

KARINA FERREIRA DE OLIVEIRA

COMO COOPERAR NA DOENÇA MENTAL NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO?

SAÚDE EM TRADUÇÃO E COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO, 2010

KARINA FERREIRA DE OLIVEIRA

COMO COOPERAR NA DOENÇA MENTAL NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO?

SAÚDE EM TRADUÇÃO E COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO, 2010

KARINA FERREIRA DE OLIVEIRA

COMO COOPERAR NA DOENÇA MENTAL NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO?

SAÚDE EM TRADUÇÃO E COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE

Orientador. Prof. Dr. Paulo Castro Seixas

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre
em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento.

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO, 2010

SUMÁRIO

O presente estudo nasce da análise da prática de um projecto de cooperação. Assim, procura explorar a realidade da cooperação em saúde no contexto dos países em desenvolvimento, especificamente tomando Timor-leste como estudo de caso. A expressão *como cooperar na doença* que o título propõe relaciona-se com a questão entre o transpor de modelos globais de saúde ou o traduzir modelos locais.

Neste enquadramento, são objectivos deste estudo compreender a relação dos sistemas ideológicos, o relativo à saúde e à doença no Ocidente (descrito pelas teorias) e o Timorense (resultante da análise) e a importância da sua análise para uma cooperação responsável e eficiente. Não é das suas semelhanças ou diferenças que se centra este estudo mas da sua tradução (resultados).

Trata-se de um estudo exploratório de carácter descritivo qualitativo. A metodologia adoptada é de carácter etnográfico. As técnicas de observação e conversação resultam no diário de campo como instrumento base. O estudo abrangeu uma comunidade geograficamente concertada, sub-distrito de Laclubar, distrito de Manatuto e utilizou-se uma amostra por tipicidade.

Como resultados é perceptível que Timor-leste não enfrenta apenas o desafio das doenças relacionadas com a pobreza extrema. Preservar a sua identidade, as suas tradições e os seus valores, em relação com normas de saúde tidas como universais, é também um desafio para o país. Em saúde mental as potenciais estratégias passam pela intervenção comunitária, criando condições que permitam os profissionais de saúde trabalhar com as comunidades. Defende-se que consciência cultural (cultural awareness) em saúde, e especificamente dos seus processos de tradução cultural, é um elemento determinante a viabilidade e sustentabilidade de cooperação eficiente e responsável.

RESUMO (TETUM)

Estudu idane'e mosu husi analize ba lalaók projectu kooperasaun nian ida. Nune'e, estudu, ne'e buka atu esplora realidade kona-ba kooperasaun iha saude iha kontestu nasaun sirane'ebé iha dalan ba desenvolvimentu, no horaa liuliu ba Timor-leste nu'udar estudo ba kazu. Lianfuan sira iha titulo nia laran "*como cooperar na doença*", iha relasaun ho kestaun kona-ba se atua "foti modelu glob'al sira saude nian" ka tradús modelu lokak sira".

Objetivu sira husi estudu ida-ne'e inklui komprende relasaun entre sistema ideolójiku sira, ida kona- ba saúde no moras iha Osidente (hakerek iha teoria sira) no ida Timoroan sira-nian (rezulta husi análize), no mós importánsia hodi hanoin kona-ba ne'e atu hala'o kooperasaun responsavel i eficiente. Estudu ne'e la foka ba saida maka hanesan i la hanesan, maibé haree liuliu ba nia tradusaun (rezultadu sira).

Ida-ne'e estudu esploratóriu deskritivu i kualitativu. Metodolojia ne'ebé uza hanesan etnografia nian. Husi téknika observasaun no ko'alia, mosu diáriu iha terrenu ne'ebé sai hanesan instrumentu-baze. Estudu ne'e ko'alia kona-ba comunidade ida ne'ebé hela iha sub-distritu Laklubar, distritu Manatutu, no uza amostra tuir tipisidade.

Nu'udar rezultadu sira husi estudu ne'e ita bele komprende katak timoroan sira la hasoru de'it dezafiu ne'ebé mosu husi moras relasiona ho kiak aat tebetebes. Mantein sira-nia identidade, lisan no valór oioin Timor nian rasik, iha relasaun ho norma saúde ne'ebé ita baibain konsidera universál, ne'e mós dezafiu ida ba nasaun ida-ne'e. Iha área saúde mental, estratégia ne'ebé bele uza liu husi intervensaun iha comunidade, hodi hamosu kondisaun sira di'ak atu fó biban ba profesionál saúde sira atu serbisu iha comunidade sira-nia leet. Estudu ne'e defende katak konxiénsia kulturál (*cultural awareness*) iha saúde, no liuliu kona-ba prosesu oioin tradusaun kulturál nian, mós elementu importante tebetebes ba viabilidade i sustentabilidade ba kooperasaun responsavel no eficiente.

ABSTRACT

This study arises from an analysis of the practice of a cooperation project. Thus, it explores the reality of cooperation in health in the context of developing countries, specifically taking East Timor as a case study. The expression, *how to cooperate in disease*, suggested in the title relates to the question of whether to incorporate global health models or to translate local models.

This is a qualitative descriptive exploratory study. The methodology adopted is ethnographic. The observation and conversation techniques culminate in a field journal as a base tool. The study covered a geographically concerted community, the sub-district Laclubar district of Manatuto and used a typical sample.

Within this framework, the goals of this study are to understand the relationship between ideological systems, the relative health and disease in the West (described by the theories) and in East Timor (resulting from the analysis) and the importance of their analysis to a responsible and efficient cooperation. The current study does not focus on their similarities or differences, but rather on results.

As a result it is apparent that East Timor faces not only the challenge of diseases related to extreme poverty. The preservation of its identity, traditions and values in relation to health standards taken as universal, is also a challenge for the country. In mental health, potential strategies might be related to community intervention, creating conditions for health professionals working with communities. It is claimed that cultural awareness in health, and specifically the processes of cultural translation, is a key factor in the viability and sustainability of efficient and responsible cooperation.

RESUMEN

Este estudio surge del análisis de la práctica de un proyecto de cooperación. Por lo tanto, explora la realidad de la cooperación en materia de salud en el contexto de los países en desarrollo, tomando, específicamente, Timor-leste como caso de estudio. La expresión "*Cómo cooperar en la enfermedad*", a la que el título se refiere, propone la alternativa entre transponer los modelos globales de salud mundial o traducir los modelos locales.

En este marco, los objetivos de este estudio son comprender la relación de los sistemas ideológicos, lo relativo a la salud y a la enfermedad en el Occidente (descritos por las teorías) y el de Timor-leste (resultante del análisis), y la importancia de su análisis para una cooperación responsable y eficiente. El estudio no se centra en las semejanzas o en las diferencias, sino en su traducción (los resultados).

Se trata un estudio exploratorio de carácter cualitativo descriptivo. La metodología adoptada es de carácter etnográfico. Las técnicas de observación y de conversación resultan en un estudio diario de campo como herramienta base. El estudio abarcó una comunidad geográficamente concertada, el sub-districto de Laclubar, del distrito de Manatuto y utilizó una muestra por tipicidad.

Como resultados, se desprende que Timor-leste no sólo enfrenta al reto de las enfermedades relacionadas con la pobreza extrema. Preservar su identidad, sus tradiciones y sus valores en relación con las normas sanitarias adoptadas como universales, es también un desafío para el país. En salud mental, las posibles estrategias son la intervención en la comunidad, creando condiciones para que los profesionales de la salud puedan trabajar con las comunidades. Se argumenta que la conciencia cultural (cultural Awareness) en la salud y, específicamente, sus procesos de traducción cultural, son un factor determinante en la viabilidad y sustentabilidad de una cooperación eficaz y responsable.

“Agora veremos com um espelho e de maneira confusa,

mas depois veremos face a face”

1Cor 13, 12

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. QUE DESENVOLVIMENTO?	15
2. DA ACÇÃO À INVESTIGAÇÃO	22
2.1. RELATO “EX-POST” FACTO: REFLEXÕES SOBRE COOPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM TIMOR-LESTE	22
2.1.1. Considerações iniciais	23
2.1.2. O início: enquadramento e intervenientes	23
2.1.3. Interveniente: eu, enfermeira em Timor-leste	24
2.1.4. Circunstância em análise: do ideal ao real	26
2.1.5. Da circunstância à intervenção em saúde mental	28
2.1.6. Da intervenção à investigação	29
2.2. METODOLOGIA	30
2.2.1. Objectivos do estudo	31
2.2.2. Processo de pesquisa	31
2.2.3. Condições da investigação: inserção no terreno	34
2.2.4. Questões éticas	35
3. A VISÃO OCIDENTAL DA SAÚDE MENTAL. AS TEORIAS	36
3.1. BREVE ABORDAGEM DE SAÚDE/DOENÇA	36
3.2. DE NORMAL À PATOLÓGICO	38
3.3. CONSIDERAÇÕES INTERNACIONAIS DA SAÚDE MENTAL	39
3.4. BREVE ABORDAGEM DE CULTURA E SISTEMAS CULTURAIS	40
3.5. A DIMENSÃO CULTURAL DA LOUCURA E A DIMENSÃO PSIQUIÁTRICA DA CULTURA	41
3.5.1. O papel do cuidador em sistemas culturais	42
3.6. TRADUÇÃO DA TRADIÇÃO	44
4. A VISÃO TIMORENSE DA SAÚDE MENTAL. A ANÁLISE	46
4.1. A SAÚDE MENTAL EM TIMOR-LESTE	48
4.1.1. Conceito <i>Bulak</i>	48
4.1.2. Comportamento/manifestação associadas a <i>Bulak</i>	49
4.1.3. Classificações de <i>Bulak</i>	50
4.2. AS CAUSAS	51
4.2.1. Limites da interpretação	53
4.3. TRATAMENTO	55
4.4. O CONTEXTO FAMILIAR	58

4.5. ALGUNS ASPECTOS DA INTERACÇÃO SOCIAL E DA VIDA QUOTIDIANA	60
4.6. A SAÚDE MENTAL E CRENÇAS EM TIMOR-LESTE: O ANIMISMO E A IGREJA CATÓLICA	62
4.7. UNIVERSO DOS SENTIDOS EM SAÚDE MENTAL	63
5. A SAÚDE MENTAL E A COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE. RESULTADOS EM DIÁLOGO	66
5.1. A SAÚDE EM TRADUÇÃO	67
5.1.1. Profano ou Sagrado?	67
5.1.2. Ciência ou Tradição? Os dicionários ou os <i>Katuas</i>?	68
5.1.3. <i>Matan-dook</i>: união ou separação?	70
5.1.4. Mudança de paradigma?	72
5.1.5. Inclusão ou exclusão?	74
5.1.6. <i>Fó-hatene</i> ou <i>fó moral</i>?	74
5.1.7. Dilemas em Timor-leste?	75
5.2. DA TRADUÇÃO EM SAÚDE À COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE	76
5.2.1. A visão dos timorenses da cooperação em saúde	77
5.2.2. Traduzindo modelos globais em modelos locais de saúde	78
5.3. MEDIAÇÃO CULTURAL EM COOPERAÇÃO	87
5.2.1 O cooperante enquanto mediador cultural?	88
5.2.2. Como mediar diversidade cultural?	89
5.4. FORMAR PARA DESENVOLVER: <i>CAPACITY BUILDING</i>	91
CONCLUSÕES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	
Anexo I. Glossário de tétum	
Anexo II. Diário de campo - <i>Traduções em Saúde Mental</i>	
Anexo III. Representações Culturais	
ÍNDICE DE DIAGRAMAS	
Diagrama 1. Saúde Mental e Desenvolvimento	20
Diagrama 2. Grupos Representativos	33
Diagrama 3. Mediação em Cooperação	91

LISTA DE ABREVIATURA

Cor – Carta de S. Paulo ao Coríntios.

CBS - Culture Bound Syndromes

DSM -Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

ICD - International Classification of Disease and Related Health Problems

IDH – Índice Desenvolvimento Humano

IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

GHP – Gross Happiness Product

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM – Objectivos do Desenvolvimento do Milénio

OH – Ordem Hospitaleira

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não governamental

ONGD – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UE – União Europeia

UFP – Universidade Fernando Pessoa

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

INTRODUÇÃO

Esta investigação nasce das análises e reflexões sobre um projecto de cooperação procurando explorar a realidade da cooperação em saúde no contexto dos países em desenvolvimento, nomeadamente em Timor-leste. A expressão *como cooperar na doença mental* que o título propõe relaciona-se com a questão entre o transpor da mera aplicação de modelos globais de saúde e a de traduzir modelos locais.

Em Timor-leste, há quem diga que foram os Irmãos de São João de Deus¹ que levaram a doença mental para Laclubar². O índice de incidência e prevalência da doença mental é baixo em todo o território de Timor-leste. Laclubar tem um dos maiores indicadores do País. O distrito de Manatuto, constituído por 6 sub-distrito, em Maio de 2009 apresentava os seguintes dados: Manatuto 39 doentes; Lacro 21 doentes; Laleia 13 doentes, Soibada 19 doentes e Natarbora 22 doentes. Em Laclubar estavam identificados e acompanhados 74 doentes mentais. Que leitura para estes números?

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento pode reconfigurar estruturas políticas, sociais, educacionais e de saúde de um Estado. Através da Cooperação e dos seus cooperantes, na lógica das teorias do desenvolvimento, é possível a implementação de modelos globais de saúde e a promoção de mudanças de comportamento em prol do desenvolvimento local, interagindo, desta forma, ideias/valores internacionais com conceitos sociais/locais. Cabe perceber se, nesta relação, a própria Cooperação Internacional coopera ou intervém. Isto é, se desenvolve modelos de saúde empíricos, ou traça caminhos em conjunto com os modelos de saúde local (tendo em conta o contexto cultural, económico-social, ...) em conjunto com a comunidade em que está presente. Estas questões também se colocam no âmbito da saúde mental.

Existe uma verdade que é defendida pela grande maioria dos intervenientes da cooperação, quando não conduzida pela compreensão global das questões culturais da comunidade alvo é uma cooperação com tendência para o fracasso. A consciência cultural (cultural awareness) é um elemento determinante para a viabilidade e a sustentabilidade da construção do seu próprio Estado.

¹ Organização Não Governamental para o Desenvolvimento em Timor-leste, desde 2004.

² Sub-distrito que se localiza num vale montanhoso no distrito de Manatuto, a 4 horas da capital.

A cultura fornece modelos de e para os comportamentos humanos relativamente ao binómio saúde-doença. Não entender os padrões culturais, modelos tradicionais e intervir apenas segundo uma perspectiva de doença-patologia dificulta a implementação de estratégias/programas de saúde.

Em Timor-leste, em simultâneo com as dinâmicas instituídas pelo Ministério da Saúde, são usadas práticas de medicina tradicional para a resolução de problemas de saúde. A OMS (1978), na Declaração Alma-Ata, reconhece esta situação e propicia uma política de integração em cuidados de saúde primários³. O plano nacional das estratégias em saúde mental não faz referência a esta integração.

É criado assim um dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor da tradição, e na passagem oral da cultura que vem dos antepassados e a convicção de seguir as origens e o tradicional, e por outro lado, a crença (im)posta pelos intervenientes da acção e cooperação humanitária nos diversos modelos propostos, internacionalmente aceites: a nova visão da saúde, do género, da dignidade humana, a igualdade no acesso a saúde, a continuidade de cuidados, etc...

Surtem então uma questão fundamental. Em articulação com o Ministério da Saúde de Timor-leste, que tipo de intervenção é necessário para Timor-leste: instituída internacionalmente por ONG's ou uma (re)solução baseada em modelos locais? Também se pode reflectir sobre a influência que os cooperantes colocam têm, nas suas intervenções, na problemática da doença mental. Colocam-se várias questões que implicam a perguntam: terão levado os expatriados a 'doença mental' para Timor-leste?

O estudo aqui apresentado inicia-se com interpretações pessoais, enquanto cooperante, na área da saúde mental em cooperação. No contacto com o povo timorense e nas intervenções em saúde foram identificadas situações de doenças e modelos terapêuticos que precisam de ser analisados.

Os estudos antropológicos têm uma longa tradição e são variadíssimos os realizados em Timor-leste. Porém, estes estudos centram-se apenas na visão da cultura timorense. O

³ Declaração Alma Ata (1978, p. 2). “*Os cuidados de saúde primários baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipa de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade*”

presente estudo pretender ir para além desse conhecimento. Ao compreender a complexidade cultural e os sistemas de assistência em saúde mental em Timor-leste, procura entrar nesse diálogo, ou seja nesse cruzamento de lógicas: colocar o sistema cultural da saúde mental timorense ao nível das concepções de saúde ditas universais, mediadas pela cooperação internacional, possibilita que tais sistemas sejam reflectidos conjuntamente. Posteriormente pretende-se identificar que estratégias poderão ser implementadas, no quadro da cooperação, para uma cooperação responsável e eficiente.

Trata-se assim de um estudo exploratório de carácter descritivo qualitativo. A metodologia é de carácter etnográfico. As técnicas de observação e conversação resultam no diário de campo como instrumento base (anexo II). O âmbito da observação abrange uma comunidade geograficamente concertada (sub-distrito de Laclubar, distrito de Manatuto). Utilizou-se uma amostra tipicamente por julgamento e por tipicidade.

Este estudo encontra-se dividido em cinco partes. É iniciado com um capítulo elucidativo sobre *que desenvolvimento?* Sem pretender aprofundar estas teorias, reflecte as teorias de desenvolvimento e salienta que existem factores (como a cultura) que condicionam o desenvolvimento e simultaneamente a saúde.

O segundo capítulo é a descrição do caminho *da acção à investigação*. A investigação nasce a partir de um projecto de cooperação em saúde mental e da necessidade de reflectir e analisar práticas. Este capítulo tem dois momentos, o relatório “ex-post” facto, uma equação pessoal realizada enquanto cooperante que expõe as questões da prática e que proporcionaram a equação do segundo momento, a metodologia de investigação.

A visão da saúde mental ocidental é descrita no capítulo seguinte. Reflecte-se sobre as teorias em saúde mental e sobre a questão da cultura. Em linguagem de cooperação pode ser entendido com as directrizes para o enquadramento de projectos em saúde mental em contexto transcultural pela visão dos doadores.

O capítulo quatro apresenta *A visão timorense da saúde mental*, resultante da análise de dados. Em Timor-leste, a doença mental é associada a uma condição, *bulak*. O sistema de crença vigente (*lisan*) remete-nos para uma interferência sobrenatural sagrada (*lulik*) das entidades anímicas da natureza, com maior ou menor influência nas manifestações de saúde/doença mental que influencia o tratamento.

Da interpretação da análise de dados resulta o capítulo cinco *A Saúde mental e Cooperação em Timor-leste. Resultados em Dialogo*. São quatro as áreas em análise: a saúde em tradução, reflexões sobre os sistemas de valores culturais em Timor-leste; a cooperação em saúde mental, apresentado linhas orientadores para uma intervenção comunitária; a mediação cultural e a importância de uma consciência cultural em cooperação e por ultimo, a capacitação humana, como condição para potencializar recursos humanos em Timor-leste.

Ao longo do estudo são levantadas questões que poderão ser pertinentes para futuras investigações. As conclusões reflectem uma visão global destas questões e da saúde mental em Timor-leste.

Com este presente trabalho, é possível entender que a consciência cultural em saúde é um elemento determinante para a viabilidade e sustentabilidade de uma cooperação eficiente e responsável. Timor-leste não enfrenta apenas o desafio das doenças relacionadas com a pobreza extrema. Preservar a sua identidade, as suas tradições e os seus valores, em comunhão com as normas aceites internacionalmente, é também um desafio para o país. Em saúde mental as potenciais estratégias passam pela intervenção comunitária, criando condições que permitam aos profissionais de saúde trabalhar com e para as comunidades, não associando apenas a saúde mental às perturbações mas ao bem-estar geral das populações.

CAPITULO 1

QUE DESENVOLVIMENTO?

O desenvolvimento “*mobilizador de vontades e de mudança de transformação das sociedades e dos indivíduos*”⁴ permite avaliar também o nível de progresso e de bem-estar. Mesmo com o aumento da ajuda internacional a nível do desenvolvimento e com a definição de estratégias (ex: Objectivos do Desenvolvimento do Milénio) a qualidade de vida das nações mais pobres pouco mudou nos últimos tempos. É uma realidade simples, mas que leva a alguma reflexão. De que desenvolvimento falamos?

Do ponto de vista teórico, o conceito de desenvolvimento é de natureza multidimensional e encontra-se directamente associado ao conceito de progresso, bem-estar, felicidade, realização, igualdade de oportunidades, oportunidade de escolha e justiça. Desta forma, o processo de desenvolvimento implicaria que a equidade se constituísse como parte integrante na sua concretização. Contudo, a história tem revelado uma realidade que contraria este princípio (Cunha, 2008). Observou-se que o processo de desenvolvimento pode traduzir-se num agravamento das desigualdades quer ao nível económico, como social e político (Amaro, 1990).

O conceito de desenvolvimento nasce com o fim da segunda guerra mundial⁵. Os primeiros contributos surgem com economistas. Arthur Lewis (1955) com a teoria sobre o crescimento económico e Walt Rostow (1960) com a teoria do desenvolvimento, do take off até ao consumo de massas. Ambos referem a convicção da capacidade de crescimento dos países pobres, associando o desenvolvimento à industrialização e à modernização. Quer Lewis quer Rostow reforçam uma perspectiva unidimensional de desenvolvimento centrada no crescimento económico, baseado num sistema único e universal (Lopes, 2008; Amaro, 2003). Assim, o desenvolvimento é meramente crescimento económico e a cultura é, na maioria das vezes, vista como obstáculo ao próprio desenvolvimento.

⁴ Roque Amaro, 2003 p. 1.

⁵ Cunha 2008 citado por Escobar, 1995; Sanchs e Esteva, 2005

No campo prático, o questionamento da legitimidade das propostas desenvolvimentistas surgem. É visível o agravamento económico dos países do sul, o aparecimento da pobreza nos países industrializados, a consciência dos enormes custos ambientais dos modelos de desenvolvimento e o aumento do fosso entre os “ricos e os pobre” (Lopes, 2008, Amaro, 2003). As alterações mundiais no quadro político, nas estruturas económicas e sociais, decorrentes de um aumento de liberdade, aumentam a consciência de que o desenvolvimento só é possível se for centrado na realização do potencial da personalidade humana (Lopes, 2008). Colocando em causa o desenvolvimento sustentado meramente no crescimento económico.

A conferência organizada pelas Nações Unidas (1972) e a publicação do estudo do Clube de Roma intitulado “*Limits of Growth*” permitiram propor um novo indicador, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este indicador equaciona uma perspectiva multidimensional do desenvolvimento, considerando aspectos da vida para além do material (social, cultural, ambiental). O IDH baseia-se em três dimensões: a esperança média de vida, educação e qualidade de vida.

Também em 1972, o Butão Jigme Singye Wangchuck, sinalizou o compromisso de construir uma economia que serviria uma cultura única com base nos valores espirituais budistas. Cria o Gross Happiness Product (GHP). Este é baseado no desenvolvimento da sociedade humana através do equilíbrio entre o desenvolvimento material e espiritual. É um indicador centrado em quatro pilares fundamentais: desenvolvimento sustentável, preservação e promoção dos valores culturais, a conservação do ambiente e o estabelecimento de boa governança.

São exemplos de indicadores mensuráveis de desenvolvimento que surgiram, levando a que o próprio conceito se fosse transformando. Do crescimento económico ao desenvolvimento sustentável⁶, do desenvolvimento local e desenvolvimento participativo⁷ ao desenvolvimento social e desenvolvimento humano⁸ esta evolução

⁶ A partir de 1972, pela Conferencia de Estocolmo e estudo do Clube de Roma é integrada a consciência ambiental. O primeiro termo que surge é ecodesenvolvimento, passando para desenvolvimento sustentável significando “*o processo de satisfação de necessidades actuais que não põe em causa a satisfação das necessidades das gerações futuras*”. (Amaro, 2003 p. 17)

⁷ O conceito de desenvolvimento local e participativo surge nos anos 60 com técnicos da ONU designando-o, inicialmente, por desenvolvimento comunitário ou “village concept” pela OMS (Amaro, 2003).

⁸ PNUD, Relatório do Desenvolvimento Humano (1990). Documento pioneiro na definição e na metodologia para análise do desenvolvimento dos países em função das dimensões humanas. As três

traduz as diferentes perspectivas que o próprio conceito foi integrando ao longo dos tempos. Como refere Amaro (2003), esta “adaptabilidade” vai ao encontro dos factores mais privilegiados na sua concepção (ex: o ambiente, a comunidade/pessoas ou os direitos humanos/dignidade humana) e o reconhecimento que as principais instituições internacionais lhe proporcionavam (ex: OCDE, Banco Mundial, EU, Nações Unidas).

No âmbito da cooperação para o desenvolvimento (ONG; Nações Unidas), são os seus técnicos que decompõem o conceito de desenvolvimento eurocêntrico para um conceito local e participativo⁹. Esta nova perspectiva surge pelo confronto sentido entre a implementação de projectos baseados em modelos ocidentais de desenvolvimento/doadores e a realidade e as necessidades das populações/beneficiários. Este conceito resulta também do cruzamento de duas contribuições decisivas: as diversas experiências de terreno (via indutiva) que demonstram a viabilidade e pertinência num contexto de globalização¹⁰ e o paradigma territorialista numa perspectiva mais académica.

O paradigma territorialista vê nas particularidades territoriais e na implicação de diferentes agentes sociais, incluindo a população, a grande estratégia para mudar o real. (Manata, 2001; Lopes, 2008). O que está em causa neste processo é referente à noção de desenvolvimento dependente, não apenas do contexto económico, mas da conjuntura política, das condições socioculturais subjacentes a cada região, onde são privilegiados os recursos endógenos (os recursos localmente disponíveis), sem afastar os factores exógenos.

dimensões detalhadas são: Vida longa e saudável (esperança de vida à nascença); Educação (taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolarização bruta combinada do ensino básico, secundário e superior); Qualidade de vida, nível de vida digno (Produto interno bruto per capita). Apesar de não conseguir avaliar indicadores como igualdade de género, desigualdades sociais e o respeito pelos direitos humanos e liberdade política, consegue obter uma visão alargada do progresso humano e da complexa relação entre os rendimentos e o conceito de bem-estar (Lopes, 2008).

⁹ Desenvolvimento Local: “O processo de satisfação de necessidades e de melhoria das condições de vida de uma comunidade local, a partir essencialmente das suas capacidades, assumindo aquela o protagonismo principal nesse processo e segundo uma perspectiva integrada dos problemas e das respostas” Amaro (2004, p.18) citando Amaro (1992), Houé (2001), Pacqueur (1989) e Vachon (1993).
Desenvolvimento Participativo: “Na adopção de uma metodologia participativa, nos processos de mudança e de melhoria das condições de vida das populações, desde a concepção e decisão à avaliação, passando pela execução, direcção e acompanhamento, implicando a afirmação pela cidadania, nos seus direitos e deveres” Amaro (2004, p. 18), citando Seers (1979), Ghai (1978).

¹⁰ Referido por R. Amaro, 2004 citando Bhatuagar e Williams (1992), Friedmann (1996) e Ghai (1990).

Henriques (1990)¹¹ sublinha que este último modelo é baseado na participação global dos diferentes recursos com vista à resolução das principais necessidades do território. As características locais são elementos essenciais a considerar no processo de desenvolvimento de cada região.

A lógica funcionalista encara o desenvolvimento numa perspectiva centralizadora. O objectivo é a unidade nacional com vista à obtenção do crescimento económico máximo. Desta forma, o desenvolvimento é impulsionado “*a partir de cima e propagado para baixo*” (Amaro 1990). O modelo territorialista pretende criar o inverso: a perspectiva descentralizada; Isto é, nos actores e nos recursos locais são procuradas e encontradas as soluções que promovem o processo de desenvolvimento¹².

A produção local e a manutenção dos rendimentos levam à promoção do investimento local, construindo as forças impulsionadoras para o desenvolvimento local. Após encontradas as condições necessárias para a satisfação das necessidades, pelos recursos locais, com os agentes locais é que o impulso do desenvolvimento ascende a uma escala mais elevada (local → regional → nacional). No entanto, “*não é muito viável pensar-se localmente sem se considerar as condições externas*” (Amaro, 1990, p. 45), o progresso social só é possível com a abertura ao exterior. Torna-se primordial a centralidade de uma lógica local, com agentes endógenos sem desprezar os agentes exógenos da realidade regional: “*Agir Local, Pensar Global*”

Segundo Amaro (1990), trata-se do modelo territorialista que assenta numa visão integrada e diferenciada do desenvolvimento. Realça a importância das comunidades locais, salientando as suas capacidades e necessidades; valoriza as identidades regionais e locais; destaca o desenvolvimento de formas de solidariedade e comunicação (formais ou informais); apoia-se na descentralização e promove a participação, autonomia, solidariedade e diferença.

Por natureza, é este conceito de desenvolvimento territorialista que vai de encontro à prática da cooperação para o desenvolvimento que é defendida ao longo do estudo, contudo “*o predomínio de um pensamento económico uniforme afectou quase todos os*

¹¹ Citado por Cunha 2008

¹² A este conceito também está fortemente associado o conceito de reforço de capacidades (empowerment e capacity building).

países de desenvolvimento e determinou o conteúdo e os objectivos da assistência ao desenvolvimento prestado pelos doadores”¹³.

Em atenção aos problemas com que o mundo se debatia e os desafios que o novo século apresentava, em Setembro de 2000, na Cimeira do Milénio, 189 países assinaram um único acordo global: Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM). Trata-se de um pacto entre as nações que permite combater a pobreza no mundo¹⁴. Estes objectivos são suportados por uma política internacional a concretizar até 2015. Reflectem um compromisso, sem precedentes, para combater a injustiça e as desigualdades no mundo: pobreza, analfabetismo e doenças. Tratam-se de objectivos globais, adoptados para ser concretizados por todas as nações e, ao mesmo tempo, visam uma realidade nacional para o seu êxito. Com os ODM, a saúde torna-se cada vez mais um indicador central de desenvolvimento¹⁵, dando corpo à necessidade da avaliação de práticas em saúde.

Esta avaliação em saúde é fortemente influenciada pela valorização que se coloca ou na saúde ou na doença. Ou seja, se há uma visão centrada meramente na área curativa/interventiva ou se é uma perspectiva que visa a prevenção e a promoção da saúde no indivíduo e nas comunidades. Isto porque combater a pobreza e as doenças subjacentes cria impactos nos indivíduos e nas comunidades, promover a saúde dos indivíduos produz melhorias nas condições de vida com efeitos positivos sobre o desenvolvimento.

Dodd (2006, p. 4) refere também que *"health in development' means looking at how policies across government impact on health and are affected by health"*, assim como as pesquisas desenvolvidas identificam *"bi-directional link between health and poverty reduction, namely that poor people are more likely to get ill and that better health outcomes can, in turn, generate economic growth"*.

Especificamente na área de saúde mental, a OMS¹⁶ reforça a relação existente entre a saúde mental e o desenvolvimento. Esta inter-relação é mediada também por uma série

¹³ Ricuper Rubens, 2003, pp. XIV In: Lopes, 2006.

¹⁴ Implica 8 compromissos definidos: 1 – Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2- Alcançar o ensino primário universal; 3 - Promover a igualdade de género; 4 – Reduzir a mortalidade de crianças; 5 – Melhor a saúde materna; 6 – Combater o HIV/SIDA, malária e outras doenças; 7 – Assegurar a sustentabilidade ambiental; 8 – Promover uma parceria mundial para o desenvolvimento.

¹⁵ Dos oito objectivos do desenvolvimento do Milénio três são relacionados com a saúde: Reduzir a mortalidade das crianças, Melhorar a saúde materna e Combater HIV/SIDA, malária e outras doenças.

¹⁶ http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html

de factores como: nutrição, educação, habitação, direitos humanos, capacitação, serviço, acesso aos cuidados de saúde, entre outros. A interacção mútua que liga a saúde ao desenvolvimento permite trabalhar positivamente, facilitando o envolvimento activo e bem sucedido dos indivíduos e das comunidades em desenvolvimento e negativamente, aumentando o risco de manter o ciclo vicioso da pobreza e as adversidades sociais, como ilustrado na imagem (Diagrama 1).

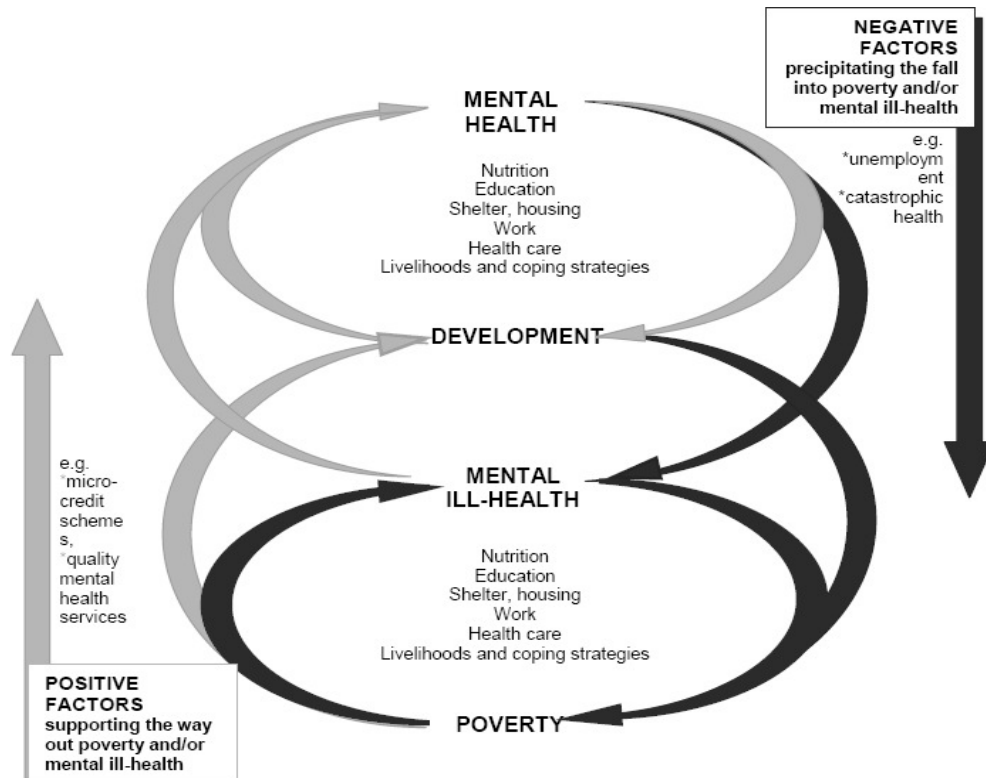


Diagrama 1. Saúde Mental e Desenvolvimento
(Fonte: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html)

Em suma, numa primeira fase o desenvolvimento é sinónimo de crescimento económico. Quando não foi vista como sinónimo, a economia servia de base às teorias do desenvolvimento como uma condição necessária da qual dependem todas as Nações. Actualmente, as áreas socioculturais, humanas e ambientais pretendem ser vistas de uma forma equitativa à economia. Vários indicadores (como os referidos anteriormente) evidenciam esta importância. A cultura mesmo não sendo facilmente mensurável, também é um elemento que propicia desenvolvimento. Incorporando a cultura no desenvolvimento é possível reconhecer o valor económico da cultura e o valor cultural da economia.

Para instaurar, modernizar e diversificar as estruturas e para assegurar o estabelecimento de sistemas com equidade social, incluindo na saúde, é necessário muito mais que aplicar questões teóricas, cuja orientação depende dos modelos conceptuais que se utilizem. Reconhecer que existem capacidades e características culturais nos países de desenvolvimento, assim como ambas precisam de ser desenvolvidas, sintetiza o reconhecimento de que as estratégias de desenvolvimento não têm de ser importadas. Haverá receitas simples para o desenvolvimento? A maturidade da análise na área do desenvolvimento revela que importa conhecer as diferentes formas de actuação, e que este processo deve ser transparente e baseado no diálogo (Lopes, 2006). Não há um modelo único e uniforme de desenvolvimento aplicável a todas as situações e a todas as realidades.

Não existem regras, prescrições ou soluções para o processo de construção do desenvolvimento. É fundamental reconhecer que a mudança de atitudes em matéria de políticas de desenvolvimento não é uma tarefa fácil. Às vezes são os interesses criados, e não os objectivos estabelecidos propriamente ditos, que determinam a natureza das iniciativas de desenvolvimento. O processo que conduz à implementação total das mudanças necessárias leva tempo e é irregular. Não devem ser esperados resultados imediatos (Lopes, 2006).

Este capítulo não pretende trazer luz à discussão sobre desenvolvimento, nem uma renovação do conceito. Pretende pôr em evidência sectores (como a cultura, características territoriais, saúde, capacitação humana) que estão em íntima articulação com o desenvolvimento propriamente dito. Abraçando estes sectores de desenvolvimento é possível assegurar uma política publica de saúde. Pois, se estes sectores não são determinantes, são mobilizadores para um acção emancipada e participativa, condicionando directa ou indirectamente os indivíduos, as suas comunidades e nesta lógica, as suas Nações.

CAPITULO 2

DA ACÇÃO À INVESTIGAÇÃO

“Todos os conhecimentos são testemunhais porque o que conhecem sobre o real (a sua dimensão activa) se reflecte sempre no que dão a conhecer sobre o sujeito do conhecimento (a sua dimensão subjectiva)”, refere Santos (2007, p. 29) Segundo o mesmo autor (1993), a ciência torna-se reflexiva no momento em que a relação sujeito-objecto é substituída pela análise da relação do sujeito, enquanto sujeito empírico, com a comunidade científica em que se integra. A reflexibilidade não é uma simples consciência temporal, é uma relação lógica. A reflexibilidade subjectiva ou personalizante privilegia o questionamento directo e em confronto entre o investigador enquanto produtor de conhecimento e o investigador enquanto homem comum que partilha os seus conhecimentos e os avalia. A reflexibilidade presente no relato procura pela via da introspecção, tornar explícitos pré-juízos, valores e opções. Coloca o limite da sua subjectividade como a objectividade do conhecimento que se pretende produzir neste estudo (Sousa, 1992).

O desenho de um processo de avaliação pressupõe que se ponha em comum dois modos de raciocinar: o da produção de conhecimento e do da gestão de programas (independentemente do domínio onde a avaliação se encontre). As metodologias de avaliação referem-se às formas deliberadas e racionalizadas de colocar questões e desafios ao processo de decisão e concepção de programas, projectos, políticas, etc. Estes processos têm por base sistemas de reflexões críticas a partir de informações recolhidas no decorrer do acompanhamento ou no término da execução (Capucha et al, 1996). Assim, é possível avaliar o trabalho a aprender com a mesma avaliação (passagem dos juízos de valor para os juízos de utilidade).

2.1. RELATO “EX-POST” FACTO: REFLEXÕES SOBRE COOPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM TIMOR-LESTE.

Uma avaliação “ex-post” incide sobre o processo interventivo após terminada uma intervenção que se pretende avaliar. É assim possível e útil sistematizar as experiências

e as actuações. A equação pessoal realizada, relato “ex-post” facto, no âmbito da cooperação em saúde e a sua avaliação, é ponto de partida para uma nova construção cognitiva (investigação).

2.1.1. Considerações iniciais

A equação pessoal apresentada descreve o contexto do projecto, as actividades desenvolvidas e as reflexões que sustentaram a prática, os dilemas pessoais e a ligação da prática com a necessidade de investigação. Centram-se no espaço temporal (Abril de 2006 a Abril de 2007) e geográfico (Timor-leste: Laclubar e Díli) onde foi realizado o projecto de cooperação para o desenvolvimento¹⁷.

2.1.2. O início: enquadramento e intervenientes

A presença dos Irmãos de São João de Deus em Timor-leste surge por um pedido da Igreja Timorense (na pessoa do Bispo da Diocese de Baucau, D. Basílio do Nascimento) à Província Hospitaleira, para uma presença/intervenção na área da saúde mental. Após visita exploratória ao terreno por parte dos Superiores da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira, em Novembro de 2002, foram percebidas as inúmeras necessidades e dificuldades em todos os campos, mas sobretudo no âmbito da Saúde Mental, área de intervenção prioritária da Ordem Hospitaleira.

No início de 2004, a Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira enviou para Timor-Leste uma equipa de religiosos, composta, numa fase inicial, por um português (Assistente Social) e um brasileiro (Psicólogo Clínico). O sub-distrito de Laclubar, no

¹⁷ Este capítulo resulta da adaptação e transcrição de vários documentos apresentados ou publicados:
- Proposta de *Protocolo de Cooperação*, entre Enfermeira Voluntária (Karina Oliveira), Irmãos de São João de Deus (pelo Irmão Vítor Lameiras), Centro de Saúde de Laclubar (Pela Enfermeira Almerinda) e a Direcção Distrital de Saúde (pelo Sr. Agapito Soares). Manatuto, Junho de 2006.
- Artigo de revista: Oliveira, Karina; Lameiras, Vítor. 2007. *Por caminhos de Laclubar: Mapeamento Socio-Sanitário*. Hospitalidade, 71 (276), 42-47.
- Comunicação proferida subordinada ao tema “*Etnografia de uma missão em Timor-leste*”, no I Simpósio de Antropoloxia: Antropoloxia ao Cooperación ao desenvolvimento, Faculdade de Humanidades de Ferrol, 8 de Abril de 2008,

distrito de Manatuto, Timor-leste, foi o local de eleição. A escolha de Laclubar deveu-se aos seguintes factores:

1. A não presença ao momento de outra equipa de religiosos no local, tornando mais necessária e pertinente esta presença.
2. As imensas dificuldades e necessidades da população em todas as áreas pastorais, com especial enfoque para a pastoral da saúde.
3. A situação geográfica, em zona de alta montanha, de difícil acesso e onde os indicadores de desenvolvimento para o país são dos mais baixos.

Esta equipa, reconhecendo que o trabalho de cooperação e de desenvolvimento é bastante amplo, com diversas áreas de intervenção e com o objectivo de responder de forma mais específica às necessidades, desenvolveu as estruturas necessárias para a criação de um novo projecto: Leigos Missionários Hospitaleiros. Trata-se de um projecto de Voluntariado Missionário para jovens que, durante um período de tempo (mínimo de um ano), se disponibilizam de forma empenhada e dedicada, a trabalhar em Laclubar, juntamente com os Irmãos de São João de Deus, nas áreas de saúde e acção social, com vista à promoção do desenvolvimento. O projecto dos Leigos Missionários Hospitaleiros teve o seu início em Abril de 2006.

2.1.3. Interveniente: eu, enfermeira em Timor-leste

Em Timor-leste, após um mês de permanência em observação em Laclubar, foi elaborado um protocolo de cooperação entre o Chefe Distrital de Saúde do Distrito de Manatuto (Sr. Agapito Soares), a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Laclubar (Enf. Almerinda Pereira), os Irmãos São João de Deus (pelo Ir. Vítor Lameiras) e por mim. Este documento estabelecia as áreas de saúde prioritárias de intervenção, no Centro de Saúde de Laclubar e de colaboração com os enfermeiros.

Nesse documento¹⁸ estava estabelecido “*não assumir nenhuma responsabilidade por qualquer área de saúde, mas colaborar nas diversas áreas, sempre que se justifique ou*

¹⁸ Documento: Proposta de Protocolo de Cooperação. Manatuto, Junho de 2006, p. 2.

seja pedida colaboração; dar prioridade à prestação de cuidados de enfermagem na área de saúde mental” num período de colaboração dos 10 meses restantes da missão.

Em Saúde Mental, conjuntamente com a enfermeira responsável local, realizámos as seguintes actividades: identificação de novos casos; acompanhamento dos casos anteriormente identificados; elaboração e registo dos processos clínicos e de enfermagem dos utentes; monitorização e realização das estatísticas pedidas pela Direcção de Saúde; encaminhamento para especialistas quando necessário (os psiquiatras apenas exercem na capital, Dili (4 horas de distância)); administração e gestão do regime terapêutico dos doentes, formação aos utentes/famílias e promoção da saúde mental.

Outras actividades de enfermagem desenvolvidas no centro de saúde foram: as visitas domiciliárias e respectivos registos em processo clínico; a articulação com as unidades de saúde, nomeadamente especialidades médicas e cirúrgicas do Hospital Nacional em Dili. Era recorrente os profissionais de saúde detectarem e tratar um doente apenas com os meios de assistência de saúde existentes na montanha. Em caso de doença grave, o doente acabava por aguardar pacientemente a morte, não sendo accionados os meios para o transporte e encaminhamento para unidades complementares necessárias.

Ao nível das outras áreas dos cuidados de saúde primários, como saúde materno-infantil, tratamentos, saúde do adulto, farmacologia, cuidados ao doente com tuberculose, implementação do processo de enfermagem, etc... o apoio estava disponível conforme as necessidades e os pedidos de ajuda, mas sem assumir nenhuma responsabilidade de coordenação, nem o “activismo¹⁹ da mudança”, visto que o período de tempo de cooperação era muito curto, e também porque a linha de actuação estava centrada na realização de actividades não criadoras de qualquer tipo de dependência de profissionais estrangeiros.

Em simultâneo, realizei ainda o mapeamento sócio-sanitário de Laclubar. Os objectivos centravam-se no levantamento das condições sócio-sanitárias das famílias, assim como conhecimento e interacção com a realidade vivida em todas as aldeias. Este levantamento foi realizado através de visitas/entrevistas a todas as famílias residentes nas 29 aldeias que compõem o Sub-distrito de Laclubar. Estas visitas permitiram

¹⁹ O termo activismos vem do uso do termo “activistas” usado, também, na prática de terreno para voluntários.

identificar casos urgentes de saúde mental e ainda mostrar à comunidade de Laclubar como é que o doente mental pode receber tratamento e pode ser igualmente inserido na comunidade. Os dados recolhidos e as interações estabelecidas permitiram organizar de uma forma objectiva e participada as intervenções necessárias nas áreas identificadas como prioritárias: a Educação e a Saúde, confirmando a necessidade urgente de priorizar a Educação para a Saúde.

A par destas actividades, foi aprovado um projecto, pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), realizado em parceria com a Fundação de Evangelização e Culturas, que tinha por objectivo melhorar a resposta da comunidade às suas necessidades básicas no âmbito dos cuidados primários de saúde, em especial os materno-infantis. Através de um programa de Formação (Programa de desenvolvimento de competências de *Educação para a Saúde – Prevenção/Redução*) e de Sensibilização (*Promoção da mulher e da criança*) na área dos cuidados de Saúde privilegiou-se a selecção e capacitação de agentes de mudança (*mulheres e jovens*) junto da comunidade.

2.1.4. Circunstâncias em análise: do ideal ao real.

Após a chegada inicial a Timor-leste, foi-me permitido um mês de adaptação, isto é, um mês unicamente para observação e integração social na comunidade, e a actuar em função das necessidades pontuais do momento. Uma adaptação que os livros sobre Timor-leste, formações presenciadas e pessoas que me falaram sobre Timor-leste, não conseguiram transmitir. Este mês foi um período de adaptação necessária. Permitiu-me a diminuição dos pensamentos críticos e dos “activismos” normais. Procurar viver ao ritmo do país onde se realiza a missão permitiu-me entrar em diálogo com a cultura do próprio país, neste caso, Timor-leste. Que aprendesse não apenas a olhar, mas a observar, e a não fazer juízos de valor logo nas primeiras horas. Permitiu-me aculturar e que a comunidade se adaptasse à minha presença. Muitas das minhas estratégias de trabalho foram estabelecidas neste mês, quando, pela observação e diálogo, foi estabelecido o levantamento de necessidades.

Desta fase destaco, como grande dilema pessoal, determinar onde estabelecer o limite entre o respeito pela cultura e o respeito pela protecção/reivindicação dos direitos

humanos. E como ver esta diferença? Sentia e sinto que, relativamente ao povo timorense, posso admirar os seus rituais fúnebres, as danças tradicionais, as formas de vestir, entre outros, mas quando se trata da dignidade humana no que toca à emancipação da mulher, ao trabalho infantil, à educação primária, à igualdade e equidade nos serviços de saúde, entre outros, é sempre difícil gerir a aceitação e a necessidade de intromissão. Existem padrões e práticas culturais do povo timorense que, segundo a visão europeia, põem em causa valores humanos. São as crianças com menos de cinco anos que vão buscar a água à fonte, logo pela madrugada, para a família inteira; são os anciãos que têm prioridade à hora da refeição e ao nível dos tratamentos de saúde; numa família de 7 filhos são escolhidos quais é que estudam, quais é que vão trabalhar nas terras e quem é que fica a tomar conta da casa, sem a mesma igualdade de oportunidades. É mais valorizada a sabedoria do ancião e, por isso, colocado em situação de destaque relativamente à vida de uma criança, pois esta ainda possui pouca sabedoria. Fazê-los compreender que cada vida tem um valor incalculável, um valor único e próprio, independentemente de ser homem, mulher, criança ou ancião, foi-me difícil. E sentia também que, por vezes, esta (in)definição em aceitar, influenciar, intervir... influenciava os julgamentos, e conseqüentemente, a forma ideal/real de actuar.

No âmbito da cooperação, compreendi lentamente que, como Pessoa, estava disposta a trabalhar num país com características próprias, devendo ser apenas um instrumento de trabalho, de serviço, de ajuda à promoção da saúde, da educação, ... e não uma solução para todos os problemas. Isto é, ser um filtro para a acção: a minha formação e a minha visão do mundo são importantes, mas, no país em que estou, a acção só pode ser validada depois de passar pelo filtro, neste caso específico, do povo timorense. A minha visão etnocêntrica é minha apenas. O sucesso da implementação e sustentabilidade dos projectos, na área de cooperação para o desenvolvimento, na educação, saúde, capacitação humana, é possível se nos desvinculamos das nossas visões pessoais e construirmos uma nova visão - um novo conceito - em conjunto com o povo. Para isto, é necessário tempo, espaço e, principalmente, aceitação do outro como actor principal no seu desenvolvimento.

No que toca à área da saúde mental, que foi a área com a minha maior participação, sinto que foi, e continua a ser, importante a intervenção. Factos que justificam esta afirmação estão intimamente relacionados com os números. Isto é, anteriormente à

chegada dos Irmãos de São João de Deus a Laclubar, e mesmo já tendo sido implementado pelo Ministério da Saúde o programa de saúde para intervenção em saúde mental (que era um programa considerado prioritário em termos de actuação), apenas estavam identificados 3 casos de doença/deficiência mental. Em 2004, as intervenções dos Irmãos de São João de Deus, como técnicos de saúde, identificaram aproximadamente 20 novos casos. No final do meu ano de trabalho em Laclubar, já tinha promovido o tratamento de mais 22 casos e 37 novos casos estavam a ser encaminhados.

O conceito timorense face à doença/deficiência mental remete para o sistema de crenças animistas vigente. Tendem a atribuir a doença mental à interferência das entidades animistas (*Rai Na'in* traduzido a letra: Senhores da Terra) ou das almas dos defuntos (*buan*). É associado um forte estigma à doença mental que conduz ao isolamento dos doentes, pelo que se torna prioritário iniciar o envolvimento da família e posteriormente da comunidade. A actuação especializada, mesmo de estrangeiros, nesta área, pode fazer com que deixe de ter apenas uma interpretação com base num sistema de crenças, e que passe também (e principalmente!) a ser entendida como uma doença que pode e tem tratamento na maioria dos casos.

2.1.5. Das circunstâncias à intervenção em saúde mental

As circunstâncias do dia-a-dia em Timor-leste levaram à implantação de uma intervenção em saúde mental condicionada pelas necessidades e pelos intervenientes existentes no momento.

As circunstâncias centram-se num quotidiano marcado por um forte isolamento vivido pelas populações, que é propiciado pela deficiência nas vias de comunicação existentes ou a inexistência das mesmas (havendo algumas aldeias acessíveis unicamente a pé ou a cavalo) e, conseqüentemente, as deficiências de acesso aos serviços que a existência das diferentes estruturas (entre as quais o centro de saúde) não conseguiu colmatar.

Tornou-se emergente a necessidade de apostar verdadeiramente num sistema de intervenção comunitária que permitisse quebrar o paradigma tradicional da actuação das equipas de saúde mental (que se limitavam a aguardar a procura da ajuda), sair das

estruturas existentes e ir ao encontro da pessoa com doença mental no seu contexto de vida, na sua comunidade, família e habitação.

As estratégias de intervenção comunitária propostas e implementadas com dificuldades traduziam-se no envolvimento dos diferentes intervenientes, constituindo uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros responsáveis pelo programa de saúde mental (expatriados e autóctones), psicólogo, assistente social e assistente espiritual.

À equipa competia a coordenação das estratégias implementadas, a coordenação da actuação dos diferentes agentes mobilizados e a sinalização e o acompanhamento dos doentes e sua família, em estreita colaboração com o médico psiquiatra deslocado em Díli e com a comunidade de base.

Tornou-se fundamental a intervenção em rede, integrando a unidade familiar, (o tipo de organização específico da família timorense (*uma-Kain*)) já que a determinação familiar e a decisão da assistência e acompanhamento que pode ser dado a alguém, depende da vontade e resolução da família, na pessoa do chefe do lar (*katuas uma-kain*).

2.1.6. Da intervenção à investigação

A intervenção comunitária, referida em *National Mental Health Strategy for a Mentally Healthy Timor-leste, 2005*, é o grande desafio e, ao mesmo tempo, a grande estrutura para melhorar os serviços e suportes em saúde, principalmente a saúde mental, em Timor-leste.

O Ministério de Saúde de Timor-leste, no tempo do decorrido do projecto, tinha como frase-guia “*O nosso hospital é a nossa comunidade*”. Esta expressão representa também, a tentativa do projecto de cooperação em saúde mental em Timor-leste. Na maioria das vezes, foi na comunidade o local onde encontrávamos os meios para a cooperação em saúde, para a definição das estratégias. O tratamento (ou na maioria das vezes a manutenção da saúde dos indivíduos em saúde mental) seguia sempre a linha da família: as suas referências, as suas capacidades, as suas vontades. Por vezes eram necessárias verdadeiras negociações com os anciãos da família (como se de uma troca se tratasse), para permitir que o doente pudesse iniciar o tratamento por técnicos de

saúde estrangeiros, acompanhados por enfermeiros timorenses. As implementações de modelos de saúde globais pareciam utopias que não encaixavam na realidade timorense.

Quando se atribui uma grande relação entre saúde mental e mitos vigentes/crenças culturalmente determinadas, a mudança não pode centrar-se exclusivamente no indivíduo e sua família, mas em todo o contexto social e cultural. Assim como, estando plenamente conscientes que uma cooperação que não é conduzida pelo entendimento global das questões culturais do meio envolvente é uma cooperação com tendência para uma deficiente efectividade dos seus objectivos e/ou mesmo o fracasso.

Torna-se urgente pensar na concepção de estratégias adequadas, permitindo uma maior aproximação da saúde mental em contexto cultural às implementações em cooperação. Desenvolvimento de competências de profissionais de saúde, acções de sensibilização, capacitação de agentes locais, programas que privilegiem o impacto da saúde mental na comunidade, estabelecimento de parcerias governamentais, entre outros, podem ser estratégias que, estruturadas, permitirão a mudança dos modelos presentes.

É possível intervir na saúde, mas para a obtenção de ganhos de saúde autênticos é necessário o conhecimento da experiência humana tal como ela é vivida e como é definida pelos próprios indivíduos, isto é, a doença-experiência. (Abreu, 2003, Craig, 1999; Kleiman, 1980; Gonçalves, 2004). Neste sentido, emergiu a necessidade de realizar um estudo que tem por base a cultura timorense, permitindo a adaptabilidade cultural da prestação de cuidados e a centralidade da resposta às necessidades, como forma de sustentar uma intervenção e que não seja desfasada da realidade presente.

2. 2. METODOLOGIA

*“O mundo social não pode ser compreendido em termos de relações causais ou leis universais. Isto deve-se ao facto das acções humanas se basearem e serem condicionadas por interpretações de carácter social: intenções, motivos, atitudes e crenças...”*²⁰. A necessidade de explorar em pormenor a complexidade das acções e relações humanas, as experiências vividas e os saberes produzidos no universo humano,

²⁰ Segundo Stew, (1996, p. 558), citado por Abreu, (2001, p. 143)

em contextos sociais e culturais específicos, são pontos de partida que aliciam a investigação. (Abreu, 2001; Moreira, 1994).

2.2.1. Objectivos de estudo

Face o exposto, para explorar e dar resposta as questões inicialmente enunciadas são estipulados os seguintes objectivos:

- Compreender a complexidade cultural e o sistema de assistência em saúde mental em Timor-leste;
- Compreender a cooperação em saúde/doença mental em Timor-leste;
- Identificar estratégias para a cooperação em saúde mental em Timor-leste;

É necessário pensar na complexidade cultural (partindo das memórias e das tradições) para a identificação das percepções, manifestações e experiências do povo timorense. Ao mesmo tempo, identificar as práticas para o tratamento da doença mental adoptadas pelo povo timorense, identificando os principais actores na intervenção nos sistemas de assistência em saúde existentes. Só após esta compreensão poderá ser possível analisar a complexidade da Cooperação para o Desenvolvimento em Saúde num contexto cultural específico e propor um projecto de efectiva cooperação internacional e intercultural.

2.2.2. Processo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório de carácter descritivo qualitativo. A metodologia é de carácter etnográfico. As técnicas de observação e conversação resultam no diário de terreno como instrumento base. O âmbito da observação abrange uma comunidade geograficamente concertada (sub-distrito de Laclubar, distrito de Manatuto). Utilizou-se uma amostra tipicamente por julgamento por tipicidade. É uma investigação com

propósito de aplicação, no qual se conjuga a escassa literatura e a imersão no terreno definido também por trabalho de campo²¹.

A investigação qualitativa tem características que estão presentes neste estudo²²:

- A investigação qualitativa é indutiva. O investigador conceptualiza a partir das noções e das representações culturais;
- É necessário ter em conta a realidade global. Não existem variáveis pré-definidas, mas a visão holística do indivíduo;
- O investigador “tende a misturar-se” para compreender a experiência das situações.

A pesquisa qualitativa baseia-se em pressupostos segundo os quais é possível obter a difícil compreensão das experiências como são vividas e verbalizadas pelas pessoas²³.

Pressupõe também uma pesquisa exploratória indutiva. Nesta pesquisa, a partir dos dados ainda não trabalhados mas que são observados, é possível identificar as características gerais e as grandes dimensões das questões abordadas.

Estes dados analisados permitem traçar suposições e/ou direcções que, posteriormente, possam ser devidamente interpretados e explicados. Isto é, a principal tarefa será organizar e conceptualizar dados que se dispõem pela exploração, permitindo assim uma exploração detalhada do estado de arte em saúde mental e efectivar uma cooperação intercultural sólida em Timor-leste, assim como, abrir portas para futuras investigações (Moreira, 1994).

A perspectiva metodológica é de carácter antropológico, pois surge a necessidade de explorar a visão de dentro. Explorando as experiências de vida em saúde mental e as acções que advêm num contexto social e cultural específico, Timor-leste. Este conhecimento exige o contacto directo com a própria cultura e desta forma, a

²¹ Segundo Iturra, 1986, p. 147 “A *Análise de literatura por si só, apenas poderá captar a reiteração das condutas estereotipadas resultantes duma classificação prévia. O trabalho de campo procura, no conjunto da informação sobre o presente e o passado, contextualizar as relações sociais que observa*”.

²² Segundo Taylor e Bogdan, 1984, referido por Manuel, 2007.

²³ Abreu, 2001; Bogdan, 1984, Manuel, 2007.

investigação vai centrar-se no que cada pessoa é, no que cada pessoa diz, tendo em atenção a rede de significados que isso congrega²⁴.

Exigido o contacto cara a cara com os indivíduos, nos seus contextos de vida de forma natural, é abraçada uma comunidade geograficamente concentrada, Sub-distrito de Laclubar do distrito de Manatuto.

Para uma aproximação da noção global da perspectiva da própria cultura, a análise parte de uma perspectiva individual (análise do lugar de cada sujeito) que participa no processo de intercâmbio da identidade cultural em relação ao sistema cultural timorense. Na impossibilidade de congregar todos os indivíduos, a amostra é por julgamento não aleatória por tipicidade - indivíduos que representam os grupos típicos. Observa-se através do diagrama 2. São pessoas escolhidas intencionalmente em função da relevância apresentada nesta área²⁵. Não há assim uma definição de critérios tendo em conta a idade, o sexo e/ou a escolaridade de cada indivíduo, mas o seu lugar/representação no sistema de saúde.

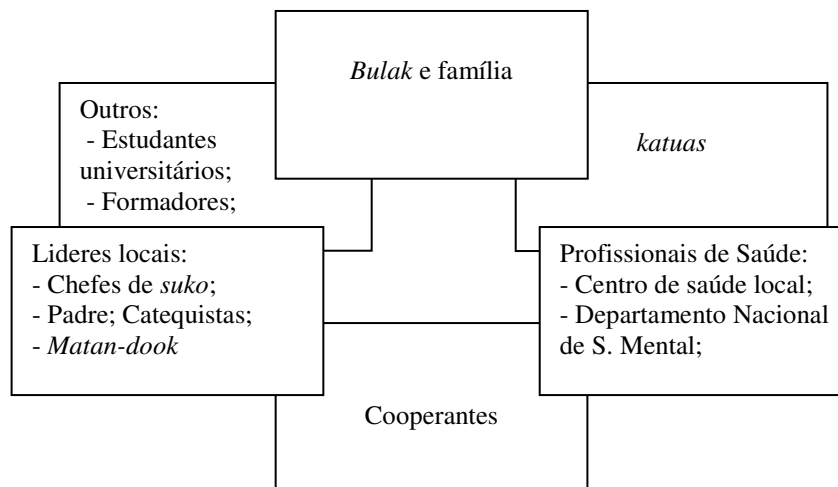


Diagrama 2. Grupos Representativos

Os instrumentos metodológicos são a observação naturalista e a conversação naturalista dos diversos grupos.

²⁴ Segundo, Gonçalves, 1992, p. 71 “A moderna ciência antropológica organiza-se e cria novas produções que vão construir novas bases axiológicas e epistemológicas. Estruturam-se através do desenvolvimento e da conjugação de três coordenadas fundamentais – o social, o cultural e o simbólico – na interação de três momentos concretos do processo de investigação – observação, análise e interpretação – ligados entre si por relações de complexidade e de reversibilidade”.

²⁵ Grupos que foram identificados enquanto cooperante no terreno.

A observação naturalista corresponde a uma observação não participada que permite ver, descodificar e perceber a relação entre o discurso e o comportamento do sujeito que vivencia o facto que expressa²⁶.

As conversações, ou também definidas por entrevistas não-estruturadas, correspondem às conversas de rotina na vida social quotidiana. A flexibilidade que este tipo de entrevista predispõe permite a elucidação de dados variados e detalhados que podem ser usados posteriormente em análise. Para isto, torna-se elementar elaborar uma lista de tópicos (guião de entrevista) com os assuntos relevantes que servem de guia à conversação, onde as questões podem ser formuladas, de acordo com o pretendido e colocadas na ordem mais adequada à investigação (Moreira, 1994).

Das observações e conversações naturalistas surgem as notas de campo²⁷ que permitem a posterior análise (*anexo II*).

A participação efectiva, a informação obtida, a desmistificação/clarificação de conceitos sobre a matriz cultural da doença mental em Timor-leste são condições para produzir, infundir e efectivar possíveis modos da actuação da cooperação em contexto internacional. Desta forma, a investigação tende a influir propósitos na acção.

2.2.3. Condições da investigação: inserção no terreno

A inserção no campo foi realizada no ano da intervenção em contexto de cooperação (2006-2007), como descrito no relato “ex-post” facto, numa visão direccionada à prática. Houve interacção com timorenses e com expatriados que actuavam no terreno no mesmo período.

O campo familiar e a relação de proximidade que nasceu no âmbito da cooperação, permitiu usufruir de condições adequadas à investigação: falar a língua e compreender o dialecto local; conhecer a natureza do discurso e as suas limitações, identificando a fidelidade às expressões; conhecimento dos líderes locais e dos actores em contexto de

²⁶ Aula com o prof. Wilson Abreu na Universidade de Aveiro, a 8 de Maio de 2009.

²⁷ Citado por Moreira (1994, p. 111) referido por Sanjel (1990), “O processo da redacção de notas é extremamente produtivo não só em termos de descrição mas pelas primeiras reflexões que proporciona acerca das sequências e elementos de interacção”

saúde; conhecimento real e participativo nos casos clínicos (doente e familiares). Desta forma, no momento dedicado à investigação propriamente dita, a integração no campo de estudo²⁸, ofereceu melhores condições de compreensão, decifração de códigos, interpretação de comportamentos para uma análise dos dados de forma mais fidedigna. Contudo, na subjectividades das relações, é de realçar também os limites do (não) estatuto demarcado pelo povo timorenses, ou seja, ser mulher, jovem, não casada, associada a igreja e que actua com estrangeiros.

2.2.4. Questões éticas

A investigação segue a linha dos requisitos legais em vigor em Portugal, que vão de encontro aos de Timor-leste. À chegada ao país, fui apresentar o projecto de investigação ao Ministério da Saúde de Timor-leste, na pessoa do Secretario Geral da Saúde, o Senhor Agapito Soares. Aprovou a minha permanência no país e enalteceu a realização do estudo, oferecendo-me para estar ao dispor de qualquer necessidade.

Os entrevistados ou sujeitos a estudo foram devidamente informados da natureza das perguntas que lhes foram dirigidas e autorizaram referir os seus nomes. Todos os dados recolhidos permanecem estritamente confidenciais, conservados em lugar seguro e o retorno da informação, tida por conveniente, será fornecida em momento oportuno. Qualquer alteração ocorrida durante a realização do estudo será tida em conta e comunicada.

²⁸ Para o povo de Timor-leste é importante um *malai* que volta a ilha. Poderá estar fortemente relacionado a história do irmão mais novo que regressa a casa. Estabelece-se uma ligação mais familiar, algo como “Voltou para continuar a ajudar, não se esqueceu!”. A investigação foi realizada no âmbito de regresso.

CAPITULO 3

A VISÃO OCIDENTAL DA SAUDE MENTAL. AS TEORIAS

Ao longo dos tempos, as perturbações mentais foram percebidas e interpretadas de diversas formas. Desde o modelo científico biomédico às explicações sobrenaturais os doentes mentais foram temidos, admirados, ridicularizados, explorados ou torturados, (OMS, 2001) mas muito raramente curados. O conceito da saúde mental tem vindo a ser reconstruído²⁹.

O domínio global da ciência ocidental dita moderna, como conhecimento, precipitou a centralização do saber, exercendo uma constante interpretação de “desconfiança” contra os “supostos saberes” que não são assumidos como universais (Santos, 2007). Com a valorização da indução como construção de novos conhecimentos, a valorização da interdisciplinaridade e da visão integrada e a interacção com os saberes tradicionais, a centralidade de que a ciência dita moderna gozava antes, foi reelaborada e matizada (Amaro, 2003), alargando a diversidade epistemológica do mundo (Meneses, 2008).

“*Os desafios e o debate sobre o que constitui conhecimento valido, de quem para quem e sobre quem, continuam*”³⁰. A complexidade em torno das epistemologias de raiz predominantemente eurocêntrica, fica esboçada neste capítulo, permitindo, posteriormente o alargamento a uma reflexão mais ampla sobre a (re)configuração das experiencias da saúde mental em contexto cultural, no caso específico de Timor-leste. A saúde mental é uma realidade multi-dimensional e complexa que exige uma análise à escala global para ser exprimida a nível local.

3.1. BREVE ABORDAGEM DE CONCEITOS SAÚDE/DOENÇA

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) define Saúde como “*um estado completo de bem-estar físico, mental e social*”, pelo que não se trata somente de uma ausência de doença ou de incapacidade do próprio individuo.

²⁹ E apenas nos finais do séc. XX se descreve e se coloca em evidência a dimensão cultural na doença mental (Abreu, 2003).

³⁰ Maria Paula Meneses, 2008, p. 10.

Um dos elementos chaves para entender a saúde/doença é compreender como é traduzida. Segundo Kleiman (1980) existe doença-patologia (*disease*) e doença-experiência (*illnes*). A doença-patologia indica-nos as alterações das normalidades de estruturas ou funcionamento de órgão ou sistemas (processo biológico). Ocorre mesmo sem reconhecimento ou percepção do indivíduo. A doença-experiência é a tradução da experiência e percepção do indivíduo, relativamente aos problemas decorrentes da patologia, bem como a resposta social à doença; subjectivo mas objectivo ao doente.

A experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que conjuga normas, valores e expectativas tanto individuais como colectivas e se expressa em formas específicas de pensar e agir. (Uchôa e Vidal, 1994; Gonçalves, 2004).

Assim, reconhece-se que as respostas face as complicações subjacentes à doença não podem ser apenas respostas as alterações orgânicas. Também se constituem socialmente e, simultaneamente, se remetem directamente a um “mundo” compartilhado de práticas, crenças e valores, mas ainda com mais evidência quando se fala em doença mental.

“Definir o que é Saúde Mental é complexo, pois o seu conceito não está completamente definido”³¹, contudo, é claro para a OMS que “a Saúde Mental é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países”³². Toca os conceitos de bem-estar subjectivo, auto-eficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional, auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. A definição possível de Saúde Mental como um equilíbrio que ultrapassa a globalidade bio-psicossocial, para se definir também numa dimensão espiritual e cultural. Segundo Stuart (2001), os parâmetros de saúde mental são menos claros que os que definem a doença mental.

Sobre o conceito de perturbação mental evidencia que “devemos admitir que nenhuma definição estabelece adequadamente limites preciosos para o conceito de perturbação mental”³³. Carece assim de uma definição sólida. Pode ser considerada como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica e biológica no sujeito e que está associada a sofrimento da própria ou dos outros que a rodeiam ou incapacidade

³¹ Ordem dos Enfermeiros, 2008

³² Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001, p. vi.

³³ DSM – IV-TR (2002, p. xxxi)

numa área importante do funcionamento ou como um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor incapacidade ou uma perda importante da liberdade. Esta síndrome não é uma resposta esperada face a um acontecimento particular (exemplo: a morte de alguém querido).

3.2. DE NORMAL A PATOLÓGICO

Ao nível da doença mental é necessário considerar atentamente o significado do comportamento de um indivíduo e o seu contexto. Este pode reflectir uma adaptação a forças realistas da vida do indivíduo ou desvio as normas do grupo. (Stuart, 2001). Por outras palavras, é delicado assinalar diferenças sociais (ex: estilos de vida incomuns, comportamentos aberrantes, etc.) como doença. Desta forma definir normalidade e patológico, em contexto sócio-cultural, torna-se crucial.

Normas ou regras servem para indicar à pessoa como se deve comportar em cada situação, do ponto de vista do que é desejado por uma sociedade ou cultura. Essas normas são aprendidas pela educação que é dada pelos pais, professores, pessoas de referência, etc. O termo normal pode ser mal interpretado quando usado para o que é usual, mas as normas tendem a definir a normalidade dos comportamentos adoptados pelos indivíduos. O “anormal” é o indivíduo que, num determinado comportamento, se desvia da norma de um determinado grupo (Stuart, 2001)

As perturbações mentais devem ser correntemente consideradas como uma manifestação de uma patologia/disfunção comportamental, psicológica ou biológica do sujeito. Nem os comportamentos desviantes (por exemplo: político, religioso ou sexual) em conflitos primários entre sujeitos e a sociedade são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito se transforme num sintoma do sujeito (DSM – IV - TR). Por exemplo: A depressão pode ser considerada normal ou patológica. Sentimentos de tristeza, abatimento, desanimo são normais, inerentes à condição humana, como reacção a um acontecimento psicossocial negativo, expressão de mal-estar ou insatisfação geral ou simplesmente enquanto flutuação habitual do estado de ânimo. De um modo geral são sentimentos transitórios e apenas afectam moderadamente a capacidade funcional da pessoa. Quando o padrão específico de diferentes sintomas que aparecem de forma simultânea se mantém durante um longo período de tempo, produzem mal-estar e

comprometem a capacidade funcional, é considerada doença. Pode ter origem na reacção a um acontecimento que geralmente produz tristeza, mas esta tristeza dura muito mais tempo que o habitual e provoca dificuldade em fazer as actividades, e outros sinais mais fortes que a tristeza normal.

Encontra-se também disseminado o conceito vago que quando é classificada a perturbação mental é classificada a pessoa. Na realidade esta a ser classificada a perturbação que a pessoa apresenta (DSM-IV). Pela mesma ordem de ideias, não existem em perturbações mentais doenças pré-classificadas em que se deve intervir, mas doentes que necessitam de intervenção.

3.3. CONSIDERAÇÕES INTERNACIONAIS DA SAÚDE MENTAL.

A classificação de doenças é uma prática comum nos profissionais de saúde. Segundo Abreu, 2003 as classificações são plataformas de referências que permitem não apenas o diagnóstico, mas o desenvolvimento de investigação aplicada, a realização de estudos comparativos, por exemplo, formação e principalmente um diálogo comum.

A nível da saúde existe varias nomenclaturas. A considerar: ICD (*Internacional Classification of Disease and Related Health Problems*) que é a classificação com mais relevância nas diversas classificações desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde e DSM (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) que foi desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana e está na versão IV.

O DSM IV completa-se com o ICD no que respeita aos sistemas de classificação das perturbações mentais; É a classificação que tem mais relevância para a área das patologias mentais. A ampla aceitação internacional do DSM “*sugere que esta classificação é útil na descrição das perturbações mentais tal como são experimentadas no sujeito em todo o mundo*”³⁴, fornecendo uma perspectiva universalista; “*contudo a evidencia também sugere que os sintomas e a evolução de numerosas perturbações são influenciados por factores culturais e éticos*”³⁵

³⁴ DSM – IV-TR, 2002 p. xxxiii

³⁵ DSM – IV-TR, 2002, p xxxiv.

Esta noção de universalidade pressupõe que os princípios que seguem as pesquisas nas sociedades ocidentais podem ser aplicado directamente nas sociedades não-ocidentais, o que não é necessariamente verdade. DSM enfatiza a importância da cultura no contexto da saúde mental (Eshun e Gurung, 2009)

Só a última versão do DSM inclui, em apêndice, um glossário de síndromes culturais (Culture Bound Syndromes - CBS) e a introdução de um esboço para a formulação cultural. A clínica e as traduções de matriz cultural que estão na base do CBS permitem perceber que se trata da descrição de um conjunto de comportamentos, traços de personalidade ou crenças sancionadas culturalmente como normas (ex: estados de possessão, audição de vozes de parentes falecidos...). Foram concebidas para favorecer a aplicabilidade do DSM entre várias culturas, destacando, também desta forma os desafios abrangentes para a compreensão da diversidade cultural em saúde mental. Porém, escrito por Abreu (2003) e segundo Rogler (1998), é questionável se apenas há doenças culturais assinaladas no CBS ou se outras doenças culturais poderão ser estendíveis às outras categorias diagnósticas referidas no DSM-IV-TR.

Esta última referência indica-nos a necessidade de se criar e manter um espaço aberto para o diálogo da tradução cultural em saúde mental a nível transcultural.

3.4. BREVE ABORDAGEM DE CULTURA E SISTEMAS CULTURAIS

Existem variadíssimas definições de cultura. Geertz (1989, pp.135) diz que ... “*A cultura, não são cultos e costumes, mas as estruturas de significado através das quais os homens dão forma a sua experiência*”. Ressalta desta forma, a cultura como o conjunto dos materiais a que recorremos enquanto indivíduos e enquanto sociedades para elaborar as nossas experiências (Laplantine, 1978). Significa que encontraremos a doença mental automaticamente em todas as zonas do globo; mas nem sempre com os mesmos significados.

Laplantine distingue “item cultural” de “Matriz Cultural”. Item cultural é qualquer traço de comportamento simples construtivo de uma cultura (o vestir, o alimentar, o comprimento). Matriz Cultural é a estrutura-mãe de significados pela qual a nossa experiência se torna inteligível para nos próprios e para todos aqueles que encontramos.

É esta matriz cultural que define a nossa relação original com o contexto em que vivemos, como a nossa identidade cultural. Isto é, a cultura do local onde nascemos constitui uma das principais fontes de identidade cultural. Não está nos genes, mas efectivamente pensamos nela como parte integrante da nossa natureza essencial. Não nascemos com a nossa cultura, mas é formada e transformada no interior da representação (Hall, 2001).

Quando os sistemas culturais são estudados, constata-se, como referido por Geertz (1989, p.123), *“os sistemas de símbolos são fontes extrínsecas de informação em termos das quais a vida humana pode ser padronizada (mecanismos extra pessoais para a percepção, compreensão, julgamento e manipulação do mundo). Os padrões culturais (religiosos, filosóficos, estéticos, científicos, ideológicos) são “programas”; eles fornecem um diagrama para a organização de processos sociais e psicológicos”*.

A ideologia é uma visão da realidade composta de ideias e valores organizados num sistema que trata dessa realidade e que tenta reproduzir a mesma (Pereiro, 2004). Geertz (1989) defende a ideologia como sistema cultural, uma vez que toda a cultura possui uma própria ideologia. Esta ideologia é apresentada com a dimensão orientadora dos princípios que são aceites pelo senso comum como indiscutíveis, definindo o que é valorizado ou não, em termos comportamentais de determinados grupos. Desta forma, a ideologia nomeia um compromisso com o estabelecimento e a defesa dos padrões das crenças e valores. Entender, dentro do contexto cultural, o sistema de crenças e valores permite identificar a identidade e a matriz cultural de cada povo.

3.5. A DIMENSÃO CULTURAL DA LOUCURA E A DIMENSÃO PSIQUIÁTRICA DA CULTURA

Afirmar que os critérios psiquiátricos são os mesmos em toda a parte, como defendido no DSM, não é justificar o sistema patológico ocidental em vigor (que também possui uma certa relutância às diferenças culturais?). Esta expressão denota a universalidade da doença mental, que se elabora sempre num processo de desculturação³⁶ da própria

³⁶ Desculturação: Conceito proposto por Georges Devereux, referido por Laplantine (1978). Designa o processo patológico pelo qual a cultura não é mais reconhecida pelo que é - um sistema de referência que permite a comunicação entre as pessoas - mas é utilizada para fins neuróticos ou psicóticos. Isto é, a matriz cultural e simbólica nos quais estão fundadas nossas experiências é "superinvestido" e se

cultura e, não apenas, de desajustamentos sociológicos em relação ao meio envolvente (Laplantine, 1978).

Segundo Laplantine, (1978, p. 67) a loucura “*parece ser rejeitada para a periferia do sistema cultural, faz parte integrante deste sistema no qual se forma e desempenha um papel*”. Tendo a cultura como a visão principal, as leis de funcionamento do sistema cultural são importantes de captar, antes de determinar quais os critérios de normalidade e de anormalidade e as causas reais da loucura.

Estas leis são definidas por Laplantine (1978) como: qualquer cultura cria as suas zonas patológicas e a sua própria definição de loucura; qualquer cultura põe à disposição mecanismos de compreensão e amortecedores do real (sendo alguns deles manifestamente patológicos); qualquer cultura tem a sua maneira de pré-estruturar os sintomas da doença mental. Também referido por Abreu (2003, p. 210) cada grupo cultural define um todo analisável e possui uma determinada “unidade psíquica”.

Tendo como ponto de vista a dimensão psiquiátrica, a distinção entre a loucura e o desvio social deve ser definida, como referido anteriormente. Loucura como sinónimo de doença mental, como um fenómeno patológico que pede uma intervenção. Desvio social é a desadaptação social em relação a uma dada cultura.

Segundo Eshun e Gurung (2009), os sintomas de doenças mentais manifestam-se dentro do contexto de certos conceitos culturais, tendo em atenção que etnia, raça ou nacionalidade não são sinónimos.

3.5.1. O papel de cuidador em sistemas culturais

Cultural awareness torna-se central quando interagimos com outras culturas. A consciência cultural é a base da comunicação e envolve a capacidade de nos afastar da própria identidade cultural construída e tomar consciência dos nossos valores culturais, crenças e percepções. Por vezes, torna-se importante sair da nossa fronteira cultural, de forma a entender o impacto que a nossa cultura tem no nosso comportamento. Projectar semelhanças, em culturas distintas, poderão conduzir a interpretações erradas. A

transforma então em crenças subjetivas, ou "desinvestido", arrancado de suas matrizes simbólicas que lhe dariam um sentido.

consciência *cross-cultural* conduz-nos a interpretações mais fidedignas (Quappe e Cantatore, 2005).

Reforçado por Abreu (2003), profissionais de saúde que lidam com representações, tradições e comportamentos estruturantes, lidam com a diversidade cultural. Implica que os profissionais possuam o conhecimento das formas estruturais e dos padrões subjacentes à complexidade que representa a saúde. O etnocentrismo cultural poderá tipificar diagnósticos errados devido a interpretações culturais não fidedignas (Eshun e Gurung, 2009).

É na partilha de valores e modelos comportamentais, propostos pela sociedade, que os doentes centram os seus sintomas. Assim como, é sobre modelos comportamentais, propostos pela sociedade, que derivam as teorias e os diagnósticos que levam os cuidadores a intervir (Laplantine, 1978). Perceber os mecanismos de funcionamento cultural permite compreender que a nossa cultura não é mais que uma versão particular.

Castilho³⁷ (1997) identifica situações onde a cultura e a saúde mental são influenciados:

- A experiência pessoal da doença do próprio indivíduo e os sintomas associados;
- Como o indivíduo expressa ou experiencia os sintomas no contexto das suas normas culturais;
- Como os sintomas expressos são interpretados e, portanto, diagnosticados;
- Como a doença mental é tratada, e em última análise, qual o resultado deste tratamento;

Uma análise profunda, enquanto intervenientes em contextos culturais distintos, abre-nos a necessidade de nos afastarmos da nossa cultura e aproximarmo-nos da cultura enquanto fenómeno humano universal. Só a partir deste afastamento se torna possível conhecer os sintomas da doença mental da sociedade em causa e não da identidade cultural que nos regulariza.

³⁷ Citado por Eshun e Gurung (2009),

3.6. TRADUÇÃO DA TRADIÇÃO

As sociedades têm vindo a sofrer, ao longo do processo global, uma série de misturas e transformações. A presença de diferentes lógicas e diferentes formas de pensar, levam à possibilidade de diálogo entre culturas. (Meneses, 2008). As identidades culturais não são fixas e mudam de acordo com a forma com que o sujeito é interpelado ou representado (Hall, 1997). Os sujeitos que mantêm vínculos culturais com várias culturas precisam de manter também seus costumes e tradições, negociando os seus valores com as novas culturas em que se foram inserindo sem necessariamente pertencer a elas.

As transformações da identidade cultural do indivíduo podem ser vistas pela perspectiva da aculturação, como uma transição em que o indivíduo gradualmente se acomoda a uma nova cultura e, eventualmente, leva alguns dos seus valores e crenças a essa nova cultura, ou por deculturação, quando o indivíduo perde ou se desenraíza da sua própria cultura, integrando-se noutra (Ianni, 1997). No processo de aculturação ou deculturação, os indivíduos suportam os traços culturais e as tradições, mas não se unificam a cultura em que se inseriram.

O conceito-chave para o entendimento do processo transitivo entre duas culturas é a transculturação³⁸, visto que esta envolve sempre uma tradução. Desta resulta uma nova realidade composta e complexa, uma mudança cultural. Uma nova realidade que não é um amontoado de características culturais mas um fenómeno novo e independente. É descrita também como “*As a process of culture shedding and culture learning*”³⁹.

Segundo Seixas (2009), a focalização nas tradições significa “*que em vez de uma focalização nas diferenças entre uma e outra cultura (construção de singularidades), e em vez de uma focalização no que é comum as diversas culturas (construção de similaridades), porventura mais comum em investigações preocupadas com áreas*

³⁸ Segundo Mary L. Pratt (1991, p. 2) “*Ethnographers have used the term transculturation to describe processes whereby members of subordinated or marginal groups select and invent from materials transmitted by a dominant or metropolitan culture*”. Foi originalmente usado pelo sociólogo cubano Fernando Ortiz (1940) e era destinado a substituir os conceitos de aculturação e assimilação, julgando serem demasiado redutores, para caracterizar a cultura enquanto processo. A mesma autora refere também que a transculturação é um fenómeno de *contact zones* (zona de contacto). *Contact Zones* é o termo usado para se referir a espaços sociais onde as culturas se encontram, confrontando-se, muitas vezes em contextos de relações altamente assimétricas de poder (como o colonialismo, a escravatura e outras situações ainda vividas em muitas partes do mundo de hoje).

³⁹ Berry, 1992 p. 9 Citado por Eshun e Gurung, 2009.

culturais, torna-se importante uma focalização em traduções (construção de relatividades)". As traduções culturais deverão servir de espelho a uma identidade em construção. No final do processo, através da tradução, será possível compreender os diferentes níveis, as dimensões culturais, assim como diferenciar os diferentes papéis que cada grupo desempenha (Seixas, 2009).

Seixas (2009) refere ainda que *"a tradução é central quando a cultura se define como um processo aberto"*. Pode ser compreensível em função do autor defendido/referido, ou seja, como *"viagem"* por Clifford (1992), como *"narrativas multisituadas"* por Marcus (1999), como *"diáspora e contra-diáspora"* por Hall (2003), como *"zona de contacto"* por Pratt (1992), entre outros. A identidade cultural dos indivíduos, que se vêem a si mesmos entre pelos menos dois conjuntos de valores confusos ou em conflito, é entendida como *"mediação e hibridismo"* por Bhabba (1994), como *"fronteira ou espaço entre"* por Hall (2003), como fontes criadoras de novas formas culturais defendidas como *"terceiro espaço"* por Lefebvre (1974), como *"outros espaços"* por Foucault (1999), como *"terceiras culturas"* por Featherstone (1999) entre outros⁴⁰.

A tradução cultural é também importante a nível da Cooperação Internacional. Seixas (2009) defende *"a proposta de uma tradução prismática na qual a cooperação internacional, através da antropologia, poderia empenhar-se na construção de novos Estados-nação e novas Histórias, nas quais, as identidades se construam por redes e processos compreendidos segundo diferentes perspectivas e não apenas em função da tricotomia Território-Lingua-Povo"*.

⁴⁰ Referido por Paulo Seixas (2009).

CAPITULO 4

A VISÃO TIMORENSE DA SAUDE MENTAL. A ANÁLISE

“...A saúde mental em Timor-leste é como o furo de água que foi realizado no terreno dos Irmãos de São João de Deus que trabalham nesta aldeia. Quando aconteceu, nunca ninguém tinha visto água a surgir dessa forma. Então pensaram que aquele terreno era de facto sagrado. Eu e tu percebemos que há tecnologia, que nas montanhas existem lençóis de água, e que é possível fazer os furos. O povo ainda não. A transmissão de conhecimentos ao povo deve ser feita de forma muito lenta...” (diário de campo). O pensamento timorense expressado de uma forma metafórica, interpreta a forma como o povo pode encarar acontecimentos. A água (ou a doença mental) que emerge da terra é vista de forma sagrada. É possível mostrar que há outras formas de ter água. Também será possível mostrar outras formas de ver a saúde/doença, mas é necessário entender primeiro como é interpretada.

Para entender como os timorenses lêem a saúde mental, é necessário saber como é a visão do mundo que os rodeia. É necessário observar, ouvir, perguntar, descrever, traduzir, explicar e, principalmente, interpretar. Interpretar para captar os significados da realidade de quem vive nela. A visão do sistema cultural da saúde mental em Timor-leste também tem forma, estrutura, cor e relevo, isto é, o conhecimento da racionalidade com que os timorenses se orientam.

Reconheço que, nesta análise de dados, não é totalmente possível traduzir em palavras o que diz respeito a saúde mental dos timorenses⁴¹. A investigação só permite a aproximação. Há todo um contexto, uma série de códigos que são decifrados e traduzem este conhecimento. O silêncio, o riso, as palavras não proferidas, o protocolo quebrado ou cumprido, o pedido de licença para falar, entre outros. Mas há um discurso harmónico e congruente entre os timorenses.

Ideias, expressas pelos timorenses, em processos de comportamentos que agem sobre as suas próprias vidas, são por vezes factores dinamizadores e geradores das ideias da

⁴¹ Segundo Iturra, (1986, p. 153), o investigador, treinado nos métodos da cultura europeia, transporta consigo uma maneira de ver social derivada da sua prática histórica e que pode resumir-se na designação de lógica da racionalidade individual.

própria cultura (Iturra, 1986). Como referido na abordagem metodológica, pela observação e conversação naturalista, as ideias expressas são reproduzidas e interpretadas em forma de notas de campo, onde surge uma visão da saúde mental. As ideias surgem de pessoas que estão identificadas a um grupo.

Surge o estabelecimento de tipologias, pela reconstrução da representação do que foi apreendido na realidade e pela consolidação empírica das proposições descritas e das interpretações propostas, sob o meu ponto de vista, o que poderá ser denominado por visão tradicional/visão cultural dos timorenses.

Há limitações na análise dos dados: os padrões de linguagem podem não ser sinónimo do conjunto de palavras proferidas (as expressões em tétum e em idaté que não têm uma tradução directa em português) e a congruência entre o sentido semântico e determinado simbolismo da mesma. Também a minha posição na comunidade (já referidas) que influencia o discurso dos entrevistados.

A SAÚDE EM TIMOR-LESTE.

A saúde entre os timorenses tem uma forma própria de ser interpretada. A doença é que “apanha” a pessoa “*Ha’u kona moras ida/moras ida kona ha’u*” e, desta forma a doença poderá ser encarada como castigo/retaliação pelos maus actos realizados. Para resolver a doença, é necessário descobrir o que é que provocou esse castigo, qual a sua causa. Este castigo pode estar fortemente relacionado com alguma falha em relação aos antepassados⁴² ou com ou as entidades anímicas (Hicks, 1976).

Em tétum não existe a palavra saúde (com significado directo). O termo *di’ak* é sinónimo de bem, bom, boa. A palavra *di’ak* associada a palavra corpo (*isin*), isto é, *isin di’ak* toma o sentido de corpo-bom, ou seja corpo-saudável. A palavra *moras* em tétum significa dor, doença, enfermidade. Uma pessoa que quer referir doença usa a associação *isin-moras*, isto é, *corpo-doente*, que significa ao mesmo tempo, *corpo-com-do*, *corpo-com-efermidade*.

⁴² Segundo C. Guerreiro, comunicação pessoal, Maio, 2009. Na cultura animista não existe a noção do bem e do mal, mas a noção de vingança/retaliação pelos actos realizados.

4.1. A SAÚDE MENTAL EM TIMOR-LESTE.

Tendo em conta o conceito de saúde mental, referido pelos timorenses, não há referências de que a saúde mental seja algo mais que a ausência de perturbações mentais. Quando se fala de saúde mental há associação de ausências/presenças de perturbações psíquicas dos indivíduos.

A visão timorense da saúde mental corresponde a uma condição, *bulak*, onde predomina uma série de comportamentos e atitudes de determinados indivíduos que são identificados por esse mesmo conceito. Os distúrbios psíquicos em Timor-leste estão relacionados com condições que alteram o pensamento e o comportamento afastando-os da normalidade.

4.1.1. Conceito *Bulak*

Segundo os timorenses, *Bulak*, é “*ema ne’ebé la konsege kontrola an hanesan ema normal tamba nia lakon konssiensia i nia pensamentu. La konsege serviso tuir ne’ebe nia hakarak halo*” (diário de campo). *Bulak*, ou doente mental, significa a pessoa que não se consegue controlar porque perdeu a sua consciência e o seu pensamento. Não consegue realizar aquilo que quer fazer.

Há referência de *bulak* em qualquer idade (crianças, jovens, adultos ou idosos).

No sentido semântico, a palavra *bulak* pode ser usada como verbo ou como adjetivo. No dicionário tétum-português a palavra *bulak*, como verbo, significa “*enlouquecer, endoiçer, ficar doido*”; como adjetivo significa “*doido, louco que não tem juízo, palerma, pateta, bravo, selvagem*”.

Seguindo a lógica linguística do tétum, para definir doença mental poderia usar-se a expressão *ulun-moras*, quer dizer, *cabeça-doente*. O que não se verifica. A expressão *ulun-moras* é usada no sentido de dor de cabeça. A expressão *bulak* é a que indica loucura, isto é, doença mental.

▪ **A doença como manifestação aguda ou crónica?**

Não é claro se a condição de *bulak* é um estado temporário para os momentos de crise (fase aguda) ou se uma condição que permanece pelo período de existência. Isto é, após a intervenção para tratamento é de esperar uma melhoria no doente. Mas há referência por parte dos diferentes grupos de “*pasa tiha ona*”, isto é, “foi curado”. Esta melhoria não é associada a uma doença crónica com momentos de agudização, mas a uma doença que se cura e que depois volta. “*Por vezes temos a sensação que os timorenses não têm a noção de doença crónica com fase aguda. Isto é, crise. Acreditam que os doentes ficam saudáveis e que mais tarde na reincidência da doença voltam a ficar doentes. Interpretam que “o matan-dook curou, mas depois a doença voltou”* (diário de campo).

Hiks (1976) reforça esta ideia referindo que se a pessoa fica melhor, de facto o espírito foi expulso. Depois quando a pessoa fica pior é porque o espírito voltou a entrar no corpo, ou seja, a entidade anímica não esteve sempre lá.

4.1.2. Comportamento/Manifestações associados a *bulak*

Os comportamentos associados à doença mental são diversos:

<i>Gosta hamnasa mesak</i>	Gosta de rir sozinho
<i>Tanis barak</i>	Chora muito
<i>Ko’alia barak i arbiru</i>	Discurso incoerente
<i>Hakilar</i>	Grita
<i>Hanesan labarik</i>	Como uma criança
<i>La iha moe atu halo buat ida</i>	Não tem vergonha
<i>La hatene-an</i>	Não tem consciência de si mesmo
<i>La kontrola-an</i>	Não tem auto-controle
<i>Toba ka tur iha dalan ninin</i>	Deita-se ao longo da estrada
<i>Tur lametin</i>	Insegurança; ansiedade
<i>Estraga sasan</i>	Estraga coisas
<i>Hatais sabraut,</i>	Vestir-se mal (desorganizado)
<i>La sui fuuk</i>	Não pentear o cabelo
<i>La iha sentimentu</i>	Não tem sentimentos

4.1.3. Classificações de *bulak*.

Bulak tem intensidades diferentes, que diferem dos padrões comportamentais.

Segundo os *katuas* e os jovens, a classificação pode ser:

- *Pontu* ou *Mirin*⁴³

Refere-se a uma pessoa que demonstra inícios de comportamento considerado não normal, desvio social, que pode tender e aproximar-se do *bulak*, mas não é considerado doente e por isso não necessita de qualquer tipo de tratamento.

- *Bulak* refere-se a pessoa com doença mental propriamente dita.

Bulak pode ser classificada em duas categorias⁴⁴:

- *Bulak-feto* corresponde a um doente mental que tem um discurso incoerente e comportamento que não é agressivo: fala sozinho, ri sozinho, dança sozinho, chora, canta alto, provoca o riso às pessoas pelo discurso;

- *Bulak-mane* corresponde a um doente mental que tem um discurso verbal agressivo e um comportamento violento. Pode ser perigoso. Nos seus actos pode: estragar coisas, ser agressivo com as pessoas, até chegar ao extremo de matá-las.

Existe ainda uma outra classificação, referida pelos profissionais que trabalham no Ministério da Saúde: *bulak-teen* (o doente mental aldrabão) e o *bulak-tebes* (o verdadeiro *bulak*).

⁴³ Palavra do bahasa Indonésio com o mesmo significado.

⁴⁴ A doença mental (*bulak*) é caracterizada em função dos classificativos *feto* (mulher, feminino) e *mane* (homem, masculino). São classificativos comuns em Timor-leste para muitos elementos. Não significa a distinção entre homens e mulheres, mas a classificação de características femininas/masculinas nos comportamentos/manifestações da doença.

Associado ao *bulak-mane* e *bulak-feto* podem estar as expressões *Tasi-feto* e *Tasi-mane*. Em tétum, as duas última expressões são palavras relacionadas com coordenadas geográficas: Norte e Sul respectivamente. *Tasi* significa mar e como o mar do norte da ilha é mais calmo com poucas ondas, é caracterizado também de *feto* isto é, mulher por ser um mar-calmo. O mar (*tasi*) ao sul é mais agitado e com ondas dando-lhe assim a conotação de homem (*mane*).

4.2. AS CAUSAS

Juntando as diversas conversações com as diferentes pessoas dos grupos questionados, surgem as causas que tornam uma pessoa *Bulak*.

- **Rai Lulik (Terra Sagrada)**

“*Tama iha fatin lulik bele sai bulak*” (diário de campo), isto é, entrar em lugar sagrado pode provocar doença mental. Existem zonas nas aldeias que são consideradas sagradas. São locais onde habita um espírito chamado *Rai-Na'in*, o *Senhor da Terra*, um espírito anímico, que toma conta daquele lugar. Podem ser rios, montanhas, árvores, fontes. Os timorenses têm respeito por aquele local e seguem comportamentos que consideram correctos. Estes comportamentos estão associados ao respeito pela terra. Quando uma pessoa tem um comportamento de desrespeito pelo local sagrado, o *Rai-Na'in* “provoca” a doença na pessoa como sinal de castigo⁴⁵ pelo acto. São exemplos: beber água de uma fonte sagrada, entrar na terra sem pedir licença, entre outros.

- **Samea (cobra)**⁴⁶

A mordidela de cobra ou matar uma cobra pode provocar doença mental. A cobra é também considerada um animal sagrado, é vista como animal da Terra e por isso do *Rai-Na'in*. A cobra anda e entra na terra. É como que “comandada” pelo *Rai-Na'in*. Isto é, “*Tuir kultura Timor, por exemplu, se ema oho kobra ka kobra tata nia, ataun nia bele sai bulak. Ema nia intensaun ida-ne'e tenki tuir rai-lulik. Presiza halo tuir. Bainhira hanesan ne'e Presiza ai-tali, tau iha kanik samea i lori fali bibi, manu... halo kostume Timor atu ema sai didi'ak*” (diário de campo). Ou seja, segundo a cultura de Timor, por exemplo, quando uma pessoa mata uma cobra ou é mordida pela cobra, pode ficar doente mental. Nesta situação a pessoa tem que ser seguir a tradição. Assim, é preciso colocar folhas de plantas na mordidela de cobra e levar cabras ou galinhas de volta. Seguir o costume de Timor para as pessoas ficarem melhor.

⁴⁵ Ver noção de saúde/doença.

⁴⁶ A cobra/serpente tem inúmeros simbolismos. Aqui, tem um significado como que sagrado, pois está associada as entidades animistas, ou seja, a cobra é um elemento da natureza, um senhor da terra. Faz a vontade do *RaiNain* da terra onde habita.

- **Bandu (Proibição)**⁴⁷

O *bandu* é uma espécie de regras fundamentais que toda a família deve cumprir. O *bandu* permite as pessoas poderem ou não, realizar determinadas acções. Estão frequentemente associadas ao *lulik*. Estas regras podem ser vistas como proibições: não poder entrar na montanha sagrada, não poder comer um determinado tipo de comida, etc. Cada família tem o seu próprio *bandu*. Todos os elementos da família conhecem bem quais são os seus *bandu*. O *bandu* nasce com os antepassados e é passado de boca em boca. Não é qualquer pessoa da família que pode definir e/ou alterar o *bandu*. Quem indica *bandu* são os *Lia-Na'in*, *Katuas* e/ou *Uma-Kain Na'in*⁴⁸. Eles podem confirmar, anular, trocar o *bandu*. A restante família apenas deve seguir as suas indicações. Aparentemente, não se questionam sobre o *bandu* nas suas famílias. Mas todos sabem: a quebra do *bandu* pode levar a doença mental.

- **Buan**

Buan são almas, entidades, que vagueiam pela terra. Não têm sítio próprio para viver nem têm condição humana (isto é, não precisam de comer, dormir, etc.). Existem vários tipos de *buan* e essas almas podem provocar doença mental por vingança. Uma das referidas está relacionada com a alma das pessoas que, por algum motivo, foram vítimas de assassinio, portanto, ainda não tinha chegado o seu tempo de morrer.

- **Gerasaun**

Usando a expressão em tétum, *gerasaun* está associado à passagem da doença de pais para filhos. Se há na família um *Bulak*, então é normal que possa existir mais doentes na família pois há esta herança dos antepassados.

- **Trauma**

O trauma⁴⁹ pode provocar doença mental. O trauma está fortemente relacionado com o presenciar uma situação concreta e também por pensar muito. É maioritariamente associado a uma doença de mulheres. “*Sira haree situasaun ida i hanoin barak kona ba*

⁴⁷ *Bandu* pode também ser associada a sistema de crenças, superstição. A grande diferença é que o *bandu* é como que sagrado, e pode alterar/condicionar o dia-a-dia da vida dos timorenses.

⁴⁸ Podem ser o senhor da palavra, o ancião ou o chefe da casa, respectivamente.

⁴⁹ A referência a esta causa pode também estar de alguma forma influenciada com as formações aos profissionais de saúde em Timor-leste, no início da ajuda humanitária em 1999.

situasaun ida-ne'e" (Se as pessoas vêem uma situação ou pensam muito sobre essa mesma situação, diário de campo).

4.2.1. Limites da interpretação

Nos limites da interpretação das causas das doenças mentais referidas pelos timorenses, são encontradas situações que não são classificadas como causas de *Bulak*, contudo são referidas devido à pertinência da sua análise.

- **Tua (vinho de Palma)**⁵⁰

A *tua* é o vinho de palma. É consumido pelos timorenses, quer em situações normais do dia-a-dia (refeições), quer em rituais ou momentos sagrados. *Tua* é o nome global para vários tipos de bebidas que vêm da palma, que podem ir de uma simples bebida com pouco teor alcoólico (*tua-mutin*) até um tipo de aguardente (*tua-sabu*).

Para os timorenses a *tua* não é um factor de causa da doença mental. Nem há a associação da dependência da *tua* a um factor de risco para a doença mental (ex: dependência de uma substância). A *tua* é, vulgarmente, referida para comparar os comportamentos de um *bulak* aos comportamentos de um indivíduo que ingere *tua* em excesso.

- **Pontiana**

A *Pontiana*⁵¹ é uma espécie de entidade que anda apenas à noite. Não é uma alma, mas também não é uma pessoa. É considerada mulher e anda sempre vestida de branco. A *Pontiana* aparece em *Rai Lulik* a pedido do *RaiNa'in*. Um sítio comum onde costuma aparecer é nas pontes. Quando aparece, é com o objectivo de testar a confiança e a coragem das pessoas (*atu koko se ema barani, se fiar an*). Pode aparecer às mulheres e aos homens, mas é normalmente aos homens e quando estes vão sozinhos que se

⁵⁰ Conceito de dependência de substância pelo DSM-IV-TR (2002) “A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela...Em alguns casos de Dependência de Substância, virtualmente todas as actividades da pessoa giram em torno da substância”.

⁵¹ No dicionário de tétum português (2000, p. 276), o significado de *Pontiana* é “ave nocturna e agourenta”.

manifesta porque a *Pontiana* também tem medo dos homens. Surge de repente e, quando surge, torna-se muito grande e alta até perceber como é que o homem reage. Depois diminui lentamente até entrar, novamente, na terra.

A *Pontiana* é algo comum entre as crenças dos timorenses. Vivenciada em todo o território de Timor-leste é apresentada com pequenas diferenças na sua forma, tendo em conta a naturalidade da localidade geográfica de quem a descreve. Desde timorenses naturais da montanha em Laclubar, até timorenses que trabalham no Ministério de Saúde, no departamento de saúde mental, afirmam terem visto a *Pontiana*.

Para os timorenses que contribuíram para o estudo, era evidente que a *Pontiana* não causa ou provoca doença mental. Não há ninguém que seja *bulak* por ter visto a *Pontiana*. Também não consideram “anormal” a visão desta entidade. A *Pontiana* é apenas uma forma de o *Rai-Na'in* pôr à prova a coragem dos homens. A sua origem não me é definida pelos timorenses.

Numa primeira instância, a interpretação de estrangeiros diferencia da interpretação dos timorenses. Poderá ser considerada como alucinação ou delírio? Segundo Pinto⁵², (2006, p. 3) “*O delírio é uma ideia ou conjunto de ideias que não corresponde à verdade. Trata-se de uma convicção falsa, inabalável, sem prova adequada e contrária ao contexto sociocultural e científico do momento... é a realidade privada do doente*”. A *Pontiana* não é contrária ao contexto sociocultural no momento, além de que é referido por mais do que um timorense mesmo residente em zonas geográficas distintas.

Encontramo-nos aqui, perante uma “quebra cultural”. Segundo Agar (1991), uma quebra cultural⁵³ é uma disjunção entre dois mundos, isto é, uma incompatibilidade entre o encontro de uma pessoa com uma tradição e as expectativas contidas nos esquemas que a própria pessoa organiza na sua própria experiência. Nas situações identificadas como quebras culturais é necessário proceder a resolução da sua compreensão, contudo na impossibilidade de aprofundar conhecimento e interpretações sobre as *pontiana*, este tema é aqui identificado como quebra. A sua análise poderá ser ponto de partida futuras investigações.

⁵² Pinto (2006, p. 3) “A palavra *delírio* etimologicamente significa sair dos trilhos. Por definição consiste na alteração da capacidade de distinguir o falso do verdadeiro”.

⁵³ A expressão que Agar (1991) usa é “queiebra”. Segundo o mesmo autor (1991, p 123) “*La naturaleza específica de la quiebra será función de las tradiciones del etnógrafo, del grupo y de la audiencia*”. As quebras são evidenciadas pela etnografia e, desta forma, identificadas pelos etnógrafos.

▪ Convulsão

A epilepsia⁵⁴, considerada uma doença neurológica, em Timor-leste faz parte da lista de classificação das perturbações mentais.

Harrison, Manual de Medicina (2002), refere que convulsão é “*um evento paroxístico devido a descargas hipersincrônicas, excessivas e anormais de um grupo de neurónios do SNC. A epilepsia é diagnosticada quando há convulsões recorrentes devidas a um processo crónico subjacente*”. Para os timorenses, mesmo compreendendo a fisiopatologia da doença, a convulsão é sinal de presença de uma entidade sagrada (*lulik*). Um timorense com convulsão é considerado *bulak*. Logo, as intervenções e os tratamentos, assim como a classificação, passam também pelo tratamento das doenças mentais.

4.3. TRATAMENTO

Cada pessoa/família tem a sua orientação para o tratamento em saúde mental. Em situações, como as referidas pelos enfermeiros e os *katuas*, não há tratamento apenas por seguir as indicações e o tratamento dos profissionais de saúde do centro de saúde. É antes necessário *tuur lisan*, isto é, seguir a tradição.

Tendo em conta a classificação de *bulak-teen* (doente mental aldação) e de *bulak-tebes* (o verdadeiro doente mental), a diferença reside na forma como pode ser tratada. Isto é, a classificação evidencia o papel da saúde associada ao próprio estado de doença. Distinguindo a falsa doença (*bulak-teen*) da verdadeira doença (*bulak-tebes*). As causas do *bulak-teen* estão relacionada com: *tua* (o vinho de palma), influência do *malai* (estrangeiro), *hanoin barak* (pensar muito), *trauma*, entre outras. Pode ser curado pelos *malai* e com medicamentos. Logo a associação ao centro de saúde. O inverso do *bulak tebes* (doente mental verdadeiro), isto é, a causa da doença está no *lulik*, logo só pode mesmo ser tratada pela tradição, *lisan*.

⁵⁴ O termo em tétum para convulsão/epilepsia é *bibi-maten*. Para entender o termo é necessário fazer tradução a letra. Os movimentos da pessoa durante o ataque convulsivo são como os da cabra (*bibi*) no momento da morte (*maten*).

▪ **Tuir Lisan**

Tuir lisan está relacionada com seguir a tradição. O que se refere aos antepassados. O que já faziam e o que é comum entre os timorenses. Também é referido por um *katuas*, pela *naturesa* (diário de campo): ou seja a resolução dos problemas a partir da natureza.

Há uma pessoa, que é a entidade máxima para o tratamento das doenças, o *matan-dook*, traduzido em português, o curandeiro/feiticeiro. Traduzido à letra, significa olhar (*matan*) longe (*dook*). É o *matan-dook* que consegue ver para além do que é evidente e imediato. Pode resolver qualquer tipo de doença, mas é fundamental para o *bulak*.

Para seguir *lisan* com o intuito de tratar o *bulak*, é feita uma cerimónia/ritual. Esta cerimónia em tétum é chamada de *estilo*. O *estilo* depende do *matan-dook*. Normalmente é feita a oferta do sacrifício de animais e/ou também oferta de dinheiro. Os animais variam entre galos, porcos, cabras ou até mesmo búfalos. A escolha do tamanho dos animais e/ou da quantidade do dinheiro não está relacionada com a gravidade da doença, mas com a decisão do *matan-dook*.

Nem todas as pessoas da família do *bulak* podem falar com o *matan-dook*. Cada família tem um representante/chefe que perante a situação é o mediador entre o *matan-dook* e o *bulak*, mas assistem ao *lisan* juntos.

O *matan-dook* pode também recorrer ao uso de plantas, isto é, às suas folhas e/ou às suas raízes. Pode ser apenas uma planta ou a junção de várias plantas. Podem ser aplicadas na pele, no local que o *matan-dook* entender (como a aplicação de pomadas) ou pode ser bebida (sob a forma de tisanas).

Pode ser necessária a aplicação ou a ingestão mais que uma vez por dia, por semana, por um período curto ou um período longo. Pode ser feito de várias maneiras. Não há receitas escritas mas unicamente transmitidas na oralidade. O *matan-dook* é o único que possui a fórmula mágica e mística para cada paciente que lhe pede a sua contribuição⁵⁵.

⁵⁵ Segundo, Menezes, 2006 pp. 44 “É praticamente um domínio reservado, onde se torna difícil senão impossível, penetrar, visto dele depender a sobrevivência material e o prestígio dos próprios praticantes. Não há doença de qualquer índole, para qual os timorenses não tenham um *ai-moruk*”

▪ **Centro de Saúde**

O tratamento ao *moras mental*⁵⁶ (doente mental) pode ser feito no centro de saúde. Aqui é feita a avaliação inicial pelo médico ou pelo enfermeiro responsável pelo programa de saúde mental, determinado o diagnóstico, administrada a medicação e feita a gestão terapêutica com o doente mental e a sua família

A intervenção segue as linhas de intervenção estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Foi dada uma formação intensiva (de uma semana) aos enfermeiros responsáveis. É feita a reciclagem da formação de ano para ano. Existem instruções específicas para a saúde mental, no que toca à relação com os sintomas e a medicação a administrar.

Moras mental e a sua família podem ir ao centro de saúde no seu horário de funcionamento (de manhã) para iniciar ou continuar o tratamento.

Se necessário, faz-se a articulação com o Hospital Nacional em Díli, através do envio do processo de utente, ou o envio do mesmo ao Hospital. O serviço de saúde mental no hospital nacional resume-se à consulta externa, com horário de atendimento todos os dias da semana da parte da manhã.

▪ **Tuir lisan vrs Centro de saúde**

Se o tratamento deve ser seguido pelo *matan-dook* e/ou o centro de saúde, não há uma regra estabelecida ou referida pelos timorenses. Referem que a escolha pode centrar-se no *fiar*, isto é, na crença. “*Ena Timor buka hatene, se di’ak, tuir ne’e*” (*Os timorenses seguem aquilo que ouvem*, diário de campo). Isto é, não há a norma de seguir correctamente um sistema próprio, mas aquele que sentem que pode ser o melhor para o doente e a família.

Existe uma condicionante à escolha do tratamento: os custos. O tratamento no centro de saúde é totalmente gratuito. O que não acontece com os *matan-dook*. Muitas vezes a escolha pode tender para o centro de saúde, não por uma questão de crença, mas por razões económicas. Contudo, “*Pergunto-lhe, mas quando tu estás doentes onde vais primeiro: ao centro de saúde ou ao matan-dook? Responde “O centro de saúde é uma coisa nova, antes não existia deste modo. Vou ao centro de saúde, mas também vou ao*

⁵⁶ O conceito *moras mental* e a distinção deste conceito e *bulak* são explicados posteriormente (p. 72).

matan-dook. Mas porquê? “Fiar, mana, É melhor continuar a acreditar” (diário de campo).

4.4. O CONTEXTO FAMILIAR

Em Timor-leste, quando se fala de família, fala-se do conceito de família extensa⁵⁷. Os laços familiares prolongam-se por diversos graus de parentesco.

Em todas as conversações há referências a familiares, ou conhecidos de familiares, com alguma associação à doença mental. Não há uma declaração evidente de que a família sente *terus* (tristeza), com a presença de *bulak* na família. Neste contexto, são expressas as estratégias para a resolução ou manutenção das situações de doença mental.

Em crise, como referido em cima, o *bulak* pode ter comportamentos extremos: ou mostrar-se tímido e passivo ou ser violento e agressivo. As estratégias utilizadas pelos familiares vão de encontro a esta realidade.

- **Kesi (amarrar /prender)**

Uma das formas que a família encontrou para contornar a situação de violência que pode ser gerada em situações de crise por um *bulak* foi o acto de prender/amarrar (*kesi*). Atam o próprio doente a um tronco ou prendem-no em pequenas casas de bambu (tipo jaula), ficando assim até a crise diminuir ou passar, podendo demorar meses.

Na visão da família, amarrar os *bulak* é uma forma de protegerem os seus próprios familiares doentes. No episódio de agressividade, os doentes podem estragar, quebrar bens ou pertences que não são do próprio ou da família. Os doentes podem ser violentos chegando à agressão física e podendo mesmo chegar até a matar. Os familiares referem que quando o doente estraga⁵⁸ bens da família é tolerável. O problema surge quando há um confronto entre famílias. As relações, nesta situação, tornam-se frágeis.

⁵⁷ Giddens (2000) define família extensa como um grupo de três ou mais gerações que vive na mesma habitação ou muito próximo uma das outras. Pode incluir avós, irmãos e suas mulheres, irmãs e seus maridos, tias, tios, sobrinhos e sobrinhas.

⁵⁸ Em Timor-leste a palavra *estraga* não tem o mesmo significado semântico que em português. O termo estragar é, também, aplicável a coisas intangíveis (exemplo: estraga a cultura). Estragar, nesta expressão, quer dizer criar desordem cultural e não apenas destruir a materialidade (os bens da família). Neste sentido, é importante de referir que a distinção que os ocidentais fazem entre material e imaterial não corresponde em Timor-leste.

“Pergunto-lhe porque é que prendem (kesi) os doentes mentais. Responde: “Ami hadomi sira!”. Fico espantada, e ele justifica-se: “Ami hadomi sira, ne’e duni, ami lakohi nia halo buat ida aat” (Nós amamos os nosso doentes, e por isso los amarramos para que eles não façam nada de mal). Afirma. A família não tem vergonha dele. Está pronta para cuidar do doente. O grande problema é que o doente mental é agressivo, estraga as coisas e se estraga as coisas da sua casa não há problema, mas se estraga as coisas de outras famílias pode haver complicações. E complicação severa, uma vez que ele usa o termo oho, matar” (diário de campo). Segundo a visão narrada, amarrar e prender são a forma mais certa e correcta, para promover segurança ao doente. Desta forma, não poderá fazer nada que prejudique outras famílias.

Não encontrei um único timorense que tivesse referido o prender dos doentes por vergonha, medo ou estigma social. Ao perguntar aos familiares pela dignidade da pessoa que está presa referem que não há perda da dignidade, *“fazem-no por amor”* (diário de campo). Não sentem que a dignidade do doente seja colocada em causa, porque é uma forma de fornecer segurança ao doente.

Há a convicção de ser um acto comum em defesa do próprio e da família. Na maioria das situações os doentes são agressivos, podendo chegar ao extremo de matar. A dignidade, associada ao *bulak*, está no impedir que o doente faça mal aos que o rodeiam⁵⁹. A preocupação está nos bens que pertencem a outras famílias e que poderiam ser destruídos.

O comportamento de prender os doentes está integrado na comunidade. É a forma que os familiares encontraram de resolver um problema. Não é um comportamento alternativo, é um comportamento assumido e não posto em causa.

- **Viver na Horta (to’os)**

A casa da horta é uma casa que, habitualmente, todas as famílias possuem. As famílias vivem na sua casa perto do centro da aldeia, mas junto às terras de cultivo, que se situam longe do centro, constroem outra casa. Estas casas são de pequenas dimensões.

⁵⁹ Nesta situação, poderíamos descrever sobre a honra e a vergonha. Prender os doentes como forma de proteger mas também de não “perder a face” (vergonha) da família. Quando o doente mata alguém, uma família “derrama sangue” o que pode gerar problemas de alianças entre as famílias. Este é um assunto que foi identificado e que é levantado como questão a abordar no futuro: indivíduo/família doente.

Guardam material necessário e serve de abrigo quando estão a trabalhar nas terras. Aquando as visita às aldeias, pela observação e conversação, constatei que o *bulak* vulgarmente vivia na casa de campo. “*Quando se associa a o doente morar longe da comunidade há uma expressão de estranheza à minha pergunta. Eles não estão longe da comunidade. Simplesmente estão na horta, porque estão perto do trabalho que fazem todos os dias*” (diário de campo).

4.5. ALGUNS ASPECTOS DA INTERACÇÃO SOCIAL E VIDA QUOTIDIANA

Segundo Eshun e Gurung, (2009) existem comunidades com tendência para o individualismo ou para o colectivismo. Individualismo refere-se a comunidades onde as pessoas são mais independentes, auto-suficientes e competitivas enquanto colectivismo se refere à preferência ou à necessidade de viver em grupo e estar em harmonia com o mesmo. Também Dumont (1985) remete para a divisão entre individualismo e holismo. Individualismo como valor fundamental da sociedade moderna, que indica o indivíduo como sujeito empírico e com valor, em oposição ao holismo como valor dominante nas sociedades tradicionais. Na sociedade tradicional timorense, a sociedade prevalece em detrimento ao indivíduo, isto é, a família ou o grupo residencial em que se integra exerce pressão sobre o indivíduo.

Segundo os jovens, os *katuas* e a catequista, um *bulak* pode fazer uma vida normal, vivendo em harmonia com os seus grupos de residência e família. Não tem sítios proibidos nem lhe limitam os espaços (excepto lugares que podem estar relacionados com o *bandu* da família). Dependendo das manifestações da doença poderá ser preferível ficar em casa, ir viver na *to'os* ou estar de livre vontade na aldeia. Normalmente pode ir à igreja, ir à feira (bazar), à horta, presenciar a luta de galos, entre outros. É referido vulgarmente que o *bulak* pode trabalhar (este trabalho está fortemente relacionado com a agricultura e sustento familiar).

É de realçar que a interacção e a vida quotidiana do *bulak* apresentam ambivalência entre a observação do terreno e as conversações com os diferentes elementos. Apresenta-se evidências de tais ambiguidades de seguida.

Não houve conhecimento, nem observação de nenhum *bulak* que tenha um posto de trabalho ou emprego em algum lugar relevante (ex: técnico de saúde, polícia, administrador, professor).

A situação escolar é delicada. Se a doença tiver o primeiro episódio no período em que o jovem está a estudar, há uma forte tendência para sair da escola, não podendo voltar, principalmente se for menina; as meninas ficam então “destinada” a servir os seus familiares em casa e na horta.

Segundo as diferentes conversações, se a doença surge depois do casamento, o homem/mulher mantém a sua vida normal e a família tem que ser tolerante e paciente, fazendo o que estiver ao alcance para ajudar o familiar. Se a doença aparece enquanto a pessoa é ainda jovem, pode casar, o problema reside no facto de saber se alguém aceita casar com ele. Há uma rejeição social inerente à doença. Primeiro porque há a crença de que a doença passa de geração para geração. Casar com um *bulak* significa que os filhos também poderão ser *bulak*. Existe a noção da transmissão hereditária. Quem aceita esta condição sabendo das dificuldades inerentes à doença mental?

“O doente mental pode casar?” Pergunto, responde rapidamente em tétum, “Mas quem vai querer casar com ele?”. Deu a ideia que os doentes mentais não casam porque ninguém na família quer alguém doente na família. Se já estiveram casados, paciência” (diário de campo).

Outras das percepções que podem levar ao estigma, percebida não pelo discurso verbal, mas por interpretação, está relacionada com o casamento e a posição social que o timorense adquire. O *bulak* não casado, mesmo com idade adulta (mais de trinta anos) é chamado por *labarik* (criança), não podendo (talvez!) ser utilizado o termo de *Ferik* (anciã) ou de *Katuas* (ancião). Quem casa adquire este termo/posição social, logo serão eternas crianças. *“Chama de criança a um doente mental e já é homem feito. Não é casado, nem irá casar! Porque a doença apareceu na adolescência.”* (diário de campo).

4.6. A SAÚDE MENTAL E CRENÇAS (RELIGIOSAS) EM TIMOR-LESTE: ANIMISMO E IGREJA CATOLICA

A religião é um elemento de experiência humana. Esta influencia a forma como se vê e se reage ao mundo. Em Timor-leste as manifestações de doença, das mais simples (ex: dor de cabeça) às mais complexas (doença mental), são vistas e associadas à luz do sagrado.

O sistema de crenças vigente (*lisan*) remete-nos para uma interferência sobrenatural dos elementos da natureza, isto é, o Animismo. Em simultâneo, é visível uma interferência do discurso da Igreja Católica nos comportamentos ou nos discursos dos timorenses.

O animismo é definido por “*a crença numa alma das coisas, num mundo dos espíritos, numa força vital*”⁶⁰. Com uma crença profunda e dominante em espíritosos timorenses consideram a divisão em categorias: *Mate-bian* (os espíritos dos antepassados a quem prestam um culto especial); *Klamar* (os espíritos dos vivos) e *Rai-Na'in* (os espíritos da natureza). A par desta separação acreditam também numa força vital como existente entre todos os espíritos mencionados (Menezes, 2006). Tudo o que existe está vivo e tem uma alma. As várias entidades têm força variável e pode ser dotada de inteligência e de vontade. Podem influenciar o comportamento humano em diversos aspectos.

Segundo Giddens (2000), pode acreditar-se que os espíritos causam doença ou loucura e que podem possuir ou tomar um indivíduo de modo a controlar o seu comportamento. Como já foi em cima referido nas causas de *Bulak*.

Segundo Felgueiras e Martins (2006), padres jesuítas há mais de trinta anos em Timor-leste, a Igreja iniciou a sua missão em Timor-leste há mais de quatro séculos. Referem que “*quando os antepassados de Timor actual acolheram missionários, foi porque sentiam na sua mensagem algo que condizia e era esperado pela sua própria alma*”. Desta forma o cristianismo “*veio elevar, dignificar e enriquecer o que já palpitava na natureza do povo timorense, isto é, o cristianismo ao chegar encontrou um povo com o sentido de Deus e do sagrado*”⁶¹.

⁶⁰ Dicionário de antropologia, 1983, p. 57.

⁶¹ João Felgueira e José Martins (2006), p. 226

No discurso dos timorenses não é expresso um discurso relacionando o castigo de Deus e a presença das doenças. Mas há todo o discurso da existência de espíritos (*Klamar*) e de uma entidade única, Deus como o iluminado (*Maromak*).

Posto isto, é perceptível que há uma assimilação e uma interferência do animismo e da Igreja Católica, no dia-a-dia e na relação com a saúde/doença. É de referir que, neste estudo, não é discutida a origem do discurso da Igreja Católica na crença animista pelos timorenses ou a adaptação da crença animista no discurso da Igreja Católica. Também não são abordados quais os graus de influência das mesmas ou de cada uma delas e esta relação com o conceito de saúde/doença. É realçado este assunto, uma vez que entender a profundidade no futuro, poderá permitir experienciar e desta forma, interpretar a relação existente entre os timorenses e a espiritualidade/religião, que muitas vezes também está na base de patologias psiquiátricas.

4.7. UNIVERSO DOS SENTIDOS EM SAÚDE MENTAL

Segundo Titev (2000), possuímos a capacidade mental para conceber valores simbólicos, para os atribuir a qualquer coisa e também para arranjar e modificar significados simbólicos se assim o desejarmos. Do ponto de vista socio-antropológico uma representação concreta, com significado socialmente reconhecido e sancionada por um grupo, funciona como uma unidade de comunicação entre os mesmos (Lima, 1983). Segundo Meneses, (2008, p. 9) “*é fundamental que as diferentes culturas possuam imagens concretas sobre si próprias, e sobre as outras, assim como das relações de poder e de saber que as unem. Todavia, essas representações reflectem sempre as relações históricas de dominação e de diálogo que as constituem*”. O povo timorense está fortemente ligado a símbolos culturais; conhecer esses símbolos pode dar-nos leituras da matriz cultural em causa e proporcionar o diálogo de entendimento.

Numa actividade lúdica, com o intuito de investigação exploratória, foi pedido a jovens universitários para desenhar algo que estivesse relacionado com a cultura timorense e a saúde mental. Surgiram vários desenhos (*anexo III*) e apesar de serem apenas desenhos, visto como símbolos, constituem uma realidade concreta, os valores e as crenças, que servem para representar uma realidade abstracta como a saúde mental; penetram ao mesmo tempo no individual, em cada jovem, e no social, integrado culturalmente.

Levam-nos a identificar as várias leituras na saúde mental (*ai-hun*, árvore sagrada, fonte sagrada, montanha sagrada), e, ao mesmo tempo, a realidade local e específica, *lulik*, o sagrado associado à saúde mental.

Não sendo o objectivo desta investigação a leitura simbólica de cada representação, a sua importância traz luz a própria investigação. Aprofundar as representações, não só de jovens, mas de doentes, familiares, técnicos de saúde ou líderes locais, poderá também permitir o entendimento de factores culturais na saúde/doença mental. Fica o relato da sua importância e a necessidade de explorar para se trazer luz a futuras investigações.

Uma das ressalvas que é sublinhada neste ponto é a especificidade de Timor-leste. Não existe apenas um único Timor-leste, como uma única interpretação. Nas investigações sobre Timor-leste é necessário sublinhar a zona geográfica em causa, assim como o grupo etnolinguístico em estudo. Existem mais de 20 grupos. Estes grupos não diferem entre si apenas na língua, como também nos costumes/tradições. Esta dinâmica refere-se a jovens naturais do Distrito de Manatuto, Dili e Baucau.

Passando a um nível mais profundo e assumindo os limites que as interpretações podem originar, Seixas (2006, p. 78) defende que “*a interpretação de mitos timorenses*⁶² ... *possibilita-nos compreender Timor-leste numa perspectiva cultural*”. Estes representam a actualidade e as suas estruturas. São os mitos que enfocam o pensamento e as práticas timorenses, a própria estrutura social. O distanciamento perante estas estruturas de pensamento e de práticas de alguns timorenses da diáspora não ajuda à compreensão do que se vai passando em Timor-leste (Seixas, 2006).

Como já referido *tasi-feto* e *tasi-mane* são coordenadas geográficas, mas também são veículos de representações culturais. O mito diz-nos que quando o irmão mais novo partiu, o país ficou entregue aos irmãos mais velhos. O irmão mais novo (associado ao estrangeiro) parte em direcção ao norte (*tasi-feto*) e ao ocidente em busca do conhecimento, para depois transmitir ao irmão mais velho (associado ao timorense).

Ao tentar associar a expressão de *bulak-mane* e *bulak-feto* a coordenadas/orientações, estas poderão dar-nos indicações que há também “coordenadas” de tratamento. *Bulak-*

⁶² O mito referido é “*O irmão mais velho e o irmão mais novo*”. Segundo Seixas, (2006 p. 77) “*É um mito que atravessa Timor-leste e o resumo deste autor utiliza as versões de Traube, no caso Mambai, de Hohe, no caso dos Kemaq e de Gomes para os Fataluku, e ainda de Ospina e Hohe para o mito geral*”.

feto, a aceitação de um tratamento por parte dos estrangeiros, o irmão mais novo que possui o conhecimento que foi em busca com indicação do irmão mais velho. Todavia, o irmão mais velho, ficando em terra, não se desapega da raiz das tradições, podendo tratar do *bulak-mane*, ao inverso do irmão mais novo.

A utilização do mito do “*Irmão mais novo*” como chave para interpretar a relação entre tradições leva-nos a associar as categorias de *bulak-teen* e *bulak-feto* à tradição caracterizada pela categoria ‘irmão mais novo’ e *bulak-tebes* e *bulak-mane* à tradição caracterizada pela categoria ‘irmão mais velho’. Em função de tal interpretação, é aceitável que o *bulak-teen* e o *bulak-feto* se associe ao *malai*, uma vez que o ‘irmão mais novo’ é aquele que parte para norte e ocidente, exactamente o lugar associado aos *malai*. A associação ao ‘irmão mais novo’ e ao *malai* é ambígua. O irmão mais novo parte, mas é esperado que regresse para governar. É esse regresso que o coloca em associação com os *malai*. O regresso é sempre esperado mas torna-se necessário o reconhecimento do mesmo, criando-se sempre uma ambiguidade: será mesmo o ‘irmão mais novo’ que regressou ou não?

É, talvez, em função desta ambiguidade (e de um possível reconhecimento) que se torna possível a criação de uma *terceira cultura*, uma resolução da quebra, com a criação da expressão *moras mental*.

Em suma, o mito mostra-nos o desafio de conjugar um rito de conciliação tradicional, com um rito de “ocidentalização” que possibilite o salto cultural da união entre os dois sistemas (Seixas, 2006), onde a saúde possa reunir o dualismo complementar e em equilíbrio.

CAPITULO 5

A SAÚDE MENTAL E A COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE. RESULTADOS EM DIÁLOGO

Em qualquer momento ou em qualquer parte do globo, a história da humanidade é uma história do Homem em movimento. A identidade cultural de uma nação é um contínuo processo de intercâmbios, um contínuo fazer-se e refazer-se. Intercâmbios sociais, culturais, educacionais e mesmo de saúde. A cooperação para o desenvolvimento cria condições culturais e técnicas para a mobilidade e a interferência destes intercâmbios.

Neste capítulo, o resultado da análise de dados que deu origem a matriz cultural timorense é colocado, neste capítulo, em discussão. Os sistemas de valores culturais (ocidental e timorense) entram em diálogo. Não se pretende realçar as semelhanças ou as diferenças de cada cultura. Procura-se o diálogo entre os dois sistemas.

A realização dos resultados desta análise pode ser um processo questionado no seio da ciência da saúde, contudo “*a compreensão da forma como os factores culturais condicionam o comportamento, as atitudes, os delírios ou as alucinações, as estratégias de diagnóstico e a representação de todos os factores, são estruturantes da actividade científica*”⁶³. A compreensão destes factores condiciona o aparecimento de novos conhecimentos, servindo de base a novas questões e/ou às estratégias para a compreensão dos mesmo. Na prática, a compreensão de factores culturais condicionam uma cooperação mais responsável e eficiente.

Em cooperação para o desenvolvimento os cooperantes representam aqueles que podem compor e decompor uma identidade própria e uma identidade colectiva. Quem chega “transporta” consigo uma série de símbolos, códigos e interpretações e permanece num território/pais em que existem outras identidades com símbolos, códigos e interpretações próprias. Em investigação a procura do conhecimento é inerente a componente central do investigador. O investigador decompõe uma serie de conhecimentos e interpretações para alcançar novos conhecimentos. Encontrar um equilíbrio entre a linguagem da cooperação e a aplicabilidade da investigação é desejável.

⁶³ Wilson Abreu 2003, p. 174.

5.1. A SAÚDE EM TRADUÇÃO

A tradução cultural será uma das tarefas mais desafiantes que se apresenta a cientistas sociais e activistas no século XXI, como refere Santos (2007). As grandes diferenças entre saberes (ciência e subjectividade reflexiva) levantam a questão da incomensurabilidade. Através da tradução torna-se possível identificar preocupações comuns, aproximações e condições inultrapassáveis.

A tradução intercultural está dependente de procedimentos adequados. Deve resultar a dois níveis, linguístico e cultural. Em diferentes culturas (ocidentais e não ocidentais), não só se usa uma linguagem diferente, mas também distintas categorias, diferentes universos simbólicos e aspirações a uma vida melhor (Santos, 2007).

Michel Foucault, sobre a prática científica, diz “*Nem tudo é verdadeiro; mas em todo o lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que está no entanto à espera do nosso olhar para aparecer, à espera da nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo certo, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em qualquer lugar*”⁶⁴. Também nesta tradução da saúde mental em contexto cultural específico foram utilizados instrumentos que permitiram uma perspectiva, um ângulo determinado. É apresentada em forma de interrogações, suposições. A saúde está em constante intercâmbio, em constante tradução.

5.1.1. Profano ou Sagrado?

No quotidiano dos timorenses é perceptível uma diferença entre o mundo do homem (dimensão humana – mundo profano) e o mundo sagrado (dimensão sagrada - mundo da crença). O homem pode entrar no sagrado, mas por meio de rituais específicos. Quando há uma mistura (ex: beber água de uma fonte sagrada, quebrar um *bandu*) e as dimensões se unem, sem intenção⁶⁵ ou permissão, pode criar-se uma condição de perigo⁶⁶ e ter como consequência uma penalidade, *bulak*: um distúrbio psíquico. Separar

⁶⁴ Michel Foucault 2008, p. 113.

⁶⁵ Notar que não há referência sobre a condição de *bulak* em rituais sagrados.

⁶⁶ Segundo Douglas (1991) a ideia de perigo (e pureza) é uma expressão metafórica para expressar a visão da ordem social. As acções não puras estão presentes em todas as sociedades, e cada indivíduo, a sua

o que está junto (e não deveria) é restabelecer o equilíbrio do universo. Este procedimento deve ser mediado pelo *matan-dook*, que restaura as dimensões para as suas condições normais.

Segundo Eliade (1956, p. 28), “*o profano e o sagrado constituem duas modalidades de ser no mundo. Duas situações assumidas pelo homem ao longo da sua história... O sagrado simboliza o poder e, por pela mesma ideia, à realidade por excelência*”. Equivale a manifestação de uma ordem diferente, de uma realidade que não pertence ao mundo – em objectos que fazem parte integrante do mundo natural/profano. A árvore sagrada, a pedra sagrada, não são adoradas como pedra ou como árvore, são-no porque, justamente, mostram qualquer coisa que já não é pedra nem árvore, mas sagrado.

A doença, como doença que é uma manifestada do sagrado, mantém a dimensão de sagrado. Trata-la como mera patologia física, quando não é concebida como tal, é susceptível de criar uma nova modalidade de ser no mundo dos timorenses?

Com a chegada de intervenientes de fora, com outra forma de pensar, com a introdução de novos programas de saúde, medicação, etc... há uma nova realidade em mudança que começa a ser vivida, uma dimensão que toca os limites da dimensão do profano e do quotidiano: o mundo do timorense em junção com o mundo *malai*. Poderá tratar-se de uma nova dimensão ou da dimensão profana em mudança. Não é explícito. Mas é implícito que como consequência a uma alteração poderá implicar uma nova intervenção.

5.1.2. Ciência ou tradição? Os dicionários ou os *katuas*?

Existem timorenses com formação académica segundo os moldes ocidentais (em território nacional ou estrangeiro), que adoptaram um discurso segundo modelos científicos, mas que as suas acções continuam a ser condicionadas pelas tradições de origem. Referem que existe um sistema de crenças bem enraizado e é inquestionável,

maneira, procura não “cair em perigo”. As crenças-perigo são ameaças que o homem utiliza para coagir; são perigos que ele próprio teme cometer por lapsos de rectidão. Nesse nível, as leis da natureza são introduzidas para sancionar o código moral, levando a que todo o universo conspire a forçar o homem a uma boa conduta. O perigo da desordem surge quando não são cumpridas as leis, neste sentido certos valores morais e certas regras sociais são definidas e mantidas por crenças.

“*É sempre melhor continuar a acreditar*” (diário de campo). Equilibram a tradição e a ciência?

Uma classificação de *bulak* referida por um timorense, profissional de saúde, menciona que no universo da perturbação psíquica existe *bulak-teen* (*doente mental aldrabão*) e *bulak-tebes* (*o verdadeiro doente mental*). Duas realidades que condicionam dois tratamentos diferentes. O *bulak* considerado “aldrabão” pode ser tratado pelo *malai*, pelos compêndios, tem justificações plausíveis e práticas. O *bulak* verdadeiro tem como base um quadro cultural das percepções psíquicas. A perturbação psíquica deriva do desrespeito com algo que é *lulik*. Logo, só pode mesmo ser tratado segundo a tradição, segundo a *lisan*. Unicamente os *katuas* são detentores desse conhecimento.

O equilíbrio entre a tradição e a ciência passará por uma nova invenção da tradição⁶⁷?

Segundo Hobsbawm (1983), as tradições podem ser verdadeiramente inventadas, construídas ou formalmente institucionalizadas e podem emergir de forma reconhecida ou dificilmente reconhecida da história. A invenção da tradição desperta quando surgem transformações rápidas numa sociedade levando ao enfraquecimento ou destruição de padrões sociais para os quais as velhas tradições foram criadas ou quando estas começam a manifestar-se não serem suficientemente adaptadas ou flexíveis.

As tradições referidas (*lisan*) existem de um passado real que impõe práticas fixas. O costume destas tradições serve de motor e orientação às práticas do povo. A visão da mudança (mesmo que imposta) pode induzir uma nova tradição.

Os estrangeiros “levaram” uma doença classificada internacionalmente (DSM). Formaram, orientaram estratégias a nível nacional com esta base e os timorenses absorveram e adaptaram-se a esta nova realidade “importada”. Mas adaptaram-se de uma forma particular, segundo as classificações já determinadas pelos timorenses. Supondo desta forma a invenção da tradição⁶⁸.

⁶⁷ Segundo Eric Hobsbawm, (1983, p. 1) Tradição inventada significa uma série de práticas, em geral, orientadas por regras abertas ou tacitamente aceites, de natureza ritual ou simbólica que procuram inculcar certos valores e normas de comportamento através de repetição, a qual implica automaticamente uma ligação com o passado.

⁶⁸ Contudo, é importante referir, também pelo Hobsbawm que podem surgir suposições da invenção da tradição errôneas: as formas mais antigas da estrutura comunitária ou de autoridade estavam inadaptadas e tornaram-se inviáveis; ou as novas tradições resultaram da incapacidade de utilizar as antigas.

Um timorense refere: “*Vocês quando precisam de saber algo sobre a saúde vão aos livros e aos dicionários. Nós vamos aos katuas*” (diário de campo). Nesta declaração, consegue-se perceber claramente a oposição entre a tradição e a ciência, na percepção de duas fontes de conhecimento. Compêndios, tratados e dicionários ou a sabedoria tradicional dos *katuas*. O que se pode decorar ou o que já resultou de um processo de aprendizagem e em que se acredita plenamente: as tradições.

O timorense tem uma crença forte nos seus antepassados. Segue o que conhece, o que sempre lhe ensinaram a acreditar e no que continua a acreditar. E este conhecimento deu-se através da oralidade. Na oposição entre *Katuas* e os Tratados surge também a necessidade de reflectir a importância da transmissão de conhecimentos orais, de pessoa para pessoa e do conhecimento científico, de livro em livro. É de valorizar também o conhecimento oral ou apenas os conhecimentos escritos e validados cientificamente? Referido por um médico cubano (diário de campo) “*Em Timor, é necessário ir aos katuas percebê-los, para só depois ir aos jovens e formá-los*”.

5.1.3. *Matan-dook*: união ou separação?

É perceptível que a saúde é uma área central, no qual diferentes intervenientes desenvolvem um trabalho de interacção e mediação. Porém inúmeras vezes, não há uma consciência do papel e da complexidade de cada interveniente.

Na oposição entre ciência e tradição existe um elemento que pode conectar o quotidiano com o mágico, o sagrado com o profano, a tradição com a modernidade: o *Matan-dook*.

Há depoimentos de que poderão ser “*impostores ... poderão resolver os problemas mas a curto prazo*” (diário de campo), mas um técnico de saúde também refere que “*o matan-dook, deve ser o parceiro da saúde. Devemos tê-lo do nosso lado. Tentar que o matan-dook continue a seguir as suas práticas tradicionais e ao mesmo tempo, seja ele próprio a enviar o doente para o centro de saúde*” (diário de campo).

Existe uma diversidade de opiniões relacionadas com o *matan-dook*. Quais as justificações? Poderão ser várias: a formação de base, a forma como interpretam a questão, etc... mas também, e como suposição principal, destaco a possibilidade de “ser

em contexto”, isto é, cada timorense adapta o seu discurso ao contexto em que vive. Entrando na lógica da comunicação⁶⁹.

Matan-dook, traduzido à letra, significa olhar (*matan*) longe (*dook*). É o *matan-dook* que consegue olhar para além do que é evidente, para além do que é imediato⁷⁰.

Pelos vários depoimentos, é transmitida a sensação que os *matan-dook*, não são apenas intervenientes em saúde, são também uma espécie de conselheiros (psicólogos) na cultura de Timor. Este é um povo que acredita nos antepassados, que acredita na intervenção divina, que está habituado a seguir as orientações dos “chefes”. Precisa de uma “segunda opinião” sobre o que acontece nas suas vidas, e por isso recorrem e apoiam-se no *matan-dook* (diário de campo).

Os timorenses têm a noção que o *malai* não percebe totalmente as dificuldades da vida por que passaram, que passam e poderão vir a passar com a situação de doença. O *malai* não percebe aquilo em que os timorenses acreditam. O *matan-dook* é o elemento de ligação, da realidade, com os antepassados e com a tradição. Os profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros, ou outros, são os elementos que tratam da mente enquanto consequência de um cérebro doente. Portanto, o *matan-dook*, tem uma acção que abrange o mundo espiritual, enquanto os *malai* unicamente conseguem agir sobre o mundo material, sobre o físico e o imediato.

A OMS⁷¹ (2002) define por medicina tradicional o conhecimento técnico e os procedimentos baseados em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis pela ciência, em prol da saúde através da prevenção, diagnose e tratamento da doença física e mental. Engloba terapias com medicação à base de ervas, partes de animais ou minerais e terapias sem medicação.

Sobre a presença do *matan-dook* no sistema de saúde, a Declaração Alma-Ata (1978) reconhece esta situação, apela também ao pluralismo terapêutico e propicia uma política

⁶⁹ Segundo, Bourdieu (1998, p. 15) “ Na base do sentido objectivo que se gera na circulação linguística, está, antes de mais, o valor distinto que resulta das relações estabelecidas pelos locutores, consciente ou inconsciente, entre o produto linguístico oferecido por um locutor socialmente caracterizado e os produtos simultaneamente propostos num espaço social determinado.”

⁷⁰ É de sublinhar, como refere Graça Carapinheiro (1993), na medicina moderna, os médicos também tem instrumentos que permitem ver mais longe, ver para além do que é evidente e imediato (por exemplo o estetoscópio, o esfignomanómetro, os exames complementares de diagnóstico, etc.)

⁷¹ OMS – Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, Genebra WHO/EDM/TRM/2002.1

de integração em cuidados de saúde primários⁷². Contudo, a integração da medicina tradicional em modelos nacionais tem uma dupla interpretação: benéfica, no sentido em que é parte integrante da cultura, tornando-a única e holística e dá segurança ao povo; inconveniente, no sentido em que atrasar cuidados médicos pode ser fatal em algumas situações (ex. surtos virais).

Encontrar o equilíbrio da união/separação poderá ser sensato. O *matan-dook* será um parceiro fulcral na saúde?

5.1.4. Mudança de paradigma?

Ao nível dos doentes mentais e dos *bulak* já se nota uma intervenção e uma influência. Mas será indicador de mudança de paradigma? Em tétum existe apenas a expressão *moras*, que pode significar dor, doente, doença (depende do contexto sintáctico). Em conversações coloquiais já se usa a expressão *moras mental*, para referir a condição vivida pelos doentes mentais, em vez do tradicional *bulak*. Não se usa vulgarmente *ulun-moras* (dor de cabeça), *kabun-moras* (dor de barriga), mas somente *moras*. O que não acontece para a doença mental. É visível que foi introduzido um novo conceito/uma nova palavra, havendo relação entre uma nova linguagem, uma nova acção e um novo objecto, remetendo-nos aqui para a evidência da Teoria da rotulagem/rotulação⁷³.

Com esta análise, o conceito de *terceira cultura* também poderá ser aqui abordado? Para Brockman, (1991), a terceira cultura assenta no trabalho experimental e nas especulações teóricas de investigadores e outros pensadores do mundo empírico, que tem vindo a ocupar espaço dos intelectuais tradicionais no esclarecimento do sentido mais profundo da vida, redefinindo quem são e o que são. O conceito *moral mental* poderá indicar, para os timorenses, uma visão científica do universo que fazem parte e da qual podem desempenhar também um papel determinado por eles.

⁷² OMS – A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, na declaração Alma-Ata (1978), na qual se preconiza o envolvimento da comunidade nos cuidados de saúde (*requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planeamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde*), vinculando o trabalho em articulação com os curandeiros tradicionais (*assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar*) na definição de programas de intervenção.

⁷³ Segundo Giddens, 1997, p. 888. Teoria de rotulagem: *Abordagem ao estudo do desvio que defende que as pessoas desenvolvem comportamentos desviantes devido à rotulagem que as autoridades políticas previamente fazem do seu comportamento.*

A nível linguístico, o conceito de crioulo e de pidgin também poderá ser analisado. O pidgin é uma “*língua simplificada composta por elementos de duas ou mais línguas, utilizada como forma de comunicação entre comunidades linguísticas diferentes*”⁷⁴. Uma mistura de línguas que não é língua materna de ninguém. O crioulo é a “*língua natural que resulta da mistura da língua autóctone com uma outra língua e que se torna língua materna*”⁷⁵. A expressão *moras mental* é, talvez, a evidência de uma nova linguagem de diálogo entre *lisan* e ciência. Por isso utiliza uma palavra de cada cultura *moras* e *mental*. Mas esta linguagem ainda não é uma língua materna de ninguém. Pode ser portanto um pidgin.

Ao mesmo tempo, parece também que há uma diferença entre *bulak* e *moras mental*. *Bulak* refere-se a todos os que possuem uma perturbação psíquica. E *moras mental* é aquele que vai ao centro de saúde e recebe medicação. Tem uma conotação diferente, parece que *moras mental* é mais “leve” para a comunidade (diário de campo).

Laplantine (1978) explica esta situação referindo que, na medida em que as sociedades evoluem,⁷⁶ o indivíduo que se auto-percepcionava como membro do seu grupo e fora dele sem nenhuma existência própria; emerge progressivamente da relação quase fusional do seu grupo, para a aquisição de uma certa autonomia e toma uma certa distância em relação ao seu ambiente natural. Neste sentido, a doença mental desenvolve-se em reacção a uma integração clânica insuficiente.

Isto poderá significar que em Timor-leste se assiste a um despojar das suas características espirituais. Há o afastamento de uma interpretação segundo a *lisan*, para se tomar em algo físico como a capacidade de receber tratamento médico. Poderá também significar que deixa de ser um problema para a família, porque os estrangeiros explicam que é um problema do indivíduo. Mas ainda, e percebendo a evolução que os conceitos podem ter nas sociedades, pode significar para os timorenses que pertencem a uma cultura científica proposta e antes ignorada. Desta forma, são levantadas questões do que poderá também ocorrer em Timor-leste associado a estes fenómenos.

⁷⁴ Dicionário online da Língua Portuguesa da Porto Editora (2009).

⁷⁵ Dicionário online da Língua Portuguesa da Porto Editora (2009).

⁷⁶ Laplantine (1978, p. 122). Aqui o evoluir da sociedade deve ler-se no sentido na evolução da economia de dádiva e da colheita para uma economia baseada na exploração sistemática da natureza. Cada vez que uma nova tecnologia agrícola é adquirida, a estrutura social transforma-se e o clã tradicional desagra-se.

5.1.5. Inclusão ou exclusão?

É referido no capítulo anterior que o *bulak* vive na *to'os*. Mas não é evidente se viver na *to'os* é estratégia de exclusão ou inclusão na comunidade.

Estratégia de exclusão no sentido em que a sociedade (assumida de forma calma e indiscutível pelos familiares), devido aos comportamentos e ao rótulo da condição de *bulak*, pede/exige/obriga o *bulak* a viver longe do centro das aldeias. Ou ainda, uma auto-exclusão por parte do *bulak*, devido à vergonha que esta condição lhe coloca.

Estratégia de inclusão no sentido em que os próprios *bulak* vivem na *to'os*, perto do sítio onde podem cultivar, colher e preparar o alimento para toda a família, sendo-lhes atribuído um papel social determinado e podendo assim serem úteis, não terem um *servisu*, mas um *kna'ar* (trabalho mas não renumerado; missão). Uma vez que as relações sociais estão fragilizadas são instruídos para poderem ser úteis para a família.

Exclusão entende-se por um processo de desintegração social, considerado como uma ruptura sucessiva entre o indivíduo e a sociedade (Cunha, 2008). Castel (1991)⁷⁷ reflecte sobre a exclusão social no sentido da fragilização dos laços sociais e na não participação na vida comunitária. Refere que no ponto mais extremo da exclusão social, há uma ruptura dos laços com os grupos mais próximos, nomeadamente com a família. Explica o fenómeno como resultado das rupturas sociais ao nível da pertença dos grupos e da própria sociedade.

Neste sentido, a dúvida reside como fenómeno de exclusão ou inclusão, pois verifica-se a vivências dos *Bulak* na *to'os*, mas sem a ruptura de laços familiares e de laços comunitários.

5.1.6. *Fó-hatene* ou *Fó moral*?

“Centro-me na formação. “Que formação é ideal para Timor?” Responde que a formação é importante ser feita cá. Não deve ser fora. Deveriam vir psiquiatras e enfermeiros especialistas para formar o povo cá com os nossos doentes, com a nossa cultura” (diário de campo).

⁷⁷ Citado por Cunha (2008, pp. 26)

Quando se fala de formação (ensinar, capacitar) é necessário ter em conta o referido pelos timorenses (diário de campo), que a formação tem duas vertentes: *fó-hatene* e *fó moral*. *Fó-hatene* diz respeito a dar conhecimento, informar. *Fó moral* diz respeito a dar apoio moral, incentivar. Entre os timorenses, nos seus discursos sobre formação, há claramente a diferença entre dar conhecimento, formar e dar moral, moralizar. A diferença entre formar pessoas, capacitar e, ao mesmo tempo, mostrar-lhes o caminho. Qual será a diferença entre ambas?

O significado de moral, na língua portuguesa é: “*Relativo a bons costumes... ciência que ensina a regra que se devem seguir para praticar o bem e evitar o mal*”⁷⁸. O *fó moral*, pode ter origem no sentido religioso, mas não tem totalmente este sentido. É mais espécie de mostrar o caminho ao outro.

É necessário perceber que sabedoria pode não ser sinónimo de muitos conhecimentos. Sabedoria pode significar perceber e aconselhar como seguir os bons costumes; seguir a prática do bem; mostrar o caminho e seguir um caminho, ter um caminho não significa não cruzar caminhos, mas antes não andar por onde não se deve, como nos é indicado pela moral.

5.1.7. Dilemas em Timor-leste?

“A entrevista termina de forma muito tranquila. Com o chá de folha de abacate e o amendoim torrado ainda quente. Pergunta-me: “*mana di’ak liu matenek liu ka iha rai boot?!. diak liu maktene liu ka iha rai boot?!*” (Ser inteligente ou possuir terras grandes?) “Inteligência”, eu respondo. Ele concorda e afirma “Eu também penso assim”. Tenho já 5 filhos, é suficiente. Quero dar-lhes a todos as mesmas oportunidades. Se forem só para a horta, sabem semear, mas não escrever. Eles irão para a escola e para a horta também para serem homens” (diário de campo).

Para a cultura de Timor ter muitos filhos é sinal de prestígio e riqueza. Dar aos filhos condições e as mesmas oportunidades é sinal de dignidade humana para o mundo ocidental e dito moderno. Encontrar um equilíbrio para viver nos dois mundos (tradicional e moderno) pode ser difícil, se não impossível. A transculturação pode estar

⁷⁸ Dicionário Lello Universal. II volume. Porto, 1976, pp. 283.

assim presente, como resultado do processo do intercâmbio sociocultural. Um processo da qual resulta uma nova realidade composta. Uma realidade que não se traduz numa aglomeração de características (menos filhos/muitas terras), mas num fenómeno novo e independente (equilíbrio na tradição).

Referido por Laplantine (1978) são as descontinuidades culturais, as desorientações sociais, as rupturas entre ambientes distintos e os choques entre temporalidades antagonistas “*que agem como um stress de uma violência inaudita e precipitam populações inteiras na doença mental*”⁷⁹. Os efeitos da reestruturação do equilíbrio social traduzem-se, no início, por um conflito angustiante para o indivíduo entre a submissão às normas ancestrais e a aceitação de novos valores (inicialmente estranhos para o grupo): permanecer timorense, tornando-se ocidental.

Laplantine (1978) realça também que a tentativa desesperada de reorganizar em coerência dois universos mutuamente incompatíveis, não sabendo a que sistema cultural se deverá obedecer, poderá condicionar a realidade individual. Uma das consequências possíveis poderá ser de ordem regressiva ou psicótica. Desta forma, inconscientemente, nos timorenses, este dilema pode ser também uma possibilidade para as causas do mal-estar mental em Timor, como exemplo, frustração, dissociação, perda de sentimento de identidade, etc.

É evidente que a taxa de mortalidade materno-infantil está relacionada com as condições socioeconómicas e sanitárias do país. Timor-leste enfrenta o desafio de combater a pobreza extrema. Mas também enfrenta o desafio de compreender como pode manter a sua identidade, a sua cultura, a sua tradição, em comunhão com as normas “universais” trazidas pelos *Malai* e pela dita globalização.

5.2. DA TRADUÇÃO EM SAUDE À COOPERAÇÃO EM TIMOR-LESTE

Segundo Abreu “*os sistemas de assistência são uma parte integrante do sistema cultural global*”⁸⁰. Os sistemas de assistência congregam um conjunto de praticas e organizações com base em símbolos, crenças e filosofias culturalmente válidas. Embora

⁷⁹ François Laplantine (1978), p. 124.

⁸⁰ Abreu, 2003, p. 93.

a medicina ocidental tenha na sua base um conjunto de normas que podem ser universalizadas, os serviços de saúde do estado precisam de se organizar de acordo com as necessidades concretas da nação.

A prestação de serviços exige uma gestão abrangente e integrada que vai de encontro a realidade complexidade de cada indivíduo e das comunidades localmente identificadas. Contudo, a OMS (2008, p. xiii) refere que “*os efeitos de uma urbanização e globalização mal geridas ... aumentam o peso das doenças crónicas e não-transmissíveis*”. Timor-leste é um país em desenvolvimento que enfrenta o processo da globalização. Colmatar os efeitos provenientes da globalização mal gerida deve ser, também, objectivo primordial nas políticas de saúde.

5.2.1. A visão dos timorenses da cooperação em saúde

A saúde em Timor-leste tem outras prioridades que não a saúde mental, como a saúde materno-infantil e as doenças infecto-contagiosas. Em Timor-leste continua a morrer-se de fome, de doenças infecciosas que têm por base uma deficiente estrutura sanitária (diarreias, gastrites, infecções várias). É necessário reduzir a mortalidade, erradicar a pobreza extrema, melhorar as condições básicas de saúde, habitação e sanitárias, alcançar a educação primária universal (como referidos nos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio), para poder colocar a saúde mental como prioridade sectorial.

O Ministério da Saúde de Timor-leste tem um programa específico para a saúde mental⁸¹. Torna-se difícil a sua execução por falta de recursos materiais e humanos. Actua-se na base das situações presentes (na doença) e as estratégias na promoção de saúde são reduzidas.

Sobre a cooperação nos sistemas de saúde em Timor-leste Jesus (2008) refere “*a cooperação internacional tem sido crucial nos esforços para garantir igualdade na distribuição de qualidade à comunidade*”⁸². O Ministério de Saúde colabora com os projectos que são aprovados e financiados externamente por diversas organizações

⁸¹ National Mental Health Strategy for a Mentally Healthy Timor-leste.

⁸² Rui Paulo Jesus (2008 p.89).

internacionais, que tenham importância à comunidade timorense. O projecto na área de saúde mental tem financiamento externo por parte de organizações internacionais. Nestas situações, o ministério da saúde reúne esforços para acompanhar e colaborar com os projectos.

O Ministério da Saúde considera que acções a concretizar no futuro em Timor-leste, referidas por Jesus (2008) são “*Usar as prioridades da saúde nacional como a base para o desenvolvimento da cooperação com agências exteriores; a agenda externa deve ser um complemento à agenda nacional*” e ainda “*Colaboração eficaz com actores internacionais, nacionais e regionais, para assegurar que a agenda de desenvolvimento da saúde nacional está estrategicamente desenvolvido e com bastantes recursos*”⁸³.

5.2.2. Traduzindo modelos globais em modelos locais de saúde

Todas as pessoas desejam viver em ambientes seguros que promovam a sua saúde. “*Os cuidados primários com acesso universal e protecção social, representam respostas indispensáveis a execução desta expectativa*”⁸⁴. Adaptar as reformas ao contexto de cada país é uma medida referida pela OMS no Relatório Mundial de Saúde de 2008. As reformas referidas pela OMS poderão ser universalizáveis com base nas melhores evidências possíveis. Cada país tem condições e contextos específicos.

Pressupõe-se, na prestação de cuidados de saúde, a satisfação das necessidades básicas do individuo e da família, o acompanhamento com ou sem medicação, o apoio na crise, a educação e suporte dirigidos à pessoa com doença mental, seus familiares e rede de suporte social. Porém, são pontos fulcrais, para as linhas de orientação em suporte comunitário, a adaptabilidade étnica e cultural da prestação coordenada dos serviços e a centralidade da resposta às necessidades e o fortalecimento das potencialidades individuais.

Em Timor-leste, para intervir na doença mental, talvez seja apenas necessário criar um modelo hospitalar psiquiátrico tradicional. Para promover a saúde mental em Timor-leste, é necessário continuar na linha de intervenção “*O nosso hospital é a nossa*

⁸³ Rui Paulo Jesus (2008 p.89).

⁸⁴ OMS 2008, p. 68

comunidade”, seguindo as linhas de orientação de um suporte comunitário. O envolvimento no processo, por parte da comunidade, é essencial, já que um modelo verdadeiramente comunitário exige a participação da comunidade, de forma a torná-la um contexto terapêutico (Reis 2007; diário de campo).

Para estabelecer uma estratégia em saúde mental em Timor-leste, que visem as todas as dimensões, torna-se necessário analisar e estabelecer um ponto equilíbrio entre a matriz cultural e as directrizes lançadas pela OMS nos relatórios mundiais de saúde de 2001 e 2008. As dez recomendações para a acção são:

1. Proporcionar tratamento na atenção primária

Uma atenção baseada na comunidade significa que a grande maioria dos doentes que necessite uma atenção em saúde mental, deverá ter a possibilidade de ser tratado a nível comunitário. Proporcionar tratamento a nível dos cuidados de saúde primários é mobilizar os recursos locais para proteger a saúde da comunidade através da promoção de uma variedade de serviços locais que estão próximos do lar e do contexto do doente, criando serviços que sejam coordenados entre profissionais de saúde e organizados em comunidade, promovendo a interacção precoce pela aproximação dos serviços aos doentes/famílias. Estes serviços atendem às condições geográficas, aos acessos a outros serviços e aos recursos existentes em cada comunidade. Requerem, juntamente com os serviços comunitários, provisão de apoio em fase de crises por centros de retaguarda com equipas e estratégias definidas.

São descritas estratégias que poderão potenciar a prestação de cuidados em saúde mental a nível comunitário:

I. Centros de Saúde

A intervenção deverá ser mediada por uma equipa multidisciplinar, sediada em cada centro de saúde, composta por médico de clínica geral, enfermeiros, outros profissionais de saúde relevantes (poderá ser incluído na equipa assistente espiritual e *matan-dook*).

Compete as equipas dos centros de saúde a coordenação das estratégias implementadas, determinadas localmente (uma vez que a nível geográfico Timor-leste também se

diferencia de região a região); a coordenação da actuação dos diferentes agentes mobilizados na comunidade e a sinalização e o acompanhamento dos doentes e da sua família; em situações de crise a articulação com os hospitais de referencia (actualmente o Hospital Nacional de Díli que não possui internamento específico para doentes mentais, e em construção o Centro de Saúde Mental de Laclubar).

No acompanhamento a pessoa com doença mental e a sua família a equipa multidisciplinar deve estar desperta a:

- Sinalização, avaliação de necessidades (definição do plano terapêutico individual e familiar) levada a cabo por reunião da equipa multidisciplinar, após visita domiciliária por um ou mais elementos da mesma;

- Deslocação periódica ao domicílio – visita mensal ou bimensal, de um ou mais elementos da equipa multidisciplinar em função da avaliação de necessidades e plano terapêutico delineado. Compete fazer:

a. Acompanhamento à pessoa com doença mental (por exemplo: terapêutica farmacológica; acompanhamento de suporte/apoio emocional; educação para a saúde; implementação de estratégias cognitivo-comportamentais se possível);

b. Acompanhamento aos cuidadores informais, família (por exemplo: acompanhamento de suporte e educação, a fim de aliviar a sobrecarga emocional, educar para a saúde, aprender a identificar sinais de crise e usar estratégias adequadas (reduzindo as técnicas de amarrar o doente));

II. Equipas Distritais de Saúde

Uma vez que a saúde em Timor-leste está organizada por distritos, também poderão ser potenciadas as equipas distritais de saúde. A estas equipas compete a análise dos dados referentes a cada centro de saúde e definir as estratégias de actuação conjuntamente; formar/capacitar os profissionais de saúde nas diversas temáticas da saúde mental; colaborar com centros de saúde nas estratégias determinada para potenciar as comunidades (formação nas escolas; aos líderes locais, etc.); articular com os hospitais de retaguarda de saúde mental e os centros de saúde locais.

III. Hospitais de Retaguarda

Relativamente a internalização a OMS (2001) não recomenda o encerramento dos hospitais para doentes mentais sem a existência de alternativas comunitárias. Em Timor-leste, a aposta na intervenção comunitária é mais do que desejável já que se pretende não criar um problema que nunca existiu, a institucionalização.

Os centros de retaguarda ou hospitais de referência, que dêem apoio as alternativas comunitárias, devem ser vistos para situações apenas de emergência/apoio em situações de crise. Ou seja, quando há sinais evidentes de risco grave à integridade da própria vida do doente ou de outrem.

2. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos

Existe uma lista de medicação psicotrópica na farmácia central de Timor-leste. A lista resume-se a oito medicamentos anexados no *National Mental Health Strategy for a Mentally Healthy Timor-leste* (2005). São medicamentos gratuitos, existentes em todos os centros de saúde e acessíveis aos utentes que frequentem o Sistema de Saúde. Estes medicamentos proporcionam o tratamento de primeira linha em saúde mental.

A OMS refere que numa fase inicial de implementação de programas são necessários apenas cinco medicamentos essenciais em todos os contextos de atenção a saúde. Será importante monitorizar os efeitos da medicação nos doentes para uma avaliação eficaz de forma a assegurar e planear, num futuro próximo, a necessidade de disponibilizar todos os psicotrópicos essenciais.

3. Proporcionar atenção na comunidade

Proporcionar atenção a comunidade significa proporcionar a satisfação das necessidades e a melhoria das condições de vida da comunidade local, a partir essencialmente das suas capacidades. A comunidade assume o protagonismo principal e o compromisso nesse processo, numa perspectiva integrada dos problemas e das respostas. Ao promover a participação local na adopção de uma metodologia participativa, nos

processos de mudança e na melhoria das condições de vida (desde a concepção e decisão à avaliação, passando pela execução, direcção e acompanhamento) é implicada afirmação pela cidadania nos seus direitos e mas também nos seus deveres. Desta forma, é promovido o desenvolvimento da comunidade.

Em Timor-leste, a sociedade tradicional é organizada em grupos de pertença. Ao proporcionar atenção nas comunidades, potencializando está característica de pertença, aspira-se que, gradualmente, as comunidades se tornem em “contexto terapêutico”. Isto é, que criem condições necessárias ao alargamento da rede social de suporte da pessoa com doença mental e da família, tornando a comunidade mais inclusiva e receptiva. Pois, quando o ambiente social é favorável, o ambiente contribui largamente, para a recuperação e reintegração dos doentes.

Poderão ser estratégias mediadas em comunidades a constituição de agentes de saúde locais, com formação específica, com objectivos de visitação e suporte, dirigido a cuidadores informais/famílias, com o envolvimento dos chefes locais. Estes elementos seriam pessoas de referência para os doentes e as famílias e veículo de informação entre os vários elementos de saúde.

Eshun e Gurung (2009) destacam os estudos onde se relata que as comunidades que vivem de um maior colectivismo, os seus elementos sofrem de ansiedade social que repercutem um maior isolamento social. Desta forma, estes estudos alertam-nos que poderão existir tratamentos condicionados (exemplos: psicoterapias) se não forem entendidas as relação de grupo existentes.

A vantagem de proporcionar uma atenção comunitária é, também, proporcionar uma atenção personalizada aos mais de vinte grupos etnolinguísticos existentes em Timor-leste. Estes grupos não diferem entre si apenas na língua, mas também em crenças e valores. Proporcionar atenção a comunidade com linhas condutoras, mas com a flexibilidade adequada a cada comunidade, poderá ser benéfico para todos.

4. Educar o público

Acções de sensibilização à população, capacitação de agentes locais, desenvolvimento de competências de profissionais de saúde, programas que privilegiem o impacto na

comunidade, estabelecimento de parcerias governamentais a fim de sensibilizar e consciencializar para a promoção da saúde mental, entre outros, podem ser estratégias que estruturadas, permitirão a mudança dos modelos presentes.

A diferença entre *fó hatene* (informar/capacitar) e *fó moral* (apoiar/incentivar) é perceptível entre os timorenses, como já anteriormente distinguida. Esta noção alerta-nos para a necessidade de entender a diferença entre sensibilizar para a saúde mental, informar sobre saúde mental e educar para saúde mental.

São princípios da formação/capacitação humana que os conhecimentos não podem ser apenas adquiridos, precisam de ser adquiridos, apreendidos e reinventados na cultura local. Quando não se consegue uma adaptação dos conhecimentos, não há apropriação e o mais provável é não haver capacitação que impede posteriormente o desenvolvimento.

5. Envolver as comunidades, as famílias e os utilizadores

Envolver as famílias e as comunidades na prática de cuidados e na formulação de decisões em programas de saúde é crucial para dimensionar a saúde mental às necessidades da população. O enfoque centrado na utilização de todos os recursos disponíveis na comunidade, como refere a OMS (2008), permite emancipar a pessoa, a família e a comunidade para incluir a saúde mental no quotidiano da população e não apenas na prática dos profissionais. Uma das estratégias é incorporar o ambiente social e informal de cada família e da sua comunidade em mecanismos de apoio formais equacionados pelos profissionais de saúde.

A família, no seio do contexto de vida do doente, é simultaneamente, alvo e contexto de intervenção. As estratégias a privilegiar seguem nestes dois sentidos:

- I. A família enquanto alvo de intervenção, em colaboração com a equipa multidisciplinar, é importante integra-la nos grupos de suporte e educação e ensina-la a identificar sinais de crise aguda e as estratégias adequadas a adoptar perante a mesma.
- II. A família enquanto contexto de vida, contexto terapêutico torna-se importante constituir, entre famílias, uma rede de suporte primário da pessoa com doença mental.

Ao envolver as comunidades, coloca-se como interrogação o envolvimento dos *matan-dook* no sistema de saúde timorense. Numa sociedade que refere a diferença entre a intervenção em *bulak-feto* e *bulak-mane*, com dois grupos de intervenientes distintos, a inclusão do *matan-dook* poderá ser benéfica para as intervenções em saúde.

A OMS defende que “*o trabalho com curandeiros tradicionais é uma importante iniciativa de saúde mental*” (2001, p. 57). Os profissionais de saúde poderão dar aos *matan-dook* formação sobre transtornos mentais e comportamentais, estimulando o funcionamento como agentes que encaminham, desincentivando (se necessário e justificando) práticas relacionadas com o *bandu* e com crenças vigentes. Cabe aos profissionais compreender as aptidões dos *matan-dook* na equipa multidisciplinar. Não entrando na lógica de domínio de saberes, mas de potenciar a prestação de cuidados em equipas multidisciplinares. Se necessário, poderá ser vantajoso estimular as aptidões dos *matan-dook* no contexto de saúde mental.

6. Estabelecer política, programas e legislações nacionais

Refere a OMS (2001) que proteger e melhorar a saúde mental da população é uma actuação complexa e envolve múltiplas decisões. A política de saúde exige estabelecer as prioridades entre as necessidades, os serviços, os tratamentos, as estratégias de prevenção e promoção de saúde, etc., assim como definir onde são investidos os financiamentos. No relatório de 2008, a OMS refere ainda que o sucesso de abordar determinantes sociais, económicos e políticos de saúde, dependem da colaboração frutífera entre o sector da saúde e outros sectores. Assim, coordenar a saúde com áreas como educação, saneamento, habitação e segurança aumentaria, a longo prazo, os ganhos em saúde.

Existe o programa de saúde mental realizado em 2005. Após quatro anos, poderá ser necessário fazer uma avaliação do desenvolvimento da saúde mental, não apenas pelo desenvolvimento do programa mas pela avaliação da doença/saúde mental nas comunidades e o impacto do mesmo.

“*A legislação sobre saúde mental deve codificar e consolidar os princípios fundamentais, valores, metas e objectivos da política de saúde mental*” refere OMS

(2001 p. 85). Timor-leste é um dos países que ainda não possui legislação em saúde mental. Desta forma, torna-se indispensável para “*garantir que a dignidade dos pacientes seja preservada e que seus direitos humanos fundamentais sejam protegidos*” (OMS, 2001, p. 85). O Ministério da Saúde deverá proporcionar meios para formular as leis nacionais para a saúde mental, condizentes com as obrigações internacionais na área dos direitos humanos, os principio acima mencionados, incluindo a Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, como refere a OMS (2001).

7. Preparar Recursos humanos

Aumentar e aprimorar a formação dos profissionais para a saúde mental é uma das linhas de orientação da OMS (2001; 2008). Em Timor-leste, referido pelo Ministério da Saúde, faltam recursos humanos especializados em saúde mental.

É prioritário a formação de profissionais que actuem no terreno em saúde mental. Surge a duvida se a formação adequada é no terreno ou nos diversos centros especializados no mundo. Qualquer que seja a opção é necessário ter em conta as condicionantes. A mobilização internacional de recursos especializados timorenses, embora contribua para o intercâmbio de conhecimentos, provoca a diminuição de pessoal especializado do país. Promover formação de especialistas em território nacional por estrangeiros pode correr-se o risco, como afirmado pela OMS (2008), que os prestadores de saúde recebam formação que não os habilita a prestar cuidados orientados para a pessoa no seu contexto de vida. Estas dificuldades estão relacionadas com conflitos interculturais que podem existir, pela estratificação social muitas vezes exposta (os estrangeiros e os locais), pela discriminação (in)visível (os cooperantes são detentores do conhecimentos e os locais devem aprender os conhecimentos que os cooperantes possuem) e pela estigmatização (os (pre)conceitos existentes em relação aos povos dos países em desenvolvimento e, inversamente, os (pre)conceitos existentes sobre os cooperantes).

8. Formar vínculos com outros sectores

Como já referido, há sectores que estão em íntima articulação com o desenvolvimento e simultaneamente, com a saúde. Se estes sectores não são determinantes condicionam os

indivíduos e as comunidades. Abraçar outros sectores proporcionará o desenvolvimento nas políticas de saúde. Mas não só os sectores governamentais. Num país em desenvolvimento com ajuda internacional é também necessário articular em rede as diversas ONG's existentes. As ONG's devem mostrar um papel definido e criar estratégias, conjuntamente com os ministérios, para concretizar os objectivos em prol do país e não apenas de agendas individuais. Como defendido pela OMS (2008) a coordenação e mediação implica a estrita colaboração com as organizações existentes. Estas organizações devem centrar-se no apoio centrado no desenvolvimento a nível local, potenciando, simultaneamente, os cuidados de saúde primários organizados a nível comunitário.

9. Monitorizar a saúde mental na comunidade

A monitorização da saúde mental, em Timor-leste, é feita através da inclusão de indicadores de saúde mental nos relatórios dos centros de saúde a enviar mensalmente às direcções distritais de saúde. Nestes indicadores relata-se os números de doentes por idade, sexo, diagnóstico e o encaminhamento. Esta monitorização ajuda a entender a globalidade do programa de saúde mental em cada centro de saúde.

Para que não se torne em relatórios e números, poderá torna-se necessário consciencializar para a importância de uma monitorização correcta e sistemática, readaptando os indicadores para melhorar a leitura dos mesmos. Ao mesmo tempo, torna-se necessária uma análise (trimestral ou semestral) dos mesmos dados com finalidade de verificar a efectividade dos programas e fortalecer as medidas de actuação e os desafios presentes.

10. Dar mais apoio à pesquisa

Para a OMS (2001; 2008) é urgente o fortalecimento da investigação em países em desenvolvimento. A investigação proporciona a compreensão de fenómenos em saúde mental. Aliar a prática à investigação leva a que as medidas de actuação em saúde mental sejam fundamentadas e centradas na realidade local. O *National Mental Health*

Strategy for a mentally healthy Timor-leste, refere quais as áreas prioritárias para a investigação e realça a importância de trabalhar com o ministério da saúde.

As directrizes para a investigação estão delineadas, contudo, torna-se necessário em Timor-leste, não proporcionar uma investigação apenas a luz de investigadores internacionais. É urgente proporcionar estratégias para formar timorenses, profissionais de saúde, em investigação. São múltiplos os estudos que referem que a consciência cultural influencia as investigações. Capacitar timorenses é benéfico para as pesquisas serem levadas a cabo numa ampla consciência cultural centrada em e para Timor-leste.

5.3. MEDIAÇÃO CULTURAL EM COOPERAÇÃO

A mediação cultural é definida como “*peçoas que funcionam como elementos de ligação entre dois diferentes sistemas culturais. Os mediadores culturais estão preocupados com as relações entre o sistema local e o sistema global*”⁸⁵.

Numa perspectiva intercultural a compreensão das diferenças assume um carácter relevante. Não são as características biológicas, as tradições ou os costumes que estão em análise para a compreensão, são os significados construídos sobre a diferença. Isto é, compreender a diferença enquanto diferença, sem estabelecer hierarquias, sem a lógica do egocentrismo, sem a pretensão de absorver a própria diferença (Backes 2003).

A *Cultural awareness* é central quando interagimos com outras culturas. Projectar semelhanças, em culturas distintas, conduzem a interpretações erradas. A consciência *cross-cultural* conduz-nos a interpretações mais fidedignas. Aumentar a consciência cultural significa ver os aspectos positivos e negativos das diferenças culturais. A diversidade cultural pode ser fonte de problemas quando há tendência para igualizar. Contrariamente, a diversidade cultural é vantajosa quando há disponibilidade para criar novas capacidades e comportamentos (Quappe e Cantatore, 2005).

O processo de intercâmbio que a diversidade cultural pré-dispõe é um processo permanente de negociação⁸⁶ (Backes, 2003). Há, por conseguinte, que conceber que os

⁸⁵ Segundo Pereiro (2004) citando Eric Wolf In Willigen, (1993) p. 127.

⁸⁶ Brett (2005) citado por Cunha (2005, p. 411). Entende-se por negociação o confronto directo, seja face a face ou não, das partes implicadas. Pode ser levada a cabo directamente ou indirectamente, por terceiras

factores culturais podem tanto obstaculizar como impulsionar a própria negociação em cultura, e desta forma em saúde/doença⁸⁷. Segundo Cunha (2005) a mediação cultural⁸⁸, enquanto via de negociação, constitui uma alternativa credível à resolução de litígios que ocorrem em cenários de intervenção social. Para Seixas (2009) fomentando a tradução cultural, possibilita-se mais adequadamente a mediação cultural, (sobretudo em situações de crise) pois *“uma vez compreendido e esquematizado o mapa das alteridades (othering) e os seus fluxos de sentido, as mediações podem ser planeadas e os conflitos prevenidos os no mínimo controlados”*.

5.3.1. O cooperante enquanto mediador cultural?

O cooperante, segundo plataforma portuguesa de ONGD (2004), é o técnico de um país doador que exerce funções no país receptor, no âmbito de uma intervenção de desenvolvimento. Possui conhecimentos técnicos específicos, colaborando no desenvolvimento social, económico cultural do país receptor. Segundo Seixas⁸⁹, o cooperante actua, o cooperante esclarecido questiona, investiga, dialoga, volta a questionar se for necessário e, porventura, procura pontes entre as diferenças para verdadeiramente cooperar.

O mediador cultural, segundo Pereiro (2005), facilita e/ou incrementa as relações entre as diferenças culturais. Tal implica, por parte do mediador, um elevado conhecimento das culturas que pretende mediar. O mediador estabelece ligações entre o tradicional e o moderno, o global e o local. Assim também no caso do cooperante. Ambos têm que lidar com os conflitos que resultam da colisão de interesses contraditórios, facilitando a harmonia e a equidade entre diferentes sistemas culturais.

A consciência cultural e o nível de entendimento da diversidade cultural do mediador interferem na forma de actuar. Segundo Cunha (2005) também existem outros condicionantes dos mediadores culturais e, por conseguinte, dos cooperantes, sendo:

partes, as quais podem actuar como agentes ou mediadores. A negociação aborda qualquer tipo de incompatibilidade. Tanto pode ocorrer a nível intra como a nível inter cultural.

⁸⁷ Pedro Cunha (2005, p. 410).

⁸⁸ Segundo John Van Willigen (1993, p.127), Hazel Weidman foi o primeiro antropólogo em aplicar o conceito de “cultural broker” (mediador cultural) no nível dos cuidados de saúde. Tendo como base a sua experiência mexicana e a relação entre as comunidades camponesas e os vários sistemas nacionais.

⁸⁹ Paulo Seixas, Novembro 2007. UFP. Aula de Acção Humanitária Cooperação para o Desenvolvimento

- Os valores culturais que possuem podem influir na prioridade dada a determinadas questões em detrimento de outras, bem como afectar as estratégias;
- As diferenças, em relação aos interesses e prioridades que poderão constituir fonte potencial integrativa e de (in)compatibilidades;
- O trabalho num campo de tensões e numa esfera de relações de poder;

Torna-se imperioso reconhecer que a área de gestão construtiva de conflitos constitui uma mais valia assinalável no próprio perfil de competências de todos aqueles que executam a mediação cultural.

5.3.2. Como mediar a diversidade cultural?

Em 2001 foi aprovada a Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural pela UNESCO. A diversidade cultural é uma herança da humanidade que deve ser preservada. “*Sentar-se à mesma mesa não significa estar em condições de igualdade*”⁹⁰. Mediar a diversidade cultural não é apenas beber dos mesmos padrões e praticas culturais, nem aceitar as diferenças.

Promover, facilitar e compreender o processo de mediação em diversidade cultural constitui um aspecto central para o desenvolvimento de soluções de novas alternativas. O desenvolvimento da mediação pode depender de uma maior exploração das diferenças, sendo necessário o difícil processo de permitir mudança bidireccional. Os valores que suportam a mediação devem ser: respeito pelos direitos humanos, a igualdade, a diversidade e a resolução pacífica de conflitos. O diálogo é um instrumento fulcral neste processo (PNUD, 2008).

Para Quappe e Cantatore (2005), o primeiro passo para a mediação em diversidade cultural passa por ter consciência da diversidade, reconhecendo-a e não temendo-a. Segundo os mesmos autores existem vários níveis de consciência cultural que reflectem como as pessoas entendem as diferenças culturais:

⁹⁰ PNUD (2008).

1. *My Way is the only way* (a minha maneira é a única). O primeiro nível. As pessoas estão conscientes da maneira de agir, assim como essa é a única maneira de actuar. Nesta fase ignora-se o impacto das diferenças culturais.

2. *I know their way, but my way is better* (eu conheço a maneira deles, mas a minha maneira é a melhor). Segundo nível. Neste nível as pessoas estão consciente de outras formas de agir/pensar mas consideram a sua forma como a melhor. Nesta fase as diferenças culturais são percebidas como fonte de problemas; contudo as pessoas tendem a ignorá-los ou reduzir a sua importância.

3. *My way and their way* (a minha maneira e a deles). Terceiro nível. As pessoas estão conscientes da sua própria maneira de actuar e pensar, assim como de outras maneiras, e escolhem a que melhor se adapta a situação. Nesta fase, as pessoas percebem que as diferenças culturais tanto podem ser benéficas como criadoras de conflitos, contudo, estão disponíveis para usar a diversidade cultural para criar novas alternativas.

4. *Our Way* (A nossa maneira). Quarto nível. Este último nível permite às pessoas de diferentes culturas criarem uma cultura de significados compartilhados. Pessoas em diálogo criam novos significados, novas regras, para atender à necessidade de uma situação particular. Esta fase é considerada como *Participatory third cultura stage*.

Aumentar a consciência cultural, chegando ao quarto nível, é tão importante como ter certas atitudes que podem ajudar a criar pontes. Referidas pelas mesmas autores, essas atitudes passam por: admitir que não se sabe tudo, suspender julgamentos, recolher o máximo de informação de forma a descrever com precisão a situação antes de fazer uma avaliação, desenvolver empatia, rever os nossos (pre)conceitos constantemente e, por último, acolher a diversidade.

Segundo Pereiro (2005), os pressupostos metodológicos para a mediação cultural centram-se na preservação dos valores culturais das comunidades envolvidas e na mudança no sentido de melhorar as condições de vida, de saúde, entre outros.

Este processo pode ser desenvolvido em fases:

Diálogo

Recolha e análise de informação sobre as diversas características culturais e linguísticas presentes da comunidade em causa (recolha de histórias, perspectivas; escuta profunda com respeito; construção de conhecimentos)

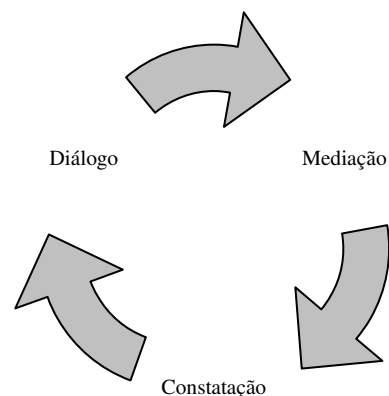


Diagrama 3. Mediação em Cooperação

Mediação

Envolvimento com a comunidade no sentido de reunir mais informação, apoiar as dificuldades enunciadas e estabelecer projectos em conjunto; argumentação detalhada com vantagens e desvantagens; análise das possíveis soluções;

Constatação

Agir conjuntamente para atingir o determinado fim identificado, provocando as mudanças exigidas (ex: consenso, voto, a autoridade local decide o bem comum). Decisão e avaliação das mudanças provocadas nos diversos sistemas culturais.

Podem existir várias maneiras de atingir o mesmo objectivo na mediação cultural, porém, cada situação deve ser considerada única e não deverá ser visto como alguma vez terminada. Segundo Seixas (2009) o desafio de compreender processos culturais é crucial para todos os envolvidos terem uma consciência cultural (*cultural awareness*), assim como para criar competências e capacidades no quadro da cooperação internacional.

5.4. FORMAR PARA DESENVOLVER: *CAPACITY BUILDING*

A criação ou o reforço de capacidades, segundo a Plataforma das ONGD (2004) é o processo pelo qual é desenvolvida a capacidade (envolvendo recursos humanos e organizacionais e uma política abrangente) que conduz ao desenvolvimento sustentável. Indivíduos, grupos e/ou organizações aumentam as suas capacidades de compreensão e

liderança face às suas necessidades, em contexto amplo e de forma sustentável (que se valem a si mesmos).

Segundo Hegoa (2000), *capacity bulding* ou construção de capacidades, emergiu como um das principais tarefas a ser concretizada pela cooperação para o desenvolvimento.

Construção de capacidades é implícita em dois sentidos que se complementam:

- A criação das capacidades das pessoas mediante a sua formação, consciencialização e organização, para que possam articular os seus interesses e promover as mudanças sociais, como o processo de *empowerment*;
- O desenvolvimento institucional, isto é, a criação e reforço das organizações ou instituições locais que enriquecem a sociedade civil e defendem os interesses dos vulneráveis, que pode ser traduzida pela formação de recursos humanos, gestão, planificação ou estabelecimento das redes institucionais.

Segundo Lopes (2006), o nível social é um outro nível que se sobrepõe. Cada ponto envolve a aprendizagem e a adopção do conhecimento adquirido para satisfazer as necessidades locais. Essa aprendizagem deve ser sempre voluntária e aberta a inúmeras oportunidades de “*indagar mundialmente e reinventar localmente*”⁹¹.

A capacidade de transformar, baseada na apropriação, orientanda para a liderança e alimentada pela confiança e pela auto-estima, é a habilidade das pessoas, das instituições e das sociedades para desempenhar funções, resolver problemas e estabelecer e alcançar objectivos. É, assim, o ponto de partida para melhorar a vida das pessoas (Lopes, 2006).

Para a construção de capacidades, o ponto de partida é reconsiderar as formas habituais de conceber, negociar e delinear um caminho para a transformação que seja localmente aceite. Como o desenvolvimento é visto, acima de tudo do ponto de vista da cooperação externa, é urgente visar a perspectiva nacional. Supõe, assim, tanto a mudança de atitudes como o aglutinamento das pessoas em torno das prioridades e dos processos nacionais, sendo também uma responsabilidade primordial dos líderes nacionais e dos seus seguidores. Além disso, sublinha Lopes (2006), é preciso que os profissionais do

⁹¹ Referido por Stiglitz (1999), citado por Lopes (2006), p. 4.

desenvolvimento assimilem cada vez mais que os fundamentos do desenvolvimento de capacidades são universais.

Segundo Abreu (2001) a formação de recursos humanos é um processo complexo de aprendizagem e que se reflecte no desenvolvimento do sujeito. A aquisição destes novos saberes pode ser sugerida pela noção de competências.

Segundo Lopes (2006) são dez as normas que contribuem para a eficácia do desenvolvimento da construção de capacidades: não se apressar; respeitar o sistema de valores e estimular a auto-estima; indagar a escala local e mundial; reinventar a escala local; questionar preconceitos e diferenciais de poder; pensar e agir tendo como objectivo os resultados da capacidade sustentável; estabelecer incentivos positivos; integrar as contribuições externas às prioridades, aos processos e aos sistemas nacionais; desenvolver capacidades existentes antes de criar novas; manter o compromisso mesmo em circunstâncias difíceis; manter-se disposto a prestar contas aos beneficiários.

São princípios aparentemente fáceis de aplicar, mas depende em muito da perícia de quem os quer concretizar. O cooperante é, na maioria das vezes, a peça que proporciona a formação nos países em desenvolvimento. O cooperante, no decurso da experiência prática, vai-se formando no confronto com o contexto e com as pessoas com quem coopera. Deverá partir da compreensão de dinâmicas interpretativas de carácter local. Este confronto traduz-se em mudança só na medida em que o próprio se confronta, filtra e dialoga, reconhece as ameaças e transforma as fragilidades em potencialidades. Desta forma enriquece o seu património cognitivo e, simultaneamente, o património do contexto em que coopera⁹².

Com a actuação centrada no potencial das capacidades humanas, incutindo o valor de cada vida como única, sem réplicas de modelos ou teorias, poderá ser possível, finalmente, chegar à capacitação de recursos humanos competentes em Timor-leste.

⁹² Wilson Abreu (2001, p. 105) faz esta referência mas para os enfermeiros. Refere que os enfermeiros na experiência da prestação de cuidados vão-se formando pela diversidade da experiência, que só é possível se tiverem a capacidade de se questionar permanentemente em todas as medidas (pessoal, prática, cognitiva)

CONCLUSÕES

Ao colocar o título como questão global, *Como cooperar na doença mental aos países em desenvolvimento?* Pretende-se destacar, ao longo de todo o estudo, a diferença entre transportar modelos globais de saúde ou traduzir modelos locais dos países em desenvolvimento. Não se consegue dar uma resposta concreta, mas lançar o desafio de compreender a relação entre os sistemas de valores, relativos a saúde e a doença ocidentais e timorenses, e a importância da sua análise para o bem-estar do povo de Timor-leste.

A doença mental é perceptível como uma universalidade que se elabora dentro da própria cultura e não apenas como desajustamentos face ao meio envolvente. “Transportar” a doença mental de um local para outro, por classificações aceites universalmente, pode permitir más interpretações na saúde/doença e no mesmo sentido, práticas erradas em saúde. Timor-leste vive esta realidade.

Sendo as doenças culturalmente construídas, as classificações devem estar adaptadas as influências sociais e culturais. Só tal pode permitir a adaptabilidade cultural da prestação de cuidados e a centralidade das respostas às necessidades, sustentando uma intervenção não desfasada da realidade presente e da realidade do contexto. A consciência cultural torna-se, assim, fulcral para a concretização de práticas em saúde. O nível da consciência influencia a eficiência na Cooperação Internacional.

Sendo uma investigação exploratória, teve como principal objectivo permitir uma exploração de excelência sobre conhecimento das áreas abrangentes e abrir o caminho para novos conhecimentos. Assim, ao longo do trabalho, foram identificadas questões e registadas as noções/interpretações para a tentativa de responder as questões de base. É ademais pertinente continuar a desenvolver estudos que tenham por base a cultura timorense.

Constatou-se a existência de limitações e obstáculos a investigação, as quais são descritas ao longo do estudo. Uma das análises sublinhadas a partida é a influência cultural, por parte do investigador, colocada na investigação. A formação, as experiências vividas e sentidas, as significações subjectivas influenciam. A neutralidade exigida não é possível. Há interpretações individuais que influencia toda a estrutura. A

mesma investigação exploratória feita por outro investigador, com traços culturais diferentes, seria de esperar que o resultado fosse também diferente.

Um outro dos pontos de realce é que Timor-leste não enfrenta apenas o desafio de combater a pobreza extrema, mas também de compreender como pode manter a sua identidade, a sua cultura, a sua tradição, em comunhão com as normas ditas “universais” trazidas pelos *malai* e pela dita globalização. É visível a invenção da tradição cultural, pela oralidade dos timorenses, no sistema de assistência em saúde mental. Mas mesmo esta invenção pode também ser questionada. A história de Timor-leste remete-nos para situações em que o povo refere a aceitação da tradição. Mas uma aceitação em parte. A raiz é mantida. A expressão “resistência” também pode ser abrangida na tentativa de conceptualizar a invenção da tradição?

Ao longo do trabalho, o papel do cooperante é realçado como activista, cuidador, mediador, agente de saúde. Este realce centra-se na importância da atitude do cooperante. Reflectem-se características, capacidades, acções. O cooperante, com consciência cultural, pode criar uma cultura de significados partilhados.

Serão os cooperantes em saúde os principais agentes para perceber a diferença entre tratar segundo modelos locais ou tratar segundo modelos globais; entre promover a saúde ou intervir na doença? A saúde/doença pode ser vista também numa lógica funcionalista ou numa lógica local e participativa na qual os indivíduos são a chave para o seu próprio processo de saúde, influenciando directamente o desenvolvimento. A consciência transcultural não pode ser vista apenas na perspectiva da prática de saúde. Abraçar outros sectores de desenvolvimento, permite assegurar a política pública de saúde.

É visível que intervenção nas doenças mentais e a promoção da saúde mental pressupõe estratégias diferentes. Quando se começa a desenhar a matriz cultural timorense é perceptível que o plano nacional em saúde não pode centra-se exclusivamente no indivíduo e na sua família, mas é exigido beber todo o contexto social e cultural. A realização de programas de saúde com e para a comunidade revestem-se de uma importância fundamental e um dos maiores desafios no sistema de assistência em saúde mental em Timor-leste. São outros desafios, colocar a comunidade como protagonista e actor principal do seu desenvolvimento em e para a saúde; eliminar barreiras invisíveis

e lograr uma aproximação entre os modelos universais e o modelo local pode ser o primeiro passo para melhorar os serviços de suporte em saúde mental; não importar apenas as classificações internacionais de doenças, mas entender e valorizar as classificações culturalmente estabelecidas; considerar como área prioritária, na intervenção em saúde mental, a formação/capacitação de profissionais de saúde e de agentes locais, que são determinantes para a implementação e desenvolvimento de qualquer programa exequível para a saúde mental. Para tal, é necessário tempo, dedicação, empenho, cooperação no verdadeiro sentido da palavra. Não olhar como um espelho em que há dois lados distintos que devem ser iguais. Olhar face a face cada indivíduo, cada comunidade.

Não há dúvida que a saúde mental é primordial no desenvolvimento humano. Mas os projectos desenvolvidos, os financiamentos obtidos, as investigações realizadas, os trabalhos elaborados nesta área não são considerados prioritários. Esta investigação não pretende realçar nem promover, apenas, os cuidados à doença mental em contexto transcultural, mas dar a entender que falar de saúde mental é diferente de falar de doenças mentais. Promover a saúde mental das populações são tarefas complexas que envolvem múltiplas áreas. A saúde mental abrange em qualquer área e não apenas na saúde em sentido estrito, como educação, capacitação, segurança, política externa, entre outros. Um ser humano equilibrado emocionalmente está habilitado para ser um ser humano competente e empenhado. Isto num plano individual. Como seria as sociedades se fosse considerado prioridade o desenvolvimento de competências e trabalho do equilíbrio mental?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson C (2001). *Identidade formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Edições sinais vitais Formasau.

ABREU, Wilson C. (2003). *Saúde, doença e diversidade cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.

AGAR, Michael (1991). *Hacia un language Etnográfico*. In: Geertz, C., Clifford, J e outros. *El surgimiento de la antropologia posmoderna. Compilacion de Carlos Reynoso*. México: Editorial Gedisa.

AMARO, Roque (1990). *Desenvolvimento e Injustiça Estrutural*. *Communio* n°. 5. Set – Out. Lisboa, pp. 449-459.

AMARO, Roque (2003). *Desenvolvimento – um conceito ultrapassado ou em renovação? – Da teoria à prática e da prática à teoria*. *Cadernos de Estudos Africanos*, n° 4, Janeiro – Julho. Lisboa: Centro de Estudos Africanos, ISCTE, pp. 36 – 68.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnostico das doenças Mentais*. Lisboa: Climpsi.

BACKES, José L. (2003). *A diferença cultural como processo de negociação*. Disponível em <http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/240-of7a-st4.pdf> [Consultado em 19/09/2009]

BOURDIEU, Pierre (1998). *O que falar quer dizer*. Viseu: difusões editorial S.A.

BRAUNWALD, Eugene et al (2002). *Harrison Manual de Medicina* (ed). Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill

BROCKMAN, John (1991). *The third culture*. Disponível em http://www.edge.org/3rd_culture/ [consultado em 09/11/2009]

CARAPINHEIRO, Graça (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa: Edições Afrontamento.

CAPUCHA Luis et al (1996). *Metodologias de avaliação: o estado da arte em Portugal*. In: *Sociologia – problemas e praticas* n° 22, pp 9-27

COSTA, Luis (2000). *Dicionário de tétum-portugues*. Lisboa: Faculdade de letras da Universidade de Lisboa. Edições Colibri.

CRAIG, Alex B. (1999). *Mental health nursing and cultural diversity*. Australian and New Zealand Journal of Mental Health 8, 93-99.

CUNHA, Carla A. L. (2008). *Da Compreensão da Realidade Social à Estruturação de um projecto Comum de Mudança: O Contributo das Redes Social do Distrito de Guarda*. Coimbra: Faculdade de Economia. Tese de mestrado [Consultado em 12/10/2009] Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/dspace/handle/10316/9692>

CUNHA, Pedro & SILVA, Paula I. (2005). *Gestão de Conflitos e Intervenção Social: a relação entre cultura e negociação*. In: Congresso Lusófono do Terceiro Sector (Actas). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Dicionário Lello Universal. II volume.1976. Porto. Lello e Irmãos Editores (p. 283).

DODD, R. and CASSELS A. (2006). *Health, development and the Millennium Development Goals*. Geneva: World Health Organization. In: <https://www.who.int/hdp/atmgh13.pdf> [Consultado em 12/10/2009]

DOUGLAS, Mary (1991). *Pureza e perigo*. Lisboa: Edições 70.

DUARTE, Jorge Barros (1984). *Timor: ritos e mitos atavos*. Lisboa: Instituto de cultura e língua portuguesa.

DUARTE, T. (2007). *Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental*. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 127-133

DUMONT, Louis. (1985). *O Individualismo. Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna*. Disponível em <http://renatobosco.galeon.com/dumont.html> [Consultado em 09/09/2009].

ELIADE, Mircea (1956). *O Sagrado e o Profano*. Lisboa: Livros do Brasil.

ESHUN Sussie and Gurung Regan A. R. (2009). *Culture and Mental Health: sociocultural, influences, theory and practice*. Oxford: Wiley-blackwell.

FELGUEIRAS, João e MARTINS, José A. (2006). *Nossas Memórias de vida em Timor*. Braga: Editora A. O.

FOULCAULT, Michel. (2008). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

GEERTZ, Clifford. (1989). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC Editora.

GIDENNS, Anthony (2000). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- GONÇALVES, A. Custodio (1992). *Questões de Antropologia social e cultural*. Porto: Edições Afrontamento.
- GONÇALVES, Amadeu M. (2004). *A doença mental e a cura. Um olhar antropológico*. Revista ISPV, 30, pp. 159-171.
- HALL, Stuart (2001). *Identidades Culturais na Pós-modernidade*. (Ed.) Rio de Janeiro: DP&A Editora.
- HICKS, David. (1976). *Tétum ghosts and kin*. Illinois: Waveland Press, Inc.
- HOBSBWAN, Eric & RANGER, Terence (1983). *The invention of tradition*, Cambridge: University press.
- IANNI, Octávio (1997). *Transculturização*. Disponível em <http://www.lead.org.br/filemanager/download/185/TRANSCULTURA%C3%87%C3%83O.doc>. [Consultado em 09/11/2009]
- ITURRA, Raul (1986) *Trabalho de Campo e Observação Participante em Antropologia*. In: SILVIA et al. *Metodologia das Ciências Sociais*. São Paulo: Edições Afrontamento.
- JESUS, Rui Paulo (2008). *Reforçando o sistema de saúde de Timor-leste*. In: Instituto de Ciências da Saúde e Ministério da Saúde de Timor-leste (2009) *Livro de actas do 1º Congresso das Ciências da Saude de Timor-leste*. Díli: Gráfica Nacional.
- KLEINMAN, Arthur (1980). *Patients and healers in the contexts of cultures. An exploration of the borderland between anthropology and psychiatry*. Los Angeles: University of California.
- KLEINMAN, Arthur e outros (1978). *Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/626456> [Consultado a 04/04/2009]
- LAPLANTINE, François (1978). *Etnopsiquiatria*, Editorial Vega.
- LIMA, Mesquitela (1983). *Antropologia do simbólico (ou o simbólico da antropologia)*. Lisboa: Editorial presença.
- LOPES, Carlos & THEINSOHN, Thomas (2006) *Desenvolvimento para cépticos: como melhorar o desenvolvimento de capacidades*. São Paulo: Editora UNESP.

- LOPES, Catarina (2008). *Participação das populações locais no desenvolvimento da educação. Caso de estudo: escolas comunitárias da região de Bafatá, Guiné-bissau (2004-2006)*. [Em linha]. Lisboa: ISCTE, 2008. Tese de mestrado. [Consult. 12/10/2009] Disponível em: <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/1005>
- MANATA, Lúcia (2001). *Parceria e Participação: As duas faces da mesma moeda*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Tese de Licenciatura
- MANUEL, Helena I. B. (2007). *Conhecimentos, atitudes e praticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado para a imigração e minoria étnica.
- MENESES, Maria Paula (2008). *Epistemologias do Sul*. Revista Critica de Ciências Sociais, 80, pp. 5-10.
- MENEZES, Francisco X. (2006). *Encontro de Culturas em Timor-leste*. Díli: Edição Crocodilo Azul.
- MINISTRY OF HEALTH TIMOR-LESTE (2005). *National Mental Health Strategy for a Mentally Healthy Timor-leste*. Díli: República Democrática de Timor-leste.
- MOREIRA, Carlos D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: ISCSP.
- OLIVEIRA, K. & Lameiras, V. (2007). *Por caminhos de Laclubar: Mapeamento Socio-Sanitario*. Hospitalidade, 71 (276), pp. 42-47.
- OLIVEIRA, Karina (2009). *Etnografia de uma missão em Timor-leste*. Ferrol: Faculdade de Humanidades. I simpósio de Antropologia: Antropologia ao Cooperacion ao desenvolvimento. *Artigo a Publicar*.
- Ordem dos enfermeiros (2008). *Saúde Mental*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=820&print=1> [consultado a 30/08/2009]
- Organização Mundial de Saude, Organização Pan-Americana da Saude (2001). *Relatório sobre a Saude no Mundo, 2001. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra: WHO Graphics.

Organização Mundial de Saúde (2008) *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de saúde primários, agora mais que nunca*. Disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf [Consultado em 01/11/2009].

Organização Mundial de Saude [em linha]. *Mental health and development*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html [Consultado em 12/10/2009]

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial de Saúde*. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf [Consultado em 04/04/2009]

PEREIRO, Xerardo (2004). *Mediação Cultural*. Disponível em:

<http://www.google.pt/search?hl=ptPT&q=%C2%A9+Prof.+Dr.+Xerardo+Pereiro+%E2%80%93+antrop%C3%B3logo+%E2%80%93+UTAD+%E2%80%93+P%C3%B3lo+de+Miranda+do+Douro+%E2%80%93+Correio+electr%C3%B3nico%3A+xerardo@mira.nda.utd.pt++Apontamentos+de+antropologia+aplicada%3A++tema+8&btnG=Pesquisar&meta=&aq=f&oq=> [Consultado em 01/08/2009]

PEREZ, Armiño Karlos (dir) (2001). *Diccionario de Accion Humanitaria y Cooperacion al Desarrollo*. Disponível em <http://dicc.hegoa.efaber.net/> [Consultado em 04/04/2009]

PINTO, Paulo F. C (2006). Alucinações e delírios. Disponível em: <http://dps.ual.pt/patworks/AluDelB06-07.htm> [Consultado em 04/09/2009]

PLATAFORMA PORTUGUESA DAS ONGD (2004). *Glossário: Ficha Formativa nº12*. Lisboa: Plataforma Portuguesa das ONGD.

PNUD (1990). *Rapport Mondial sur le Développement Humain 1990*, Paris:Economica.

PNUD (2008). *Dialogo Democrático – Un Manual para praticantes*. Suécia: Trydells Tryckeri AB.

PRATT, Mary Louise (1991). *Arts of the Contacts Zone*. Disponível em http://www.class.uidaho.edu/thomas/English_506/Arts_of_the_Contact_Zone.pdf. [Consultado em 19/12/2009].

QUAPPE, Stephanie e CANTATORE, Giovanna (2005). *What is Cultural Awareness, anyway? How do I build it?* Disponível em <http://www.culturocity.com/articles/whatisculturalawareness.htm> [Consultado em 09/11/2009]

REYNOLDS, C. L & LEININGER, M (1993) *Madeleine Leininger cultural care diversity and universality theory*. California: Sage.

ROGLER, Lloyd H. e GUARNACCIA, Peter J. *Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions*. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/9/1322> [Consultado a 04/04/2009].

SANTOS, Boaventura Sousa (1993). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, Boaventura Sousa (2007). *Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes*. [Em linha] http://www.ces.fe.uc.pt/bss/documentos/Para_alem_do_pensamento_abissal_RCCS78.PDF [Consultado em 12/10/2009]

SEIXAS, Paulo C. (2006). *Timor-leste: viagens, transições, mediações*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

SEIXAS, Paulo C. (2007). *Dualismo, violência mimética, cultura da tradução. Crise em Timor-leste*. Silva, Kelly C. e Simão, Daniel S. *Timor-leste por trás do palco. Cooperação internacional e a dialéctica da formação de Estado*. Belo Horizonte: UFMG.

SEIXAS, Paulo C. (2008). *Enfermagem em saúde mental e antropologia. Caminhos a percorrer*. Hospitalidade, 73 (283), pp. 36-40.

SEIXAS, Paulo C (2009). *Traduzindo a cultura, a cultura como tradução. Reconsiderar a Cooperação a partir das notas do caso de Timor-leste*. Ferrol: Faculdade de Humanidades. I simpósio de Antropoloxia: Antropoloxia ao Cooperacion ao desenvolvimento. *Artigo a Publicar*.

STUART Gail, W & LARAIA Michele T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica princípios e praticas*. Porto Alegre: Artmed editora

THIOLLENT, Michell (1992). *Metodologia da pesquisa – acção*. São Paulo: Cortez Editora.

UCHÔA, Elizabeth e VIDAL, Jean Michel (1994). *Antropologia medica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 10 (4), pp. 497-504.

UNESCO (2001). *Universal Declaration on Cultural Diversity*. Paris: UNESCO, General Conference.

VALENTE, Alexandra et al. (2009). *O nosso hospital é a nossa comunidade – Modelo de intervenção comunitário na saúde Mental em Timor-leste*. Lisboa: X Congresso de Psiquiatria S. João de Deus. Apresentação de Poster.

VERBO. *Dicionário de antropologia*, (1983). Lisboa: Tipografia guerra.

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Health for All. Geneva, series 1, September 12.

ANEXOS

ANEXO I

GLOSSÁRIO DE TÉTUM

GLOSSÁRIO DE TETUM

INSTITUTO NACIONAL DE LINGUISTICA, 2003

Ai-moruk	Remédio, medicação
Bandu	Proibir. Proibição
Buan	Bruxa (mas espécie de fantasma)
Bulak	Louco. Doente mental. <i>Bulak-tebes</i> , doente mental verdadeiro <i>Bulak-teen</i> , doente mental aldrabão.
Di'ak	Bem, bom, boa
Feto	Mulher
Fó-hatene	Dar conhecimento; Informar
Fó moral	Dar apoio moral; Incentivar
Isin	Corpo
Katuas	Ancião; Designação de respeito para o homem mais velho.
Kesi	Amarrar, prender
Klamar	Alma
Kna'ar	Trabalho não renumerado; missão
Lisan	Tradição
Lulik	Sagrado
Malai	Estrangeiro
Mane	Homem
Matan-dook	Curandeiro; traduzido a letra: <i>Matan</i> (olhar) <i>dook</i> (longe); Pessoa que olha para além do que é evidente.
Moras	Dor; Doente; Doença.
Moras mental	Doença mental; Doente mental.
Tasi	Mar
Tasi-mane	Coordenada geográfica: Sul
Tasi-feto	Coordenada geográfica: Norte
Terus	Tristeza
To'os	Horta
Tua	Bebida alcoólica
Tuir	Seguir, ir atrás de; obedecer
Rai Lulik	Terra Sagrada
Rai Na'in	Senhores da Terra, entidades animistas
semea	Cobra, serpente
Serbisu	Trabalho, emprego. Com renumeração.

ANEXO II

DIÁRIO DE CAMPO

TRADUÇÕES EM SAÚDE MENTAL

INTRODUÇÃO AO DIÁRIO DE CAMPO: TRADUÇÕES EM SAÚDE MENTAL DE TIMOR-LESTE.

Tenho uma certa dificuldade em chamar a este documento de trabalho de *diário*. Um *diário* é algo que regista tudo o que acontece num dia. Logo, este conjunto de páginas é pouco para poder ter esse nome. Têm em registo as pessoas, os locais, a reprodução de histórias ouvidas, os devaneios de quem pensa muito sobre o tema... Mas não tem luz, não tem som, não tem cheiro, não tem comportamentos, nem exprime as emoções de forma como podem ser exprimidas. Não regista a gargalhada pela ignorância da *malai*. Não regista os protocolos cumpridos ou quebrado. Não regista o sussurro das vozes quando a conversa entra num momento sagrado. Não regista a visão em perspectiva antropológica porque (reconheço!), não domino as técnicas. Não regista as “conversas de café” que não tem o intuito de ser entrevista, mas que complementam e (des)organizam pensamentos. Não consegue ser um diário pessoal porque não trabalhei as minhas percepções pessoais. Será um diário, no sentido de ser um registo organizado dia-a-dia. Será apenas um registo das entrevistas, das percepções, será como que o esboço, as folhas de rascunho, os traços do que poderá vir a ser um desenho final.

Sobre as traduções em Saúde Mental, trago a lembrança o Natalino, timorense também de coração, viveu e formou-se em Portugal. Regressou a terra por amor ao seu país, refere. Acha engraçado o tema que estou a trabalhar e em conversa de café, ouço as percepções dele. Usa Expressões como esta “*Não dou um centavo que seja a nenhum familiar meu que queira ir ao matan-dook. Os médicos sabem resolver sempre tudo*”. Dias depois, peço-lhe: “*Natalino, por favor, preciso da sua ajuda, conhece algum matan-dook para eu falar com ele?*”. A cara mudou de expressão e de cor. “*Não!*” responde rápida, violenta e temerosamente. Não entendo o porque da expressão, só entendo que o que lhe peço é algo que ele não pode ou não quer ajudar e com um encolher de ombros descontraíu-o.

Assim também este suposto diário. Chega ao limite das expressões de cada timorense da qual travo conversas. E chega ao limite das minhas interpretações. E por isso, sei que fico a entrada das traduções em saúde mental de Timor-leste.

Legenda

Preto – expressões

italico – interpretações

Negrito – limitações

Sublinhado – historias que senti necessidade de recordar e registo-as.

EM DÍLI

▪ DIA 19 DE JUNHO DE 2009

Acabei de chegar a Timor-leste. Dirijo-me ao Ministério da Saúde com o Irmão (Irmãos de São João de Deus) para marcar entrevista com o Secretário Geral do Ministério da Saúde. Aproveito a oportunidade. O Irmão e técnico de análises de Laclubar vão ao Ministério de Saúde, pois tem uma reunião marcada e entro com eles. Marco entrevista. Amanha irá a Jacarta. Não terá outra oportunidade. A entrevista fica marcada para amanhã de manhã, quando ele virá buscar uns documentos antes de apanhar o avião. Penso que não é a melhor data, mas não posso recusar. Só regressa a dia 5 de Julho e depois é tarde.

Tenho a plena sensação que sou recebida, desta forma e tão rápida, porque é valorizado o trabalho realizado em Laclubar. Não me recebe apenas a mim, como pessoa, mas a mim num contexto específico, uma organização que tem desenvolvido e que continua a desenvolver trabalho em Laclubar. E por isso, não preciso de pedir licença para nada, não são necessários documentos “oficiais”, apenas “Bom trabalho, um desafio! A Cultura de Timor-leste...”

Reflecto a necessidade de uma cooperação a longo prazo. Dos parceiros estáveis e de confiança. A segurança que não irei fazer nada que não ajudará Timor-leste. Dá-me outra responsabilidade. Ou melhor, dou ainda mais valor a este trabalho, principalmente pelas pessoas que o podem sustentar.

▪ DIA 20 DE JUNHO DE 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETÁRIO GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Apareci a hora marcada e o Sr. já estava a minha espera. Tomo notas apenas. A conversa flui. Iniciada em Português mas passa rapidamente para tétum.

SAÚDE MENTAL E CULTURA.

Refere que as pessoas de Timor acreditam que a doença mental não tem cura e vem dos antepassados. É necessário mudar a mentalidade, se não, não é possível ter sucesso em saúde mental. Também é muito importante envolver a família no tratamento. A Família é o suporte.

O problema de ter um doente mental na família é que ele passa a ser um elemento inválido. E a família não gosta. Diminuiu o estatuto ou as relações.

Há dois sistemas de assistência em saúde mental: o tradicional e o que é descrito pelo programa de saúde mental. “Como pode ser feita esta articulação?” Refere que cada família tem uma crença forte. Vai agir segundo o que a família acredita. Neste momento não podemos cortar com o que acreditam. Usa a expressão: O *matan-dook* deve ser o parceiro da saúde. Isto é, devemos tê-lo do nosso lado. Tentar que seja o próprio *matan-dook* a seguir a sua própria tradição e ao mesmo tempo enviar ele o doente para o centro de saúde. Usa a expressão de casar os dois sistema.

SAÚDE MENTAL EM TIMOR

O programa de saúde mental em Timor esta em manutenção. Pergunto o que quer isso dizer. Que esta a organizar-se. Passa pelas preocupações pontuais e não pela promoção do programa em si. O programa de saúde mental não está a andar bem porque faltam técnicos. Não há psiquiatras, não há enfermeiros especialistas. É necessário começar novamente na formação dos enfermeiros.

Refere também que é necessário reorganizar o programa de Saúde mental. Duvida se é possível melhorar assim a curto prazo e tem receio que a doença regresse a longo prazo.

Centro-me na formação. “Que formação é ideal para Timor?” Responde que a formação é importante ser feita cá. Não deve ser fora. Deveriam vir psiquiatras e enfermeiros especialistas para formar o povo cá com os nossos doentes, com a nossa cultura.

COOPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A saúde tem outras prioridades. A saúde mental fica a margem, não é vista como prioridade. Pergunto-lhe se esta relacionado com os financiamentos e responde que sim. Não há entidades fortes para financiar a saúde mental. Os irmãos de São João de Deus apenas. Nota-se maior preocupação por outras áreas da saúde, nomeadamente saúde materno-infantil. “Porque?” Esta relacionada com o impacto da doença.

Valorizo consideravelmente a opinião deste senhor. Trabalhava no distrito de Manatuto e agora é Secretario Geral da Saúde por reconhecimento e mérito. Das oportunidades que tive de trabalhar com ele, em 2006, parecia que sabia sempre bem o que queria, como queria e, principalmente, sabe gerir pessoas. Teve formação no estrangeiro, mas defende valores para e de Timor-leste.

Tem uma visão muito de casamento entre os dois sistemas (expressão que ele próprio usou!). Acho que reconhece o trabalho das ONG's, mas ao mesmo tempo conhece Timor e tenta arranjar um equilíbrio. É um caminho...

- DIA 21 DE JUNHO DE 2009.

Aproveito a oportunidade de este domingo ser encontro entre os bolseiros (projecto Formar e Desenvolver). Trata-se de 21 jovens de Laclubar, mas que estão a estudar em Díli, Manatuto ou Baucau. Estão no ensino superior e tem a oportunidade de estudar porque tem bolsas aprovadas por um projecto da Fundação de São João de Deus co-financiado pelo IPAD.

Sei que é um grupo de jovens de certa forma privilegiado, tem acesso a informação, a maioria vive numa das duas cidades principais de Timor-leste. Mas se não fosse a bolsa sei que a maioria não estaria a estudar. Talvez já tivera até casado.

Faço com eles uma espécie de dinâmica, quero começar as primeiras impressões de saúde mental. Peço-lhes para que escrevam numa folha, o conceito de *bulak*, os comportamentos e desenhem algo que relacione a cultura e a doença mental.

Os conceitos escritos nas folhas são conceitos que nascem de uma aprendizagem nas universidades (parece-me). Podem ser já influenciados pela ciência/pela formação que cada um deles tem e a universidade que frequenta. Mas no que toca a representação cultural, mantêm-se as raízes

Em relação aos desenhos, influenciei no sentido que pedi que não inventassem. Se não soubessem não seria necessário desenhar nada. Dos que desenharam, a maioria dos desenhos estão relacionados com o sagrado (as montanhas, a fonte). Percebo que a representatividade cultural em saúde mental esta mesmo no sagrado, no luluk.

EM LACLUBAR

▪ DIA 21 DE JUNHO DE 2009

Subo para Laclubar e a emoção é grande. Sei que vai haver uma grande dificuldade neste estudo. Separar as emoções da realidade. A acção, da investigação.

Sinto-me sem vontade de escrever sobre as primeiras percepções gerais. Estou apenas num misto de contemplação e gozo. É bom regressar e sentir-me em casa, as pessoas param para me cumprimentar, ficam admiradas. Olham-me como uma alma que regressa, de que não estavam nada a espera. Precisam de me tocar e eu ... rio-me.

Passo o dia apenas a visitas as pessoas, a reconhecer os locais e ver as diferenças. A caminhar por entre as ruas que antes caminhava. Não me é possível (nem quero!) começar as entrevistas logo neste primeiro dia.

Tenho de lhes dar tempo. Partilham comigo as dificuldades, pedem muito para as ouvir para contar as histórias. As pessoas vem contar-me o que aconteceu neste ano, onde é que faço falta, o que posso fazer agora. Pensam que venho por muito mais tempo. É só uma semana que estarei em Laclubar. Pedem para visitar doentes, combino com eles. Vou misturar o meu tempo.

▪ DIA 22 DE JUNHO DE 2009.

Continuo o dia a contemplar e a visitar as pessoas que me são queridas. Estava a caminhar pela rua, a passear, passei pela sua casa, convidou-me a entrar e sentar, beber o café de Timor e depois iniciamos a conversas.

ENFERMEIRA TIMORENSE (ENFERMEIRA PARTEIRA. FORMAÇÃO NA INDONÉSIA)

Era a enfermeira responsável do programa de saúde mental, enquanto eu estava em Timor. Fala das dificuldades actuais do centro de saúde. O número de parteiras no centro de saúde aumentou, mas o trabalho é mais difícil.

Quando tocamos em doença mental, refere: “a mana karina veio e disse que não havia *bulak*, mas doentes mentais, então as pessoas acreditam que deixaram de ser *bulak*, mas que tem uma doença mental, então vem mais cá ao Hospital (centro de saúde). A família é que vem buscar a medicação

para levar porque os doentes podem não ser capazes de ter toda a informação”. Se ainda vão ao *matan-dook*, se fazem rituais, não sabe, mas acha que sim. E não consigo aprofundar mais o tema.

*Já se nota uma intervenção e uma influência. Se se lembrarem bem de mim, me irão dizer o que eu preciso de ouvir ou o que eu já falava. Mas haverá uma mudança de paradigmas? Em tétum, existe apenas a expressão *moras*, que indica dor, doente, doença, depende do contexto. Já se usa a expressão *moras mental* seguida. Não se usa vulgarmente *ulun-moras*, *kabun-moras*. Mas somente *moras*. O que não acontece para a doença mental.*

*Parece-me também que há uma diferença entre *bulak* e *moras mental*. *Bulak*, todos os que são doentes. E *moras mental* é aquele que vai ao centro de saúde e recebe medicação. Há uma conotação diferente. Parece que *moras mental* é mais “leve” para a comunidade, deixo em aberto este pensamento.*

DOENTE MENTAL HÁ TRÊS ANOS, MULHER (+/- 40 ANOS).

Em 2006, deixada ao abandono pela família, por ser *bulak*, encontrei-a em estado degradado quer físico como psicológico. Tive mais de um mês a ir a casa dela todos os dias para lhe dar medicação e comida. Estimular as reuniões familiares para voltarem a acolhe-la em casa, (tinha fugido na altura). Quando me vê, os olhos sorriem (tanto quanto os meus). Ri, tem os olhos vidrados. Abraça-se a mim (antes não tinha sentido esta demonstração de carinho por parte ela). Penso, tenho uma grande relação afectiva com ela.

Falo com ela, como esta, como se sente. A família a acolheu na altura de eu ir embora, e depois continuou, porque continuou a sentir-se melhor. Desde essa altura que não para de tomar medicação. Vai ao centro de saúde sozinha, vai a horta, vai a missa. Faz a vida normal. Quando lhe pergunta se foi ao tradicional ela ri e diz-me apenas: “*Osan la iba*” (Não há dinheiro).

- DIA 23 DE JUNHO DE 2009.

PADRE DE LA CLUBAR

Entrevista realizada na escola, as 10h30 da manhã, com aviso prévio da investigação e da necessidade de falar com o padre. Reconheço desde já uma limitação: a conversa foi realizada em tétum, utilizando alguns termos em inglês e em bahasa Indonésio.

É padre há um ano. É natural de Baucau. Toda a sua formação foi fora de Timor. Tendo sendo a maior parte nas Filipinas e dois anos em Roma. Tem um discurso muito cuidado, dizendo sempre: “*Hau la hatene lo’os, maibe tuir Timor...*”. Assume desde o início da entrevista (e durante) que a sua formação foi toda fora de Timor, e por isso não sabe, nem segue muito os timorenses.

Diferencia os timorenses, tendo em conta os seus conhecimentos por “Classes” (*Beik, Maktenek uit-oan, maktene ciência*), atribuindo-lhes uma relação directa, com quem é *Beik* segue a tradição, e quem conhece a ciência segue o hospital. Ele assume-se com pessoa conhecedora da ciência e por isso segue-a. Tem também um discurso de relação entre as doenças mentais e a fé das pessoas. Há cuidado de não usar muitas vezes a expressão *bulak*, mas doente mental.

SAÚDE MENTAL E CULTURA

Quando lhe pergunto o que é um doente mental responde que é uma pessoa que tem um discurso e um comportamento sem lógica e sem noção da realidade. Refere que existe vários tipos de doença mentais que estão relacionados com a gravidade/afastamento dos comportamentos (desvio do normal) desviados (*Iha ema moras uit-oan, Ema Ponto, no moras barak hanessan bulak*).

Associa as causas da saúde mental a traumas das pessoas, *sira hare situasaun ida no hanoin kona ba ne'e barack*). E também ao pensamento delas, (Se as pessoas pensam muito então também ficam doentes). Não há qualquer referência a intervenção de antepassados ate a minha interpelação.

Conta várias histórias sobre doentes mentais, mas que não tem ligação directa (*defende-se?!*). Prolongando-se na história de um primo mas muito afastado (no “nosso” conceito de família não seria família). O primo afastado terá ido ao *matan-dook*, mas que este não conseguiu resolver nada. Depois foram as irmãs carmelitas e que elas rezaram muito por ele e a partir daí ficou melhor. Mas que depois a doença voltou.

Só quando perguntado por mim, é que refere que os doentes são isoladas e amarradas. Refere que não é por vergonha mas porque são pessoas agressivas e deixam e ter controle nelas próprias. Podem estragar coisas e aleijar pessoas, por isso é melhor amarra-las.

Quando perguntado o que um doente mental pode fazer na sociedade, ele encolhe os ombros e fica calado. “O doente mental pode casar?” Pergunto, responde rapidamente em tétum, “Mas quem vai querer casar com ele?”. Deu a ideia que os doentes mentais não casam porque ninguém na família quer alguém doente na família. Se já estiveram casados, paciência.

SAÚDE MENTAL E TRATAMENTO

Quando questionado sobre o centro dos irmãos, e se é bom para a saúde mental ele refere que sim por causa da ciência. Os irmãos vão trazer a ciência, os medicamentos para tratar. E relembra um caso muito conhecido. Um jovem de trinta anos com doença mental, residente num *suko* de Bora.

Chama de criança a um doente mental que já é homem feito. Ele não é casado, nem irá casar! Porque a doença apareceu na adolescência.

Descontraidamente pergunto-lhe se o *matan-dook* poderá trabalhar no centro dos irmãos. Faz cara de admiração a minha pergunta, e responde em defesa as vezes será necessário. Isto porque, procura explicar calmamente, os timorenses seguem aquilo que ouvem (*ema Timor buka hatene, se diak, tuir ne'è*). Se as famílias ouvem que os irmãos curam a doença mental, eles virão cá. Se ouvem que há um *matan-dook* que também cura, eles vão atrás do *matan-dook*.

IGREJA E A SAÚDE MENTAL.

Ao abordar o tema sobre a saúde mental e a igreja, mantém um discurso muito recto (*será que o discurso é coerente as acções?! Não o conheço o suficiente*). Refere que não há nenhuma relação entre castigos

de Deus e a doença mental, e se há pessoas que pensam assim é porque não sabem, porque Deus não castiga.

Pergunto-lhe: “Os doentes mentais podem ir a igreja e receber a comunhão?” Responde assertivamente que sim, eles não tem culpa da sua doença. Não tem intenção de fazer mal, porque o problema está no cérebro. Logo não tem nenhum pecado. Em primeiro ele é pessoa e depois é doente. Mantém a sua dignidade.

CATEQUISTA, SENHORA COM +/- 40 ANOS

Viveu sempre em Timor. Trabalhei muito com ela e ela ouviu-me falar muito com os doentes. Parte do discurso é simples. É uma timorense típica, que sempre seguiu ordens e sc costumes de timor.

No primeiro dia, passei por casa da catequista, foi um bom reencontro. Bem ao jeito de Timor. Marquei entrevista com ela para o dia seguinte, assim como para visitar alguns doentes. A conversa é feita em tétum, e algumas palavras em idate, o que dificulta a entrevista. Anteriormente eu ia visitar doentes mentais com ela, por isso talvez o à vontade na situação. As crianças estavam junto do local o que pode ter inibido a catequista, mas de forma global, pareceu confortável e confiante no diálogo.

SAÚDE MENTAL E CULTURA

Não define doença mental, mas refere que as várias causas são os traumas, as más acções perante o *lulik*, o sagrado (como: *bemu bee matan*), o chamado esgotamento (*estuda barak, estuda too remata depois hanoin barak*).

SAÚDE MENTAL E TRATAMENTO

Pergunto-lhe o que é necessário para Timor-leste, para ajudar na saúde mental. Ela responde envergonhada. Refere que não tem formação suficiente para responder, mas insisto. Refere sempre que é medicação. Timor não tem boa medicação. Pode ter plantas, mas não é suficiente.

Nunca fala no *matan-dook* ate eu lhe perguntar. Diz que algumas vezes precisa de ir ao *matan-dook*, outras vezes tem que ir ao centro de saúde.

Quando lhe pergunto sobre o tratamento, se deve ser em casa ou no hospital, ela refere que no hospital. Lá tem companhia, e alguém pode tomar conta dos doentes. Em casa, nem sempre os doentes tem estes cuidados. Quando lhe perguntou Porque é que o doente mental vai viver para longe, ela não achou estranho. É normal que o *bulak* vá viver para a horta, trabalhar a terra para dar alimento para ele e para os familiares. Quando morre são colocados os seus antepassados na casa sagrada normalmente como se fosse outra pessoa normal.

COM CRIANÇAS

Perguntei as crianças se conheciam alguma criança que fosse *bulak*. Elas responderam rapidamente que sim, referindo o nome e donde morava. Porque era *bulak*? As crianças respondem que foi porque bebeu água da fonte sagrada e “*Sa’i bulak*”.

- *Sai bulak?! Oinsa? ...*

- *la’o arbiro, koalía arbiro.*

- *Nia ba centro de saúde?*

- *lae*

- *Ba matan-dook?*

- *Sim*

- *Kura tiha ona?*

- *Sim.*

- *Nia brinca, estuda halimar hamutuk labarik botu?*

- *Sim.*

- *Bainbria nia moras brinca hanessan?*

- *Sim.*

DOENTE MENTAL, DOENTE A MENOS DE UM ANO. É UM KATUAS, COM MAIS DE 50 ANOS.

Não o conhecia. É um doente “novo”. A doença iniciou após a morte da mulher. Doente inibido, não falou uma única palavra nos primeiros 5 minutos. Apenas refere que depois de ter iniciado toma da medicação se sentiu melhor, que agora consegue trabalhar, ir a missa e tomar a comunhão. Mostra um sorriso quando diz que já pode fazer estas coisas. No final refere respeito/sente-se a vontade com o Ir. Vítor, quem tratou dele.

No momento prévio a entrevista, estava a trabalhar normalmente. Refere que os filhos fazem uma vida normal (vão a escola, horta...).

Respeito o silêncio do doente e evito aprofundar a entrevista. Dá a sensação que o bulak, é bulak sempre, mas quando esta em crise não pode sair de casa. Fora da crise esta integrado na sociedade.

- DIA 24 DE JUNHO DE 2009.

Início a manhã em casa dos irmãos e peço a um jovem, que é um colaborador dos irmãos, para me acompanhar nas visitas. É um jovem timorense que fala muito, então aproveito para ir percebendo o contexto cultural.

A conversa foi muito “gira”, num misto de mistério e de riso. Engraçado perceber que havia momentos em que se sussurrava. Fico com um desenho muito ao leve da forma de ver a doença mental. Registo as várias ideias.

Cada família tem o seu próprio “Bandu” (espécie de proibição), que leva as pessoas poderem ou não realizar determinadas acções nomeadamente com o *lulik* (entrar em montanha sagrada, comer qualquer tipo de comida, etc). Não há qualquer relação entre *bandu*, com famílias que tenham a residência no mesmo *suko*. Quem indica o *bandu* são os *Uma-Kain Nain* (o chefe da casa). Ele pode confirmar, anular, trocar os *bandu*. A restante família apenas deve seguir a suas indicações. A quebra do bando pode levar a doença mental.

Nós também temos esta espécie de Bando, a que lhe chamamos de superstição, ex: não passar por debaixo de uma escada, não comer laranja de noite... a grande diferença é que esta proibição é como que sagrada, e pode alterar/condicionar o dia-a-dia da vida das pessoas.

FAMÍLIA: FERIK COM MAIS DE 60 ANOS E AS SUAS DUAS FILHAS, COM IDADES ENTRE OS 25 E OS 30 ANOS, AMBAS CONSIDERADAS COM DOENÇA MENTAL

Fui recebida com um sorriso que me amolece. Algumas lágrimas a mistura. Distraio-me de tal maneira, que nem me lembro do objectivo principal da entrevista. Não pensava que eu regressasse um dia e fica feliz. Falo com ela e com as filhas. As filhas estão integradas na sociedade, como uma mulher timorense comum de baixos recursos. Vão a horta, ao mercado. Vão ao Centro de Saúde pedir medicação. Não irão casar. É assim a vida. Não sei se lhes parece triste ou conformadas. Mas ouço as suas histórias.

Nunca teve de prender as filhas, mas teve de pedir muitas vezes a ajuda dos vizinhos. Sobre o *matan-dook*... “cultura mana, cultura...”

ENTREVISTA COM CHEFE DE SUKO E A VÁRIOS KATUAS (ESTAVAM A ORGANIZAR OS PREPARATIVOS PARA A ADMISSÃO NO NOVO ADMINISTRADOR DE LA CLUBAR).

Entrevista em casa do chefe de suku por volta do meio-dia. Bem ao jeito timorense. Apareço por convite. Expliquei o meu trabalho e queria saber a opinião dele e ele só me pede para regressar. Diz que no centro de saúde é necessário eu ajudar, estar disponível. Fala da ajuda dos estrangeiros de forma positiva (os chefes de *suko* tem recebido vários tipos de apoios quer bens como financeiros). *Interpreto que ele associa a ajuda dos estrangeiros boa porque ele também usufrui directamente deste benefício.*

Tento entrar na saúde mental e na cultura. Não me responde. *Não consegui ter uma boa conversa com o chefe de suku nem com os katuas.* Em vez de ser eu a ouvi a opinião dele sobre a doença mental, pergunta-me a mim. Porque é que há *bulak*, o que acontece? ... Enfim! Em pleno dilema, baixo a fasquia dos meus objectivos e decido seguir o pedido dele, o que me pergunta e não o que eu necessito de ouvir. Assim, sou eu a falar sobre a doença mental durante algum tempo. Uso um discurso em tétum muito simples. Com explicações muito simples. Comparações com a vida da

montanha. Sendo realista, dá-me um certo prazer saber que quem me ouve são homens e chefes. Não sei se entenderão ao certo o que eu estou a falar. Mas riem-se e fazem ainda mais perguntas. No final, fala-me de um doente mental que ainda não recebeu medicação. Perguntou-lhe já foi ao *matan-dook*. Diz que sim a rir e diz que amanhã me irá chamar. aguardo com paciência.

ENTREVISTA COM MEDICO CUBANO (ESTA A UM ANO E MEIO A TRABALHAR EM LA CLUBAR)

A entrevista foi em espanhol, no centro de saúde. Mostrou-se disponível para me responder as questões e as minhas preocupações. Expliquei o porque da minha estadia em Timor. Falamos dos médicos anteriores, da vida em Timor e calmamente a conversa flui.

As suas percepções:

- Em Timor associam apenas a doença mental a esquizofrenia.
- Esquecem as neuroses, as depressões e outras doenças, que também são crónicas e precisam de intervenção.
- Não dão importância a vida
- Saúde Mental em Timor não esta bem desenvolvida. Não é uma preocupação para o povo.
- “O que é necessário em Timor?” Formação. Um programa de saúde bem estruturado e organizado. Não é o de cuba, não o de Austrália, nem o de Portugal, mas o de Timor e trabalhar directamente com a comunidade.

ENTREVISTA COM ENFERMEIRO TIMORENSE.

A entrevista foi marcada no centro de saúde. Mostrou-se disponível e apareci a hora combinada. Já estava a minha espera. Tenho por experiência que é o enfermeiro mais aplicado e responsável do centro de saúde. *Reconheço, também, que tenho uma admiração por este enfermeiro.*

Iniciamos a conversa de forma tranquila. Mostra a vontade no discurso. Falamos em tétum. Tem vergonha de falar português porque não treina há muito tempo. Ele pergunta-me por Portugal e eu por Timor e depois explico-lhe o que estou a fazer.

SAÚDE MENTAL, TIMOR-LESTE E CULTURA.

Ao perguntar-lhe como esta o programa de saúde mental remete-me logo para a responsável do Programa, afirmando que é a outra enfermeira que tem tomado conta e que ele sabe dos seus doentes. Inicia relatando-me os nomes e o que tem acontecido com eles. As historias são simples, praticamente se tomam ou não medicação, se esta normal ou não. Pergunto por outros que já morreram.

Pergunto-lhe a sua opinião na doença mental. Diz que há várias causas para a doença mental. Refere *lisan* (tradicional), trauma, genética. Os comportamentos são os mesmos que ouço sempre. Pergunto-lhe porque é que prendem (*kesi*) os doentes mentais. Responde: “*Ami badomi sira!*”. Fico

espantada, e ele justifica-se: “*Ami hadomi sira, nee duni, ami lakoi nia halo buat ida aal*”. (Nos amamos os nosso doentes, e por isso os amarramos para que eles não façam mal a ninguém). Afirma. A família não tem vergonha dele. Esta pronta para cuidar do doente. O grande problema é que o doente mental é agressivo, estraga as coisas e, se estraga as coisas a sua casa não há problema, mas se estraga as coisas de outras famílias, pode haver complicações. E complicações severas, uma vez que ele usa o termo *obo* (Matar).

Pergunto-lhe pela opinião do *matan-dook*, se ele pode resolver a doença mental. Antes de responder pensa e diz que: *Matan-dook sira* as vezes são impostores. Fazem só para pedir dinheiro e comida. Mas que sim, podem resolver o problema mas apenas a curto prazo, depois volta.

Tento entrar na cultura, pergunto-lhe pelos *Buan, Rai Nain*, ele ri apenas e não me diz mais nada. Diz apenas “*Ne’e lisan*”. É tradição. Não insisto.

Pergunto-lhe então: “Para ajudar Timor na saúde mental o que é necessário? são necessários três coisas, refere: (utilizando as palavras dele) *Economia-social, servisu* e *conhecimento*. Economia esta relacionado com a situação social de Timor. Não há de comer, não há estruturas de apoio, etc. O *servisu* porque as pessoas precisam de trabalhar. Quem não trabalha é que fica doente porque rapidamente fica doente por pensar muito e o conhecimento (*fo hatene*) porque as pessoas precisam de perceber o que se passa com elas.

A formação é importante para este enfermeiro. Conta-me as formações que fez, com quem, e o que pensa delas (é dos poucos que assiste e participa na formação propriamente dita). Refere que é importante *Fo hatene e fo moral* para a família e a comunidade. *Ressalta-me a mente: não se trata apenas de transmitir conhecimentos, mas de dar moral também. Associar os comportamentos ao que é certo, (a grande influencia da igreja?!)*

Há três anos atrás, contou-me que viu se pai a morrer pelos indonésios, e que teve de tomar conta da sua mãe e dos irmãos. Lembro-me de lhe ter contado, se pensava nisso, se tinha algum problema com essa situação. Calmamente responde que não, que aprendeu a viver assim. Lembro-me de lhe ter dito que em Portugal, se fala muito de trauma neste tipo de situações. Ele ri-se e reponde-me: “Sabe, mana, Vocês em Portugal tem muito, e o pouco que vos falta é um problema grande. Nós lutamos todos os dias pela comida do próprio dia. Só isso nos preocupa. O resto não”. Senti um certo incómodo na diferença.

A entrevista termina de forma muito tranquila. Com o chá de folha de abacate e o amendoim torrado ainda quente. Pergunta-me. *Mana diak liu maktene liu ka iba rai boot?!*. O que é melhor inteligência ou terras grandes? Inteligência, eu respondo. Ele concorda e afirma “Eu também penso assim. Tenho já 5 filhos, é suficiente. Quero dar-lhes a todos as mesmas oportunidades. Se forem só para a horta, sabem de semear mas não escrever. Eles irão a escola e para a horta também para serem homem”.

É um timorense típico. Baixo, magro, franzino. Toma conta da família e dos irmãos mais novos. Tirou o curso de enfermeiro com muito esforço. Foi convidados a continuar os estudos mas não quis. É pessoa de escolher a família e de ficar perto dela. Sei que bate nos filhos e nos sobrinhos. Mas lida com isso como forma de responsabilidade e educação. *Reconheço-lhe as suas capacidades e a sua garra na luta de um Timor melhor.*

Interpretações que vou acumulando:

1. *Foi-me muito fácil estar novamente com o povo. Mas esta a ser muito difícil entrar na cultura. Já tenho um papel uma posição aqui em Laclubar. Precisava de mais tempo e não me associarem aos irmãos. Consigo atingir aquele limite de ter a confirma que existe, e ainda praticam, mas como? É difícil entrar.*

2. *Timor anda a procura de uma identidade em todas as áreas... Seguem aquilo que vão acreditando e que vão ouvindo que é melhor para eles. Os irmãos tem dado provas de que actuam de forma eficaz na saúde mental e por isso acreditam neles.*

3. *Dá a sensação que os matan-dook, não são apenas intervenientes, são também uma espécie de conselheiros (psicólogos) na cultura de Timor. Um povo que acredita nos antepassados, que acreditam nalguma intervenção divina. Que esta habituado em seguir “chefes”. Precisam de uma segunda opinião sobre o que acontece nas suas vidas. E por isso decorrem e apoiam-se no matan-dook. O Malai não percebe totalmente as dificuldades de vida e o que os próprios timorenses acreditam, logo não será este “psicólogo”/conselheiro na realidade.*

3. *As vezes acontecem irem ao matan-dook e curar a doença, mas que depois volta, e vão novamente. Às vezes dá a sensação que os timorenses não têm a noção de doença crónica com fase aguda. Isto é, crise. Acreditam que ficam boas e que mais tarde voltam a ficar doentes. Associam antes: o matan-dook curou, mas depois a doença voltou.*

4. *Não há uma crença certa no bulak. Há sim uma serie de histórias que como não são perceptível ou explicadas pelos timorenses, vão acreditam nas suas próprias versões, e em caso de doença, há uma sede enorme na cura da doença mental. O comportamento face ao tratamento está relacionado com a transmissão de informação de boca em boca e também no que os timorenses acreditam naquele exacto momento.*

5. *Ainda não encontrei uma única pessoa que me tivesse dito que prendia os doentes por vergonha, por medo, ou por estigma social. Pergunto pela dignidade da pessoa que esta presa e eles não sentem que se perda a dignidade. Fazem-no por amor?! (como um enfermeiro respondeu). Isto é, parece-me que é um acto comum em defesa dele próprio. A dignidade esta no que o bulak não faz de mal aos outros. A preocupação esta nos pertences de outras famílias. Os doentes mentais são maioritariamente agressivos, podem estragar e chegar mesmo a matar. O comportamento de prender os doentes esta integrado na comunidade. É a forma que eles encontraram de resolver um problema. Ainda não foi questionado.*

6. *Quando se associa a o doente morar longe da comunidade (a borta) há uma expressão de estranheza à minha pergunta. Eles não estão longe da comunidade. Simplesmente estão na borta, porque estão perto do serviço que fazem todos os dias. São pessoa que por si já se isolam e não gostam de muita companhia.*

7. Reflecto sobre a influência da igreja na cultura de Timor-leste. Não sei se foram os primeiros missionários que potenciaram a crença que já existia dando nome as crenças. Ou se, já existindo o animismo, o próprio povo associou o que os missionários falavam aos seus costumes e a sua forma de vida. Lembro-me de um Timorense que vive em Lisboa que um dia me explicou que os timorenses não outra religião, porque é a crista que mais se assemelha as suas crenças/tradições. (como se foram eles que tiveram de escolher). No tempo da invasão da indonésia eles tinham de declarar uma crença específica. Não poderiam ser gentios. Então eles assumem-se cristãos, por isso mesmo. Acreditam nos espíritos (Klaman). O Espírito Santo é apenas o espírito grande de todos os outros espíritos que acreditam. O pai, que fez a terra. Maromak a entidade sagrada que esta no mundo e que toma conta do mundo e Cristo como filho, como homem que eles também são. É uma limitação no meu estudo. Vou deixar as dúvidas levantadas.

- DIA 25 DE JUNHO DE 2009

Passo a manha no centro de saúde. Com um propósito. Sento-me na sala de espera, vou passando pelos diversos gabinetes. Deixo que as pessoas se acostumem a minha presença e que deixem de olhar para mim com ar de espanto para poder iniciar qualquer conversa.

DOENTE MENTAL HÁ MUITO TEMPO, COM MAIS DE 60 ANOS, CENTRO DE SAÚDE.

É doente mental há algum tempo, não sei precisar. Lembra-se de mim, pergunta por Portugal, conto-lhe histórias simples. Pergunto-lhe pela doença, como esta, como se sente refere estar bem. Pergunto-lhe pela medicação diz que esta melhor, já é ele que vai sozinho buscar a medicação. Trabalha na agricultura, tem apoio a família.

Pergunto-lhe se já tinha ido ao médico tradicional, diz que sim, a rir envergonhado. Mas que foi muito caro e que não fez nada. Que agora esta melhor. Caro o quanto não conta, mas há expressão parece que deveria ter sido fora das condições que ele possui.

Na conversa apercebo-me que bebe tua, vinho e faz psicofarmacos. Que perigo! Refiro-lhe. E perco algum tempo para ver se pelo menos percebe que é importante reduzir a tua.

ENFERMEIRO CHEFE DO CENTRO DE SAÚDE DE LACLUBAR

Fala da doença mental. Inicia sempre com uma diálogo politicamente correcto. Tento entrar na cultura. Digo-lhe que não podemos intervir se não conhecermos a forma de pensar de Timor. Pergunto-lhe pelas crenças, e sinto resistência na sua resposta, mas depois flui. Refere sempre, “as pessoas é que contam, eu não vi!”.

Fala-me da cobra, sêmea. Aqui mordidela de cobra, ou matar uma cobra pode causar doença mental. Pergunto-lhe porque, e responde-me que a cobra é vista como o Animal da Terra do Rai-Nai. Ela anda e entra na terra pela sua vontade. Logo é como que “mandada” pelo Rai-Nai. Para resolver a situação neste caso é necessário ir ao *matan-dook*. Ele orienta o que é necessário.

A forma para resolver a situação em saúde mental, é uma adaptação entre o que as pessoas acreditam e o que a saúde diz. O *Fiar* (a confiança) ainda é muito forte e por isso deve ser trabalhado primeiro, e depois sim, podemos dar medicação. Ele como profissional de saúde estimula os dois, isto é, não proíbe a cultura, mas pede para seguir a medicação da saúde. E é necessário trabalhar muito a família. A família precisa de sentir-se bem para poder cuidar dos seus.

Sinto que a intervenção passa por fortalecer laços entre as famílias, e dar formação a comunidade em geral, mas sem querer criar laços entre as comunidades.

Nota-se também no enfermeiro a diferença entre “fo hatene no fo moral/ fo consolo”. Esta diferença entre formar pessoa, capacitar e ao mesmo tempo, mostrar-lhes o caminho. O fo moral, pode ter origem no sentido religioso, mas não tem totalmente este sentido agora. È uma espécie de mostrar o caminho ao outro.

ENFERMEIRA PARTEIRA

Antiga chefe de saúde. Sei por palavras próprias do antigo chefe do distrito de Manatuto que ela teve o lugar de chefe por reconhecimento. Sei que é inteligente e dou-lhe o tempo que precisa para a conversa fluir.

No tempo da Indonésia ela levava documentos/cartas para os guerreiros da resistência. No ano em que estive a trabalhar com ela, ficava horas a ouvi-la, num espanto/admiração. O código para a troca de informação, era mesmo saber onde existiam as mulheres que iram parir. Ela, única parteira de Laclubar, trocava a informação (folhas), guardando-as na maleta com o material necessário para fazer os partos. Os indonésios e os timorenses a favor da ocupação indonésia, desconfiaram sempre dela. Teve de fugir. De se esconder. Foi ameaçada, torturada, passou fome. Conta que a forma de “Foti-an” (elevar-se), foi quando após o referendo de 1999, se sentou propositadamente, ao lado dos timorenses (a favor da ocupação indonésia) que a ameaçaram de morte por estar a colaborar com a “resistência”, no dia em que festejavam a Liberdade. Bastou olhar para eles, não dizer nada, mas com uma expressão que diz “Olha para mim, não morri, estou aqui, o meu País é livre...”

Começo a conversa com “enfermeira, o que é que Timor precisa para podemos “Erguer” a saúde mental. “ Refere prontamente, Formação, *Fo hatene*.

Comparar a o furo que os irmãos fizeram na semana passada, com a saúde mental, “A saúde mental em Timor-leste é como o furo de água que foi realizado no terreno dos Irmãos de São João de Deus que trabalham nesta aldeia. Quando aconteceu, nunca ninguém tinha visto água a surgir dessa forma. Então pensaram que aquele terreno era de facto sagrado. Eu e tu percebemos que há tecnologia, que nas montanhas existem lençóis de água, e que é possível fazer os furos. O povo ainda não. A transmissão de conhecimentos ao povo deve ser feita de forma muito lenta...”

Temos de dar conhecimento as pessoas e aos poucos e depois vai haver mudança. Aconteceu exactamente a mesma coisa em relação aos partos. No início os partos não eram realizados no

centro de saúde. Agora a maioria dos partos já são no centro de saúde. Conta-me histórias da cultura que já sei, mas que vou solidificando.

ENTREVISTA COM AS MULHERES DO EDUSAÚDE.

São cinco mulheres. Sentem-se a vontade com tema, sabem que poderão trabalhar no centro de saúde mental dos irmãos. Faço várias dinâmicas com elas e registo as indicações que me vão dando numa folha em branco, que guardo para mais tarde ir integrando cada palavra.

Comecei a perceber que as percepções parecem muito iguais entre varias pessoas, muito na base dos conhecimentos gerais em saúde mental. Um tanto ocidental para dizer a verdade. Pergunto-lhes se tiveram alguma formação em saúde mental e a resposta é positiva. Há quase um ano atrás com mana Alexandra (uma voluntaria portuguesa) e a uns dois meses pela direcção Distrital de Manatuto.

Invade-me um sentimento duplo, a satisfação de saber que estão a dar formação em saúde mental, e não formação que é organizada pelos Malais apenas, mas pela direcção distrital, e ao mesmo tempo... a formação foi há poucos meses... os conceitos vão ter de base essa formação e não as opiniões pessoais, propriamente.

DOENTE MENTAL

Na casa dos irmãos trabalha um doente mental. Almoçamos juntos e depois converso com ele. Segue os protocolos existentes nesta cultura. Antes de falar, pede desculpa e licença para falar, e só fala quando eu inclino a cabeça no sentido que dou licença. No final de cada frase, termina “*mak nee dei*”. Isto sempre, em cada pergunta.

Sente-se orgulhoso por falar comigo e por trabalhar com os irmãos. Pergunto-lhe sobre a doença e os medicamentos. Pergunto-lhe sobre o *lisan* e responde-me rapidamente: “Desculpa senhora, isso é com outra pessoa!”. Dá-me vontade de rir, mas percebo o que me quer dizer. Não insisto com ele. Penso que não conseguirá perceber o porque da minha insistência e respeito a sua vontade. Pergunto-lhe só, se já seguiu a tradição, diz que sim, num misto de vergonha e de riso. Diz que sim, repete-se e afirma, mas não aconteceu nada.

Penso que se sente bem agora com os irmãos, não porque esta perto de malais, mas porque alguém lhe deu trabalho, responsabilidade, confiou nele. Não tem retaguarda familiar. Fala pouco da família. O irmão é que me conta a historia. Em qualquer parte do mundo, todos os seres humanos tem a necessidade de se sentirem respeitados. Aqui também é igual.

JOVEM MAIS DE 18 ANOS, ESTA A ESTUDAR NO SECUNDÁRIO.

O irmão pede a este jovem para falar comigo. Supostamente tem um tio *matan-dook*.

Responde-me apenas ao que lhe pergunto. Vou perguntando disparates para ele me corrigir e dar-lhe o sentimento de me ensinar dentro da cultura Timor. Preciso de lhe passar este sentimento para poder entrar na cultura. Esta técnica vai resultando. É engraçado a conversa é quase como que um sussurro. Muito lenta e muito calma. Decorre sem problemas. Sinto a necessidade de escrever outro

anexo, que não no diário. A informação é muito rica. Pergunto-lhe se tem medo de falar comigo sobre este assunto, e diz-me que não mas espanta-me com a resposta: “Eu estou a falar a verdade e por isso não me irá acontecer nada!”.

- DIA 26 DE JUNHO DE 2009.

JOVEM, COM 18 ANOS, ESTA NO SECUNDÁRIO E COLABORA COM OS IRMÃOS.

Peço a este jovem para me acompanhar nas visitas. Logo vou fazendo perguntas a caminho da casa dos doentes. As histórias já se vão repetindo. Mas continuo sempre com as mesmas perguntas para ver se há alguma informação nova que possa ser acrescentada ou alguma ideia nova que surja.

Falamos da *Ponti'Ana*. Ele já viu. Teve medo, mas regressou a casa bem. A *ponti'ana* não causa doença mental. A *ponti'ana* é só para provar a confiança e a coragem de cada pessoa. *Não tenho conhecimentos de psiquiatria suficientes... Como se chama a este fenómeno em que mais que uma pessoa terá como que uma alucinação, mas que não consideram doença nem alucinação?!. Tento procurar uma justificação mas não sei.*

DOENTE MENTAL, (O DOENTE REFERIDO PELO PADRE). TEM MAIS DE TRINTA ANOS.

É doente desde os seus 17 anos. Terminou a secundaria com algum custo. Os irmãos têm acompanhado o caso dele desde que chegaram.

Entramos, mas ao iniciar a entrevista percebemos que estava em crise. Numa fase depressiva. Temos de mudar a medicação. Acabo por me concentrar na entrevista, não com meu fim, mas com o fim do seu bem-estar. Apenas me refere que sim, que seguiu a medicação tradicional e que se tratava apenas de colocar plantas na cabeça para diminuir a doença. As plantas não fizeram nada.

Inspiro fundo e penso. Aqui temos de esperar ate segunda-feira para descer e fazer pressão para pedir um medicamento. E um medicamento que faz parte do stock do centro de saúde. A saúde mental será sempre o parente pobre da saúde.

KATUAS, (SUPOSTAMENTE MATAN-DOOK).

Foi combinado, entrei em casa do Katuas com o sobrinho. Ao perguntar sobre o tema de Bulak, repetiu varias vezes a expressão.

Nunca olhou para mim enquanto falava de coisas importantes sobre os doentes mentais. A mulher, no meio da conversa, sentou-se junto a nos e também foi dando a opinião dela. Apreciei este comportamento, assim como a possibilidade de falar na conversa. *Vulgarmente a mulher, em Timor, não pode discursar.*

Sinto necessidade de não escrever apenas em diário mas com o registo que comecei anteriormente. Completar a matriz cultura.

Realço várias expressões:

- Há vários tipos de *Bulak*:

Ponto ou *Mirin* (palavra indonésia que significa um pouco doente)

Bulak Feto, é uma forma de ver uma pessoa doente mas calma que faz rir, faz cómico

Bulak Mane é um doente agressivo, que pode estragar coisas, bater nas pessoas.

- Só as mulheres podem ter stress porque pensam muito;

- Dá a ideia clara e evidente que é necessário seguir a *natureza* (expressão do próprio) para a cura na doença mental;

- Os doentes podem fazer a vida normal em termos de trabalho, mas há um corte nas relações principalmente as afectivas. Não podem casar, porque há ideia que há passagem de avos para filhos, e também ninguém quer casar com alguém que supostamente é doente. *Sim há claramente o estigma da doença mental.*

- É das poucas pessoas que diz que os doentes devem ser internados. A família apenas irá visitá-los.

EM MANATUTO

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO DE MANATUTO.

A entrevista foi marcada por telefone, para confirmar a presença dela. Chego a hora marcada a Direcção distrital de Manatuto. São as 15h da tarde. Interrompe uma formação para falar comigo. Tem consigo as estatísticas do mês de Maio de 2009. Os cinco primeiros minutos são passados a falar de Portugal, da alegria de me ver aqui. Diz com satisfação que o programa de saúde mental está a andar bem.

Vejo as estatísticas e dão-me vontade de rir... Manatuto tem 38 doentes, Laleia 13, Lacló 21, Natarbora 22, Soibada 19 e Laclubar com 74 doentes.

Ainda incluem os doentes de epilepsia em doença mental. E a incidência/prevalência é maior nas psicoses e na depressão. Doença por dependência de álcool não existe. (*tenho as minhas dúvidas!*). O programa de saúde mental corre bem, com algumas dificuldades, referindo-as: as condições (em dias de chuva não se pode trabalhar e a estrada fica em mau estado e ela que trabalha em Manatuto), a falta de medicamentos e condição financeira do País.

CULTURA E TIMOR.

Quando lhe pergunto o que faz em relação a cultura, responde-me de uma forma muito segura. "*Lao hamutuk*". Caminham em conjunto. Diz que se a família precisa de ir ao *matan-dook*, que deve ir, mas não pode deixar de tomar medicamentos do centro de saúde. O tratamento deve ser feito em casa, junto das famílias. A forma como ela pensa é igual ao do ministério de saúde. O Nosso Hospital é a nossa comunidade e é na comunidade que se deve trabalhar. Já tem planos organizados

para ir ao sub-distritos todos, não vão falar apenas com os líderes locais mas irão também as escolas.

Penso que na posição em que ela está, conseguiu encontrar um equilíbrio entre ambos os sistemas. Não critica o que faz, não critica a cultura. Caminha em conjunto.

Já antes e mesmo desta viagem ouvi várias vezes: “Foram os irmãos que trouxeram a doença mental a Laclubar”. Algumas vezes em forma a expressão doença mental é sinónimo de peste, outras vezes em forma de brincadeira. Em forma de gozo, apetece reestruturar a tese e começar a escrever a partir desta frase... “Como levar a doença mental aos países em desenvolvimento?!”

Ao terminar esta escrita, rio-me de mim e da capacidade de me surpreender pelas pessoas. Sei que era uma das entrevistas que fui fazer apenas por “protocolo”, mas afinal surpreendem-me os resultados. Não é que tenha trazido algo de muito novo ao meu trabalho, mas deixa-me orgulhosa a forma como a enfermeira encara o programa de saúde mental agora. Lembro-me de antes, incomodava-me a sua apatia, a sua despreocupação pelos doentes e pelo programa em si. Acompanhava as reuniões, falávamos sobre os doentes. Obrigava-me a respirar fundo para aceitar o ritmo de Timor...

EM DÍLI

- DIA 29 DE JUNHO DE 2009.

Existem duas escolas de saúde em Timor-leste. O Instituto de Ciência da Saúde (ICS) e a Universidade Nacional de Timor-leste (UNTL). Ambas têm o curso de enfermagem.

Apresento-me a directora pedagógica do ICS, que é portuguesa, e estou longo tempo para a falar com ela e com o enfermeiro português que esta a dar aulas de enfermagem materno-infantil. Falam da dificuldade das dificuldades da escola, Timor-leste. Exponho o meu trabalho. Apreciam. E abre-me o caminho para falar com o Director académico do ICS.

DIRECTOR ACADÉMICO, INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE DE TIMOR-LESTE.

É natural de Timor, mas com formação em Jakarta. Recebe-me bem, de forma amigável. Falamos no gabinete. Inicio a conversa em Português, mas rapidamente segue para tétum. Prefiro ser eu a concentrar-me nos termos, que correr o risco de ouvir termos que não são intencionais. O Português é uma língua difícil de aprender.

Falamos de saúde mental. Impressiona-me a capacidade de decorar deste povo. É o primeiro Timorense que me refere a expressão de saúde mental como equilíbrio de factores. Quais as causa da saúde mental? Respondem-se sempre da mesma forma e pela mesma ordem. Economia, genética.

Pergunto: Mas há doenças mentais que estão relacionadas com a “quebra do *lulik*”, entrar em lugar sagrada sem respeito. Diz que sim, e refere os locais sagrados. “Mas nesse caso como se cura o

doente mental?” Com a tradição, responde. Quando um doente tem doença mental temos de tratar primeiro do *lulik*.

Há formação sobre saúde mental, aos enfermeiros. É dada em bahasa Indonésia. É organizado por professores que estudaram em Indonésia. O programa esta em bahasa Indonésia. Segue a linha “normal” (como foi na minha licenciatura): fisiopatologia, enfermagem psiquiátrica, etc.... *E enfermagem transcultural?!*

CONVERSA COM A TRADUTORA DO ICS

Conversa no banco de trás do carro a caminho de Díli. Esta entrevista não esta nos planos, mas ajuda-me a ter outra visão da saúde mental, dos timorenses com formação.

A condutora é timorense, com 10 anos de formação em Portugal. Temos uma conversa agradável. As doenças, os tratamentos. Vai-me falando que existem muitos *matan-dook*. Pergunto-lhe, mas quando tu estas doentes onde vais primeiro: ao centro de saúde ou ao *matan-dook*? Refere “O centro de saúde é uma coisa nova, antes não existia deste modo. Vou ao centro de saúde, mas também vou ao *matan-dook*. Mas porque? “Fiar, mana, É melhor continuar acreditar”. (*Não vá acontecer algo que não se consiga explicar, penso!*).

Mesmo que acredita na ciência, quem consegue perceber claramente fisiopatologia das doenças, há uma crença bem enraizada. Que é inquestionável para qualquer timorense. “É sempre melhor continuar a acreditar...”

Relembro-me de uma história real. Contam... Um dia foram a Kupang (indonésia), para tratar do visto do Irmão. Na estrada matam um cão. Os jovens que estavam com o irmão disseram, é melhor procurar o dono do cão e pagar-lhe o cão. “O cão quanto custa?” “Dez dólares!” ” Não está cá ninguém e não há nenhuma casa por perto! Alem de que foi o cão que se meteu a estrada!” “Então irmão, atire uma moeda de 10 centavos para atrás dos costa, para ficar no caminho, para não acontecer nenhum problema”, o irmão responde, “Mas vocês acreditam nisso?!” “Sim, irmão é melhor.” Isso são superstições, bla, bla, bla... “ O irmão não pagou, nem atirou a moeda. Passado 10 km, furam o pneu do carro. Para um português foi consequência de quem anda na estrada, para um timorense ...

CONVERSA COM DOIS ELEMENTOS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DE TIMOR-LESTE.

São duas da tarde de um dia de semana, Estou sentada no departamento de saúde mental. Estão apenas dois únicos funcionários a trabalhar aqui. Inicio a conversa em tétum. Flui muito facilmente.

Falo sobre as doenças, e uso a técnica da pergunta e da minha ignorância no assunto: “Mas em Timor-leste o que significa...? E entro facilmente na cultura.

Em qualquer parte do mundo, quando as pessoas se sentem valorizadas, falam, cria-se empatia e o discurso flui.

Há algum discurso já repetido para mim. Retiro muito das dúvidas que vou tendo sobre o quadro da “visão em saúde mental”. E os assuntos que me realçam são os que descrevo a seguir. Refere

que em Timor há dois Timor de *bulak*, os *bulak beik-teen* (aldrabões por assim dizer), e o *bulak tebes*. O *bulak beikteen* pode ser curado pelos malais e com medicamentos. O *bulak* verdadeiro não. Só pode mesmo ser tratado pela tradição. (*lisan*). Como aparece uma e outra pergunto? Vê-se pela pessoa. Pode vir da tua, de pensar muito, das *malais* bonitas, etc... o *Bulak tebes*, vem mesmo do *lulik*. Dá uma visão que ainda não tinha tido: “vocês quando precisam de saber algo sobre a saúde vão aos livros e os dicionários. Nos vamos aos *katuas*”.

Ao decorrer a conversa, pergunto para que precisam dos estrangeiros. Fez-se silêncio. Tive quase a sensação que me iria responder, dinheiro. Não o disse, mas entrou em tal discurso: “precisamos de trabalhar em conjunto, vocês mostrarem-nos o que vocês sabem, o que nos sabemos, etc...”

A importância dos katuas na transmissão de conhecimentos de pessoas para pessoas. Sublinho a expressão que o medico cubano de Laclubar refere: “Em Timor, é necessário ir aos katuas perceber-los para só depois ir aos jovens forma-los”

- DIA 1 DE JULHO DE 2009.

Estou doente. Hoje não é um dia fácil para mim.

Começo a perceber que estas semanas não são suficientes para o trabalho. É necessário tempo. Vou falando com varias pessoas sobre o meu trabalho. Há percepções muito diferentes. Cada um interpreta a partir do mundo em que habita.

Mais do que uma pessoa me refere que deveria ir a Lospalos, é o distrito onde há mais doentes mentais. Pergunto-me se não esta relacionado com as etnias. Mais guerrilheira? O lado “lorosa’e” da ilha teve sempre esta imagem. Coloco também como limitação ao meu estudo o meu espaço geográfico. Limito-me a Laclubar e a Díli. Há influências sociais que podem estar intimamente relacionados. Deixo em aberto a pergunta.

Na primeira semana visitei a escola de enfermagem da UNTL. Fui muito bem recebida pelo chefe de departamento. Agora estão a pedir uma serie de burocracia para poder entrevistar os alunos. Uma das perguntas que me fez na semana passada, foi se tinha dinheiro para financiar a escola. Ao responder que não, que apenas queria fazer um estudo, a postura dela muda. Associo este acontecimento a dificuldade de estar com os alunos agora. Como me sinto doente, desisto de lutar com a burocracia que me pede. Centro-me noutras entrevistas possíveis.

PSIQUIATRA, MEDICO CUBANO.

Encontro-me no Hospital Nacional de Díli. O Serviço de psiquiatria é apenas um gabinete médico. Já me informaram que o outro psiquiatra que trabalha em Timor-leste trabalha em Lahane, no centro distrital de saúde mental. Mas de momento não esta em Timor, esta na sua terra natal (Papua Nova Guine) ate Agosto.

Há apenas uma senhora a porta da consulta. Peço licença, informo que gostaria de falar com o psiquiatra e espero. Apercebo-me que o medico esta a fazer consulta com uma intérprete. Estranho este fenómeno em psiquiatria!

Quando chega a minha hora, apresento-me, explico o meu trabalho. Gostaria de saber a opinião dele. Foi “difícil conquista-lo”. Tive de contar muito do meu percurso ate aqui. Porquês, como’s, que experiencias, histórias, Portugal, Cuba, Indonésia, Timor-leste... Psiquiatra com 30 anos de experiencia. Director de Saúde Mental em Cuba. Com experiencia em Angola, Moçambique, e outros países de África. *É preciso uma grande dose de humildade para se disponibilizar em ajudar menina de 26 anitos, que pede colaboração entre gargalhadas e histórias.* Liga-nos valor que damos à Pessoa e saúde. E lá foi falando.

Refere, falta em Timor-leste uma equipa de saúde mental. Não se preocupam com a saúde mental. Técnicos de saúde, psicólogos, educadores sociais, técnicos para desempenhar terapias grupais, comportamentais. Falta articulação do ministério com os centros de saúde. Aposta-se apenas na actuação dos casos que aparecem no hospital. Não pode ir ao terreno com pena. Não há prevenção, não há promoção, não há educação.

A cultura dificulta. Timor conserva muito as características de povo primitivo, refere. Existem, e são demonstrados de varias maneira. Preocupa-o as mulheres. São extremamente reprimidas aqui e mantém-se esta repressão. *Desmistifico os meus pensamentos sobre os traumas.* Está a haver mudança de comportamentos. A presença dos estrangeiros leva a esta mudança. O telefone toca, tem de ir ao serviço de medicina mulheres. Intoxicação voluntaria. Fica o pedido de amanhã voltar com o plano do projecto de mestrado para me ajudar melhor.

Questiono-me sobre os números (número de consultas por dia, percentagem de patologias por distrito, etc...). Mas não me fixo neles. Desacreditei sempre nos relatórios e nas estatísticas da saúde de Timor-leste e dos relatórios internacionais. É um pré-conceito que tenho, e por isso, sinto que se eu me focar em números duvido se pode ou não corresponder a realidade que pretendo. Daí fortaleço a minha necessidade das histórias de vida, das pessoas. Sei, “cada homem é uma ilha”. Uma história de vida, não é a visão da saúde mental de Timor-leste. Mas é com letras que se escrevem as frases que formam os livros.

- DIAS 2 E 3 DE JULHO DE 2009.

Dedico os dias a conferência de UNTL.

Espanta-me os vários temas que estão a ser trabalhados em Timor. O meu destaca-se pela diferença. Sinto-o. As pessoas dão-me os parabéns pelo meu trabalho e não consigo perceber se é uns parabéns pelo espanto que o tema provoca, se é mesmo pelo trabalho em si.

Não sou apaixonada pela doença mental nem pela psiquiatria em si, mas pelo ser humano. E falar de saúde mental é diferente que falar de doenças mental. E a saúde mental entra em qualquer área que seja não apenas na saúde, mas educação, capacitação, segurança ou politica externa... um ser humano equilibrado emocionalmente, esta habilitado

para ser um ser humano competente e empenhado... isto num plano micro, então num plano macro... como seria Timor se fosse também uma sociedade equilibrada mentalmente?!

▪ DIA 4 DE JULHO

Hoje é sábado e estou quase de despedida. Passei a última vez no hospital Nacional de Díli, e depois segui caminho. Neste fim-de-semana não pensei no trabalho.

PSIQUIATRA, CUBANO

Elogia o trabalho já elaborado e orienta-me para aprofundar as estratégias pela enfermagem comunitária. A psiquiatria comunitária é a melhor estratégia de ajudar Timor-leste.

▪ DIA 6 DE JULHO DE 2009.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL. CHEFE NACIONAL DE SAÚDE MENTAL DE TIMOR-LESTE.

Continuo a estranhar. Como é que o departamento nacional de saúde mental só tem duas pessoas a trabalhar? Enfim, essa pergunta não me compete fazê-la, no papel em que estou hoje.

Chego a hora marcada, o Sr. está a minha espera. Mantenho o sentimento, recebem-me porque já me conhecem e conhecem o trabalho dos irmãos. Sentamo-nos no gabinete de trabalho. Sou bem recebida e a conversa flui. Iniciada em Tétum e sempre em Tétum.

Inicialmente pareceu-me que tinha a visão de eu ser uma eventual financiadora. Como que quem organiza a logística dos irmãos. Penso que no final, vi em mim alguém que afinal quero trabalhar em prol de Timor. Referiu-me mesmo que ainda não tinha falado com nenhum estrangeiro que falasse tão bem o tétum e que estive tão por dentro da cultura de Timor...

Relembro-me a primeira vez que entrei naquele lugar para um reunião que não existiu e que se esqueceram de me avisar... o sentimento com que saí hoje é diferente. É necessário tempo. É necessário paciência. E perseverança aqui em Timor. *Mas não é assim também na vida?!*

A SAÚDE MENTAL EM TIMOR-LESTE.

Pela opinião do responsável o programa de saúde mental está a correr bem. Há três factores que dificultam o programa andar melhor:

- Os recursos humanos, que ainda não estão formados. A formação segue a mesma que foi administrada por uma universidade Australiana (*The University of New South Wales*) e que os enfermeiros sabem fazer os diagnóstico clínico. *Se for como em Laclubar tenho as minhas dúvidas. Mas respeito a opinião e não me centro neste ponto.* Refere que a nível de formação é necessário agora investir com reabilitação.

- As distâncias e os meios de transporte entre as comunidades (*que para mim também é óbvio!*)

- O factor financeiro. (*sempre este factor!*)

Nunca me fala na cultura ate eu lhe perguntar.

Quando tocamos no assunto dos documentos oficiais, desculpa-se rapidamente por estarem em inglês, mas a Austrália foi a primeira a ajudar. Mas que querem começar a pensar em fazer novos documentos. Não são postos em pratica porque são académicos (*estranhei a expressão que ele usou... talvez já tenha sido usada por outra pessoa*). Não há legislação mas estão a pensar em elabora-la.

Em relação ao futuro centro dos irmãos, referiu-me mais que uma vez que o centro será para todo o terreno de Timor-leste e é uma grande ajuda. *Penso que irá haver conflitos nesse sentido. A ideia inicial dos irmãos é um centro que acolha utentes do distrito de Manatuto. Algum outro caso de outro distrito com maiores necessidades e não ser o centro em que drenem os doentes todos. Reflito que nesta perspectiva será necessário ter duas equipas bem formadas, uma que trabalho no centro com as famílias e com os utentes, outra que trabalhe no terreno, que consiga articular com os diferentes centros de saúde e enfermeiros responsáveis por saúde mental.*

Vai ser necessário trabalhar muito bem os protocolos entre os centros de saúde, o ministério de saúde e os irmãos. É necessário responsabilizar Timor-leste e os timorenses neste processo. Sinto que todos tem uma perspectiva que o centro é um projecto dos irmãos, mas é necessário passar a fase da apropriação do projecto. Os timorenses sentem que aquilo é para eles, mas devem começar a sentir que aquilo é deles. Se não as dependências se manterão eternamente.

Sugere a minha ajuda, sugere a ajuda dos irmãos, digo-lhe que estamos disponíveis.

Diz que preferia ir a Portugal ter uma formação para ele e para o seu “*staff*”. Rio-me. Entendo a dica. E pergunto “Não acha que é melhor forma cá em Timor? As culturas são tão diferentes...”

CULTURA E TIMOR-LESTE.

“Algumas vezes, como é que resolvem as situações de *Bulak* que surgem por influência do *lulik*?” É assim que entro na cultura. Deixo-o falar durante algum tempo. É o primeiro que me refere uma perspectiva nova. Para não entrar em conflito, se os timorenses acreditam que é melhor seguir o tradicional manda-los seguir o tradicional e deixar a porta aberta para que eles venham quando precisarem. No tradicional resolvem, mas depois volta outra vez. *A reflito a mesma perspectiva de antes, não há a tal noção de doença mental crónica mas de crises agudas e que cada crise aguda tem uma forma de resolver e não o doente em si que precisa de estabilidade.*

O que me fala já não é novo e vem a reforçar ideias anteriores. Falo-lhe da Ponti’Ana e risse. A Ponti’Ana não provoca doença é apenas uma alucinação que os timorenses tem. *Não me aprofunda o tema, mas acho curioso a própria expressão alucinação. Que ele próprio confirma “Eu também já vi!”. Que fenómeno será este?!*

PORTUGAL

Cheguei a poucas horas a casa. Estou com os horários trocados. Confundem-se as culturas neste momento. Sinto necessidade de escrever as últimas percepções de saúde mental neste documento.

As vezes, penso que não apresentarei nada de novo neste trabalho, mas que será, finalmente, acumular todas as ideias e pensamentos num único documentos. O sentimento de encantamento começa a ser dissipado pela quantidade de vezes que reli e revivi os momentos.

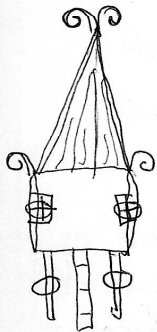
Despedi-me de Timor-leste com a sensação de que a viagem não tem final marcado, não termina ainda para já. Predispos-me a ouvir, a contemplar, a perceber, a interpretar. Eu, que também tive e continuo a ter dúvidas e dificuldades em ser balança entre ambos os sistemas de assistências de saúde.

Agora o desafio será de escrever com o respeito merecido, a neutralidade exigida, a resistência demonstrada, e sem esquecer... a pitada do mágico e do sagrado a mistura.

ANEXO III

REPRESENTAÇÕES CULTURAIS

Cultura



Hau hili simbolu cultura uma adat tanba, kanik
hia bulak tanba lahato tuir kisan uma adat.

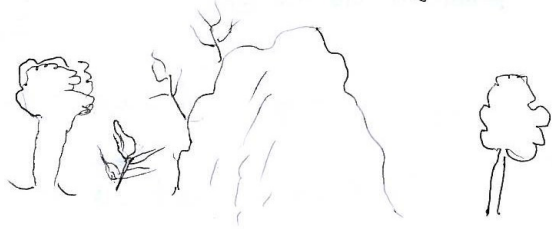
Moras mental-nia nom
tanba nia funtor zanoo in
la funsionu maka kato nia
bulak, pontu.

Esorave / desunbo um kisan jela nete
no rila san ho bulak:

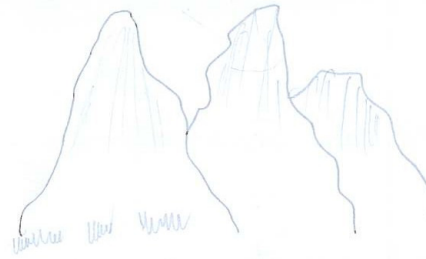


Casa da Tradicional

Montanha sagrada



Este é o símbolo que os timorenses usam para o sagrada da montanha



Monte Sagrado ①



Árvore Sagrada ②



Casa Sagrada ③

Ribeiro Sagrado ④



1, 2, 3 e 4 são símbolos que quem entra nestes lugares sem respeito vai ficar doente de mental.

⇒ "Horok" = símbolo de marcar que o árvore não se pode apauhar. Se não a pessoa que apauha ou rouba vai ficar com doente de mental.



↓
Cagunho Vermelho

Símbolo que quem cheir ou pega cagunhas vai ficar com doente de mental.



Escreve/desenha um desenho que tem relação com a força mental.

→ fonte Sagrada / Queda de água

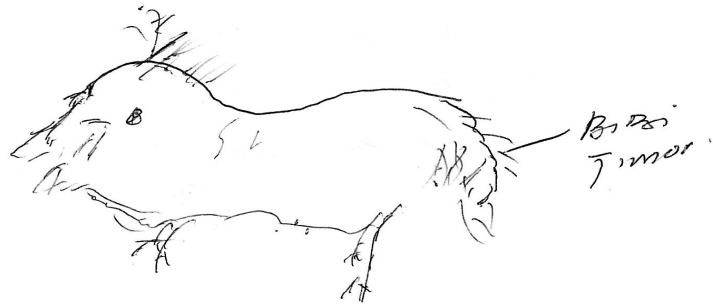


→ Espada

* Símbolo como bot uma bulac no bo tekran no kultura



Bibi Jember

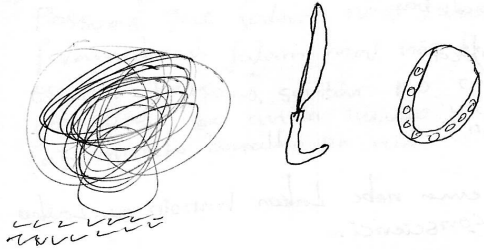


Sambala ida ne naratu ~~Bibi~~
famba Bibi Jember, Itan foto
Sambalu ne famba ma Polasari
no mapas mentalidade naran
Bibi Bulak.

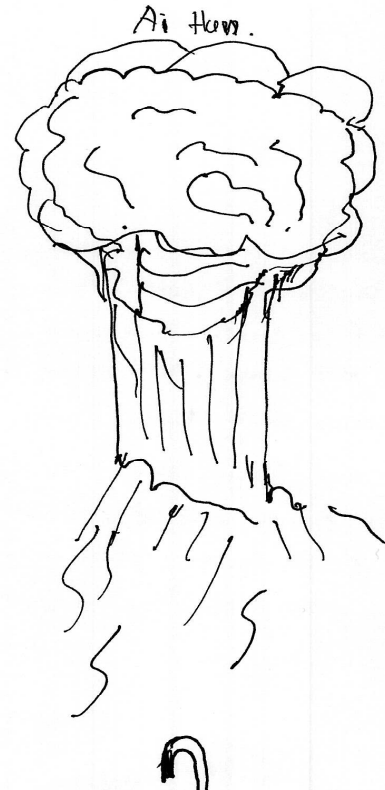


FIBURA ME'E
FOO SIFABLO BA
~~FIMORENS~~ E NITUA
HABITO BA KO'A
TUA, E MAIN HIRA
CONSUMO TUA BELE
PROVOCA ITA FALTA
DE LORTOLA AN
HANEAN ERA BULAK

aconteceu as doenças mentais na cultura:



□ Stress, pontu.



Ai Huv.

Hali. nebe Hatudu
Fatin sagrada/lulik
hosi hamosu uo
horo ema lason
hamzin.

Fo sau Huvem.

Ai Toukat.



Quando doença mental relação com cultura?

~~Quando~~ Quando aconteceu aqui então

Podem conversar com senhor

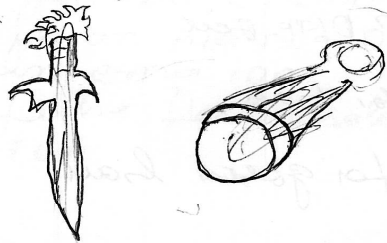
na casa que sempre

conversar. Esta casa tem

muito cultura no dentro.

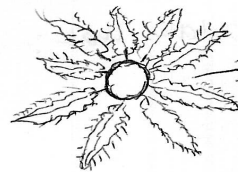


Mane
hau ema
simbolu kultura th. kora la ema
Bulak:



Simbolu th nebe ita rila
Abon sira uza ita tempo
etuk

④. Simbolu kultura Timor nian nerebe nerebe ou
hatudu bulak!



→ Simbolu manu fulun

⇒ simbol ita nere hatudu katak ema
katuas uza tau ita bainhira sira
bidu ita hare hanesan ema bulak



espada Sagrada

espada ^{sagrada} bele halo uma loulate wainhuwa
ema la adora nia,

As atitudes das pessoas com doenças mentais são:

- Estragar as coisas dos outros
- Falar a si próprio sem motivos.
- Sempre falar palavras más
- Per o tempo todo sem querer
- falar muito.



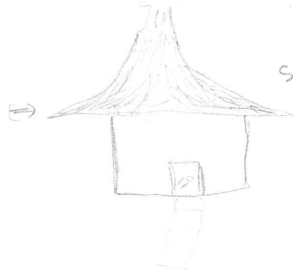
Belak mean

Belak mean é uma coisa sagrada que sempre guardar nas coisas sagradas para orar.

☞ Bulak nia compartments??

☞ Bulak nia compartments o nahalok la hanesan ho ena normal (ena la masas neutral) nia halo buat hohi conforme nia hakanak la ita Consciencia atu controla an.

x exemplo: kaula neat, toda una arbiru, baka ena arbiru, ba siringa arbiru, y dala roma bele lao hosi Manatulo doo dila, sin Vestir.



Simbolo nel nia significa patuk, kaulira doo tempo atu hasae hakan (patuk, feneve,) nie kaulira julit simple kaulira neat ho una kaulira y nia jito hoesan kaulira ho ena.

reonteci



Fem trez dezentos que esta enuma e simboliza maluku porque relacão com cultura em nesta pais e não pode mexer qualquer unguem quando abertz ou mexer erguendo faz alguns cerimonia sinão pode deste cultura como espada anel possam fazer maluku por honor de sacrado.