro para a realização de um ritual de djambi, marcou a escolha de um itinerário de resolução e terapêutico, diferente daquele sugerido pela direção da escola e pelas entidades oficiais. De facto, as diferentes interpretações dos fenómenos, conduziram a diferentes itinerários terapêuticos, baseados na biomedicina ou medicina tradicional (Silva Pereira, 2000).

A realização do ritual de djambi, como forma de solução, foi essencialmente reforçada por dois argumentos: a justificação da ocorrência não aleatória das manifestações observadas nas jovens, segundo argumento explicativo complexo de tensões e lutas de poder e as semelhanças dos comportamentos exibidos pelas jovens com um quadro de possessão, localmente designado por “*tomar santo*” ou “*jovens montadas*”, como as vocalizações estranhas, os movimentos oculares descontrolados, movimentos agitados e, muitas vezes, a força extrema. De facto, em circunstâncias da possessão “*o indivíduo transfigura-se: pode reunir uma energia física extraordinária que, quase sempre, desconcerta os espectadores*” (Valverde, 2000:169), como ocorreu na EG.

Os aspectos cénicos e dramáticos do ritual de djambi realizado, com a forte batucada, a dança frenética do curandeiro, foram coincidentes com a realização de um djambi forte que implica um elevado investimento (Valverde, 2000), e que foi coletivamente assumido pela comunidade de Guadalupe. O djambi visava a eliminação dos conflitos psíquicos das jovens “montadas” e a sua harmonização interna (Salvaterra, 2009), porém o desfecho trágico do ritual e as circunstâncias em que ocorreu a morte do curandeiro, reforçaram o medo entre a população. Apesar de tudo, este acontecimento não colocou em causa esta interpretação e leitura da situação, nem tão pouco a crença na sua forma de resolução.

O processo de reforma curricular no sistema de ensino, decorrente do projeto Escola+, com as mudanças implicadas na escola, foi também alvitrado como hipótese causadora das crises observadas nas alunas. Esta interpretação sugere uma instrumentalização de um conjunto de manifestações associadas a um fenómeno identificado na cultura santomense como “*tomar santo*”, com vista a gerar medo e suspeita sobre a direção da escola, podendo tratar-se de uma tentativa de criar tensões e conflitos, como forma de resistência a um processo de mudança e reforma.

Outra leitura da situação foi a das entidades oficiais, nomeadamente MECF e MS, posteriormente reforçada pela igreja Católica. O tipo de intervenção delineada, com o destacamento de psicólogos para acompanharem a situação, a disponibilização de clínicos numa primeira fase, permitem concluir que houve, tendencialmente uma leitura patologizante da situação, embora a classificação e categorização específica do fenómeno não fosse a prioridade. A intervenção oficial, promovida pelo

MECF em parceria com o MS, foi baseada na categorização do fenómeno enquanto um desvio, uma perturbação do foro psicológico. Como tal, a gestão implementada teve por base uma leitura psicopatologizante da situação pelo que os psicólogos, representando uma classe com domínio técnico em questões de saúde mental, foram os principais gestores e implementadores de tal interpretação. Este modelo de atuação foi o de subitamente, sem uma avaliação profunda e individual dos casos, atribuir um significado patológico, embora não lhe dando um nome específico, a um fenómeno que poderia ser de natureza sociológica, como frequentemente ocorre nos *culture-bound syndromes* (Hughes, 1998).

Não podemos deixar de ter em conta a sucessão cronológica dos acontecimentos na EG. O modelo de gestão implementado pelos ministérios surge após o incidente trágico ocorrido durante a realização do djambi. Este acontecimento fez aumentar o receio e a indefinição sobre a situação entre a população mas, por outro lado, tornou mais fácil uma intervenção alternativa, com vista a repor a ordem e a normalidade na escola. A urgência de retoma da normalidade foi aliás, um apelo que partiu da própria população, que solicitou também o envolvimento dos ministérios.

Relativamente à situação na EPL, na cidade de São Tomé, foi de maior dimensão e, consequentemente, teve maior impacto influenciando a intervenção levada a cabo. O primeiro aspeto a sublinhar é a atribuição causal direta das ocorrências às jovens alunas provenientes da EG e transferidas para a EPL que, eventualmente, carregavam o fenómeno em si e o propagavam noutra escola. Aqui assistimos a uma mudança de atribuição da situação, não à escola mas às próprias jovens, ou seja o fenómeno de eventual possessão não acontecia num determinado espaço, contido e identificado, mas poderia ser transportado e transmitido a outras zonas, por causa das jovens.

A gestão da situação na EPL beneficiou da experiência adquirida com a situação na EG. Foi negada, desde logo, a possibilidade da realização de rituais tradicionais, como o djambi, as entidades oficiais tiveram uma resposta mais célere e mais estruturada, dentro do enquadramento da sua interpretação do fenómeno. Nesta escola o modelo implementado, coordenado pelos profissionais, dominou toda a intervenção, embora naturalmente, existissem outras interpretações e comparações estabelecidas com a situação da EG, sobretudo nos meios de comunicação social.

A presença das psiquiatras, em missão de capacitação e acompanhamento de doentes em STP no âmbito do *Projeto Saúde para Todos*, veio reforçar a estruturação da equipa responsável pela gestão do caso, numa legitimação médica e do modelo interpretativo adotado (Hughes, 1998). Contudo, o seu contributo situou-se mais na contenção de medos e ansiedades dos profissionais e dos professores, desmistificação da situação, do que na categorização das situações enquanto manifestações psicopatológicas.

O crescente número de jovens com crises, equiparáveis a um estado de possessão, levou a que a equipa de gestão tivesse que procurar soluções fora da escola, que era pequena para tantas jovens em crise simultaneamente. É aqui relevante tecer alguns comentários sobre a particularidade, da ocorrência de episódios de crise mesmo fora dos muros das escolas, como se a situação não estivesse circunscrita a um espaço concreto e específico.

O carácter alargado que o fenómeno teve na EPL representou uma exigência extra por parte do MEFC e MS, que recorreram a outros meios de controlo e regulação da situação, nomeadamente através de anúncios na TV e distribuição de brochuras informativas à população.

A maioria das jovens com manifestações de crise eram do sexo feminino, como sugere a literatura sobre possessão (e.g. Honwana, 2002). De facto, aqui, tal como reforça Valverde (2000:168) referindo-se também ao contexto santomense: “*a maioria das pessoas que montam são mulheres*”. É curioso que no contexto santomense, o modelo proposto por Lewis (1971) parece adequar-se em alguns aspectos aos fenómenos de (eventual) possessão aqui observados. O facto de se ter registado maioritariamente em mulheres, pode de alguma forma evidenciar a sua fragilidade, desvalorização e opressão associada à condição de mulher em STP (Seibert, 2002) e o benefício existencial e social que pode advir da manifestação deste tipo de comportamentos .

Considero importante tecer algumas considerações sobre as eventuais vantagens ou benefícios que podem advir da situação de possessão, conforme previsto no modelo de Lewis (1971). As jovens tiveram aulas fora das escolas, com um programa específico que incluía lazer, passeios pela cidade, visita a museus, oportunidades de realização de exames em épocas especiais. A (eventual) possessão neste caso, poderá abrir a possibilidade das mulheres obterem o que desejam como constatou Harris entre os Taita no Quénia (1957, cit. por Ingham, 1996), à semelhança das mulheres em Bubaque, durante o ritual de possessão feminina, onde podem tornar-se no que é esperado, mas adquirem com isso respeito da comunidade (Pussetti, 2005). De alguma forma, podemos levantar a hipótese destes benefícios, anteriormente elencados, ou a sua teatralização, significar uma conquista de regalias e estatuto, que de outra forma, lhes seria impossível.

Os sucessivos episódios causaram grandes inconvenientes às escolas, sobretudo ao nível do seu funcionamento normal. O sucessivo cancelamento de aulas, algumas situações de encerramento compulsivo da escola, a perturbação ao normal funcionamento das escolas, o medo e caos gerado entre alunos e professores que, muitas vezes, perderam o controlo da sala de aula. Mais uma vez se realça o carácter não circunscrito destes episódios, que se alastraram além salas de aula, para além das escolas. Importa também comentar que episódios com manifestações comportamentais muito semelhantes já ocorreram noutras países como Angola e Moçambique.

Apesar de algumas semelhanças com quadros de possessão, nas situações em ambas as escolas não se observou, a anulação do eu ou obliteração da consciência, para dar lugar ao agente externo, como é essencial para caracterizar um episódio de possessão (Colleyn, 1988). A ausência deste aspeto é, suficiente, para a descredibilização da manifestação em si. Desta forma, a situação ocorrida nas escolas pode ter representado uma performance teatral instituída de muitas manifestações semelhantes, mas que carecem da natureza de anulação do eu e por isso, podem representar um processo de fingimento (Valverde, 2000). Apesar disso, os técnicos da equipa de gestão realçaram as alterações fisiológicas que se constataram nas jovens que exibiam episódios de eventual possessão.

Embora a intervenção oficial, fundada na categorização do fenómeno enquanto uma patologia que podia ir de histeria, a transtorno dissociativo, possessão patológica, não houve nunca uma negação total da hipótese de algo com base “na tradição”.

2. Conclusão

Esta leitura das crises de possessão como eventuais crises dissociativas justifica e legitima por si só a intervenção dos técnicos de saúde (Lewis-Fernández, 1998). As crises deixaram de ter um significado potencialmente mais vasto e passaram a ser reduzidas à categoria de patologia. Houve, contudo, a tentativa de implementar uma posição conciliadora de outras leituras.

Este estudo evidenciou também a fragilidade do sistema de saúde mental em geral do país e particularmente a resposta dos serviços face a esta situação. Apesar da hipótese colocada das jovens com manifestações serem internadas, tal não sucedeu, o que talvez possamos considerar como positivo.

Existe uma notória lacuna de sistematização de dados, de práticas, de intervenções, no âmbito da saúde mental em STP, tal como é evidenciado no Atlas de Saúde Mental (OMS, 2011c). A intervenção levada a cabo pelos profissionais de saúde mental, tutelada pelos MS e MECF, não originou, até à data da realização deste estudo, um relatório sistematizado do caso, com os vários eixos de intervenção, embora exista essa intenção.

O serviço de psiquiatria, apesar de representar a única oportunidade que muitos utentes têm para receber alguns cuidados de higiene e medicação, tem graves deficiências de espaço, falta de profissionais, entre outros problemas identificados, que não vão no sentido do atual apelo feito para as questões da saúde mental global (Üstün, 1999). Em STP a intervenção em saúde mental ainda está muito restrita ao contexto hospitalar, à institucionalização dos doentes por tempo indeterminado, enfrentando condições pouco favoráveis à sua total recuperação. Ainda se assiste ao confinamento do doente em contexto hospitalar, elevada taxa de ocupação, homens, mulheres jovens tudo junto, falta de profissionais de saúde, entre outros.

Neste sentido, a intervenção nas escolas EG e EPL apesar da marcante psicopatologização do fenómeno, foi inovadora pois baseou-se na deslocação dos técnicos de saúde mental ao local onde as crises aconteciam e não no confinamento das jovens com crises no serviço de psiquiatria, houve assim uma tentativa de levar a psicologia e a psiquiatria, na sua vertente comunitária, ao serviço dos acontecimentos (Patel, 2002).

A ausência de um Programa de Saúde Mental representa também uma grade lacuna para o país, sobretudo para os pacientes, familiares e profissionais da área. Porém, o facto deste Programa ainda estar em elaboração, pode, de alguma forma refletir sobre a situação e assimilar algumas das aprendizagens dos acontecimentos nas escolas, nomeadamente na necessidade de se ter em atenção aspectos culturais e locais de certos comportamentos, que podem ou não ser expressão de doenças, que quando descontextualizado podem ser considerados como desviantes ou patológicos. Seria recomendável que no futuro Programa de Saúde Mental de STP se tivesse em conta o desenvolvimento de competências culturais na saúde promovendo o diálogo e adaptação da atuação com as representações locais, conforme proposto por Lutz (1985), para dissipar os eventuais conflitos e promover e potenciar a intervenção.

Os fenómenos registados nas escolas de STP e que propagaram além das escolas, através dos meios de comunicação social, foram acontecimentos com consequências negativas a nível nacional e perturbaram bastante o ensino.

O seu enquadramento enquanto um assunto de saúde foi, desde cedo assumido pelas entidades oficiais. A interpretação culturalmente fundada e respetivas intervenções foram sempre sendo afastadas, o que foi por vezes gerador de tensões.

A leitura da situação, baseada no paradigma biomédico implementou-se como hegemónica, e serviu de base à gestão da situação, embora os fenómenos observados não tenham sido encerrados numa categoria psicopatológica específica.

Apesar disto, a interpretação baseada na cultura local não foi anulada e sobretudo os técnicos de saúde mental, tentaram de alguma forma, abrir a sua atuação ao diálogo com a tradição.

No quadro internacional para as questões da saúde mental global, estas situações ocorridas em STP poderiam eventualmente servir de base a um fortalecimento e adequação da Política de Saúde Mental do país, à sua realidade, tendo em conta a linguagem e simbolismos locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²⁵

- ALVES, Fátima. *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento, 2011. ISBN 978-972-36-1133-5.
- AMADO, Lúcio. *Manifestações Culturais São-Tomenses. Apontamentos, comentários, reflexões*. São Tomé e Príncipe: UNEAS, 2011.
- BANCO MUNDIAL. *São Tomé e Príncipe: Perfil do País* [Em Linha]. 2010. Disponível em <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/HOMEPORTUGUESE/EXTPAISES/AFRICAINPORTUGUESEEXT/SAOTOMEIMPORTUGUESEEXT/>
- BANCO MUNDIAL. *Heavily Indebted Poor Countries* [Em Linha]. 2012. Disponível em <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTDEBTDEPT/>
- BARROS, Denise. *Itinerários da Loucura em Territórios Dogon*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. ISBN 85-7541-040-7.
- BEAUD, Stephane e WEBER, Florence. *Guia para a pesquisa de campo. Produzir e analisar dados etnográficos*. Tradução de Sérgio J. de ALMEIDA. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. ISBN 9788532635730.
- BENEDUCE, Roberto. *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*. Torino: L'Harmattan Italia, 1999. ISBN: 8887605025
- BENEDUCE, Roberto. *Transe e Possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*. 2ª edição. Torino: Boelati Boringhieri editore, 2006. ISBN: 8833914046
- BERTOLOTE, José. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. *Revista de Saúde Pública* [Em Linha]. 1995, vol. 29, nº2, pp. 152-156. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24103>
- BOURGUIGNON, Erika, et al. Women, Possession Trance Cults, and the Extended Nutrient-Deficiency Hypothesis. *American Anthropologist* [Em Linha]. 1993, vol. 85, nº 2, pp. 413-416. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com>
- CASTEL, Robert. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1977. ISBN : 2707301469.
- COLLEYN, Jean-Paul. *Les Chemins de Nya. Culte de Possession Au Mali*. Paris: Anthropologie Visuelle, 1988. ISBN 2-7132-0902-1.
- COLLEYN, Jean-Paul. Horse, Hunter & Messenger. The possessed men of the Nya cult in Mali. In: Heike BEHREND and Ute LUIG, eds. *Spirit Possession. Modernity & Power in Africa*. Oxford: James Currey, 1999, pp. 68-78. ISBN 0852552580.
- COLLINS, Pamela et al. Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature* [Em linha]. 15 September, vol. 475, nº 7354, pp.27-30. Disponível em <http://www.nature.com>
- CÔTE, Daniel. Narrative reconstruction of spirit possession experience among the Gaddis of Western Himalaya (India)". In: *Comunicação apresentada no atelier Rethinking spirit possession*. 10ª Conferência bianual da Associação europeia de antropólogos sociais (EASA), 25 a 30 de Agosto, Ljubljana, Eslovénia, 2008.

²⁵ Feitas segundo a norma internacional ISO 690:2010, 3ª edição

- COZZI, Donatella e NIGRIS, Daniele. *Gesti di cura: elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute.* Torino: Colibrì, 1996. ISBN 8886345100.
- CABRAL, Henrique. *Impacto da ecografia de bolso no diagnóstico e decisão terapêutica em zonas remotas.* Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade de Lisboa, 2011. Dissertação de Mestrado em Saúde Tropical.
- CASTRO CARDOSO, Maria. *Importância da criação de infraestruturas e da formação de recursos humanos no desenvolvimento: Os casos de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), 2005. Dissertação de Doutoramento em Estudos Africanos.
- CRAVO, C. et al. *Estudo Diagnóstico das ONG em São Tomé e Príncipe.* Lisboa: IPAD, 2010. ISBN 978-989-96229-4-4.
- EMPIS, Maria. *A Fixação de Profissionais de Saúde nos Países em Desenvolvimento: o Problema da Sustentabilidade no Projeto «Saúde para Todos» em São Tomé e Príncipe.* Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional.
- FORTIN, Marie. *O Processo de Investigação: da concepção à realização.* 5ª ed., Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 972838310X.
- FREITAS, Paulo, et al. *Saúde Para Todos: Mudando o Paradigma de Prestação dos Cuidados de Saúde em São Tomé e Príncipe: Estudo de Caso.* Lisboa: Edições IMVF, 2010. ISBN 978-989-95775-96.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Época Clássica.* 3ª ed., Tradução de José Teixeira Coelho NETTO. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- GEERTZ, Clifford. On the Nature of Anthropological Understanding: Not extraordinary empathy but readily observable symbolic forms enable the anthropologist to grasp the unarticulated concepts that inform the lives and cultures of other peoples. *American Scientist.* 1975, vol. 63, Nº 1, pp. 47-53.
- GEERTZ, Clifford. From the Natives Point of View: On the Nature of Anthropological Understanding. In: Paul RABINOW e William SULLIVAN. *Interpretive Social Science. A Reader.* Berkeley: University of California Press, 1979, pp. 225-242.
- GILES, Linda. Possession cults on the Swahili coast: a re-examination of theories of marginality. *Africa* [Em Linha]. 1987, vol. 57, pp.234-258. Disponível em <http://journals.cambridge.org/action>
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* 7ª ed., São Paulo: Perspectiva, 2001. ISBN: 9788527302029.
- GOSTIN, Lawrence. Human Rights of persons with mental disabilities: The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry* [Em Linha]. 2000, vol.23, nº 2, pp.125-159. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- HONWANA, Alcinda Manuel. *Espíritos vivos, tradições modernas. Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no Sul de Moçambique.* Tradução de Orlando MENDES. Maputo: Ela por ela, Promédia Colecção Identidades, 2002. ISBN: 9789729881985.
- HORWITZ, Alan. *Creating Mental Illness.* Chicago: The University of Chicago Press, 2002. ISBN 0-226-35382-6.

- HUGHES, Charles. The Glossary of 'Culture-Bound Syndromes' in DSM-IV: A critique. *Transcultural Psychiatry* [Em Linha]. Setembro 1998, vol. 35, nº3, pp. 413-421. Disponível em <http://tps.sagepub.com/content/>
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Bonsucesso: Nova Fronteira, 1975.
- INE-STP. *São Tomé e Príncipe em Números, São Tomé e Príncipe*. São Tomé: Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, 2006.
- INE-STP. *IV Recenseamento geral da População e Habitação*, 2012.
- INGHAM, Jonh. *Psychological anthropology reconsidered*. New York: Press Syndicate of the University of Cambridge, 1996. ISBN 0 521 55 107 2.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*. Part B: *Medical Anthropology* [Em Linha]. 1978, vol. 12, pp. 85-93. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article>.
- KLEINMAN, Arthur. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books, 1989. ISBN 0465032044.
- KLEINMAN, Arthur. *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. London: University of California Press, 1995. ISBN 0-520-20099-3.
- LANCET Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet* [Em Linha]. 6 Outubro 2007, vol. 370, pp.1241-1252. Disponível em: <http://www.thelancet.com>
- LAPANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fortes, 2004. ISBN 9788533619708
- LEIRIS, Michel. *La possession e ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar*. 1958. ISBN 2862620386.
- LEWIS, Ioan. *Ecstatic Religions. An Anthropological Study of Possession and Shamanism*. London: Penguin Books, 1971. ISBN 0140212779.
- LEWIS, Ioan. *Religion in the Context: Cults and Charisma*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. ISBN 0 521 56234.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, Roberto. The Proposed DSM-IV Trance and Possession Disorder Category: Potential Benefits and Risks. *Transcultural Psychiatry* [Em Linha]. 1992, vol. 29, pp. 301-317 . Disponível em <http://tps.sagepub.com/content/>
- LEWIS-FERNÁNDEZ, Roberto. A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section. *Transcultural Psychiatry* [Em Linha]. Setembro 1998, vol. 35, nº 3, pp. 387-400. Disponível em <http://tps.sagepub.com/content/>
- LOCK, M. e SCHEPER-HUGHES, N. The Mindful body: a Prolegomenon to Future in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. N.S., 1987, vol.1, nº1, pp. 6-41.
- LUTZ, Catherine. Depression and the Translation of Emotional Worlds. In: A. KLEINMAN e B. GOOD, eds. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985, pp.63-100. ISBN 0-520-05883-6.
- MAIA, Teresa e LOURENÇO, Alexandra. *Missão de Psiquiatria em STP* [Em Linha]. 2011, Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/443/1/>
- MINISTÉRIO DO PLANO E FINANÇAS STP. *Estratégia Nacional de Redução da Pobreza* [Em Linha]. 2002. Disponível em http://www.juristep.com/relatorios/estrategia_reducao_pobreza.pdf

- NASCIMENTO, Augusto. A difícil luta contra a pobreza em São Tomé e Príncipe. In: Cristina RODRIGUES e Ana BÉNARD da COSTA, cords. *Pobreza e Paz nos PALOP*. Porto: Sextante Editora, 2010. ISBN: 978-989-676-007-6.
- NUNES, Berta. *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1997. ISBN: 9789727541003.
- OBEYSEKERE, G. Depression, Buddhism, and the work of culture in Sri Lanka In: A. KLEINMAN e B. GOOD, eds. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985, pp.134-152. ISBN 0520058836.
- OMS. *Definição de Saúde segundo a OMS*. 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- OMS. *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata*, Moscovo [Em Linha]. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- OMS. *Mental Health Atlas* [Em Linha]. 2000. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1.pdf
- OMS. *Mental Health Atlas* [Em Linha]. 2005. Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf
- OMS. *Mental Health: a state of well-being* [Em Linha]. 2011a. Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- OMS. *Declaração do Painel de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não-Transmissíveis* [Em Linha]. 2011b. Disponível em: <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/ncd-infocus/declaration-ncds.html>
- OMS. *Mental Health Atlas* [Em Linha]. 2011c. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
- OMS. *Life expectancy: Life tables Sao Tome and Principe* [Em Linha]. 2011d. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/view.main.61430>
- OMS. *São Tome and Principe statistics summary (2002 - present)* [Em Linha]. 2012. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/view.country.17300>
- ONU. *Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental*. 1991. Disponível em <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>
- ONU. *Millennium Development Goals 2015* [Em Linha]. 2000. Disponível em: www.un.org/millenniumgoals/
- PATEL, Vikram. Recognition of common mental disorders in primary care in African countries: should "mental" be dropped?. *The Lancet* [Em Linha]. 16 Março 1996, vol. 347, pp.742-744. Disponível em: <http://www.thelancet.com>
- PATEL, Vikram. Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe. *BMJ* [Em Linha]. 24 Fevereiro 2001, vol.322, pp. 482-484. Disponível em <http://www.bmjjournals.com>
- PATEL, Vikram. *Where There Is No Psychiatrist. A mental health care manual*. London: Gaskell, 2002. ISBN 1-901242-75-7.
- PATEL, Vikram et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine* [Em Linha]. 1999, vol. 49, pp. 1461-1471. Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>

- PATEL, Vikram et al., Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomizes controlled trial. *The Lancet* [Em Linha]. 4 Setembro 2007, pp.44-57. Disponível em: <http://www.thelancet.com>
- PATEL, Vikram et al., Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet* [Em Linha]. 18 Dezembro 2010, vol. 376, pp.2086-2095. Disponível em: <http://www.thelancet.com>
- PATEL, Vikram e KLEINMAN, Arthur. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, vol. 81, nº8, pp. 609-615
- PNUD. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. A ascenção do sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado* [Em Linha]. 2013. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>
- PRINCE, Martin et al. No health without mental health. *The Lancet* [Em Linha]. 8 Setembro 2007, vol. 370, pp.859-877. Disponível em: <http://www.thelancet.com>
- PUJADAS I MUÑOZ, Joan. La etnografía como proceso de investigación. La experiencia del trabajo de campo. In PUJADAS I MUÑOZ, et al. *Etnografía*. Barcelona: Editorial UOC, 2010.
- PUSSETTI, Chiara. Il teatro degli spiriti. Possessione e performance nelle isole Bijagó della Guineia Bissau. In: Ugo FABIETTI, dir. e Cecilia PENNACINI, cord. *Antropologia. Annuario. La Possessione*. Roma: Meltemi editore, 2001, pp. 99-118.
- PUSSETTI, Chiara. *Poetica delle emozioni: I Bijagó della Guineia Bissau*. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli, 2005. ISBN: 8842078077
- PUSSETTI, Chiara. A Patologização da diversidade. Uma Reflexão Antropológica sobre a noção de Culture-Bound Syndrome. *Etnográfica* [Em Linha]. 2006 vol. 10, nº1, pp.5-40. Disponível em <http://cria.org.pt/site/revista-etnografica.html>
- PUSSETTI, Chiara. Ethnographies of new clinical encounters: immigrant's emotional struggles and transcultural psychiatry in Portugal. *Etnográfica* [Em Linha]. Fevereiro 2010a, vol.14, nº1, pp.115-133. Disponível em <http://cria.org.pt/site/revista-etnografica.html>
- PUSSETTI, Chiara. Identidades em Crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade* [Em Linha]. 2010b, vol. 19, nº1, pp. 94-113. Disponível em <http://www.revistas.usp.br>
- PUSSETTI, Chiara. Corações queimados: A dor da memória nas narrativas de pacientes Bijagós. In: Luís SILVA PEREIRA e Chiara PUSSETTI, cord. *Os saberes da cura. Antropologia da doença e práticas terapêuticas*. Lisboa: Edições ISPA, 2009, pp.193-227. ISBN: 978-972-8400-94-1.
- PUSSETTI, Chiara e BORDONARO, Lorenzo. Tori e Piroghe. Genere e antropo-poiesi tra i Bijagó della Guineia Bissau. In: Francesco REMOTTI, cord. *Forme di umanità*. Milão: Paravia Bruno Mondadori Editori, 2002, pp.95-128. ISBN 8842495794.
- QUARTILHO, Manuel. *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 9728717008.
- RODRIGUES, Abel. Medicina Tradicional versus Mindjan Mato versus Curandeiros em São Tomé. In: Brígida BRITO, coord. *Desenvolvimento Comunitário: Das Teorias à Prática. Turismo, Ambiente e Práticas Educativas em São Tomé e Príncipe*. Lisboa: Gerpress, 2009. 978-989-96094-0-2.
- ROUCH, Jean. *Les Maîtres Fous*. Les Films de la Pleiade [production Company], 1954.
- SALVATERRA, Jerónimo. Magungo. *Mitos e culturas santomenses*. 2ªed., São Tomé e Príncipe: Embaixada do Brasil na República Democrática de S. Tomé e Príncipe, 2009.

- SAXENA, Shekhar, et al. Resources for mental health: scarcity, inequity and inefficiency. *The Lancet* [Em Linha]. 8 Setembro 2007, vol. 370, pp.878-889. Disponível em: <http://www.thelancet.com>
- SEIBERT, Gerhard. *Camaradas, Clientes e Compadres. Colonialismo, Socialistas e Democratização em São Tomé e Príncipe*. 2ª ed., Tradução Ferreira MARQUES e Ana Mafalda DOURADO. Lisboa: Assírio Bacelar, 2002. ISBN 972-699-698-8.
- SILVA PEREIRA, Luís. Medicinas paralelas e prática social. *Sociologia, Problemas e Práticas* [Em Linha].., 1993, vol. 14. pp.159-175. Disponível em <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/26/263.pdf>
- SILVA PEREIRA, Luís. *Médico, Xamã ou Ervanária?* Lisboa: ISPA, 2000. ISBN 972-8400-23-3.
- SMITH, Mark. *Social Science in question*. London: The Open University, 1998. ISBN: 0 7619 6041-4.
- SPIEGEL, David et al. Dissociative Disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety* [Em Linha]. 2011, vol. 28, 824-852, pp.824-846. Disponível em <http://www.wileyonlinelibrary.com>
- SUMMERFIELD, Derek. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?. *BMJ* [Em Linha]. 3 Maio 2008, vol. 336, pp. 992-994. Disponível em <http://www.bmj.com>
- TOMLINSON, Mark et al. Setting priorities for mental health research. *Bulletin of the World Health Organization* [Em Linha]. 16 Abril 2009, vol. 87, pp. 438-446, Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/en/>
- ÜSTÜN, T. Bedirhan. The Global Burden of Mental Disorders. *American Journal of Public Health*, Setembro 1999, vol. 89, nº9, pp.1315-1318.
- VALVERDE, Paulo. *Máscara, Mato e Morte em São Tomé*. Oeiras: Celta Editora, 2000. ISBN 972-774-095-2.
- WAKEFIELD, Jerome. The Concept of Mental Disease. On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist* [Em Linha]. Março 1992, vol. 42, nº3, pp. 373-388. Disponível em <http://data.psych.udel.edu/abelcher/>
- WENDL, Tobias. Slavery, Spirit Possession & Ritual Consciousness. The Tchamba cult among the Mina in Togo. In: Heike BEHREND and Ute LUIG, eds. *Spirit Possession. Modernity & Power in Africa*. Oxford: James Currey, 1999, pp. 111-123. ISBN 0852552580.