

# Estigma, tradição e saúde mental em Moçambique

Rómulo M. Muthemba<sup>1</sup>

---

**RESUMO** O presente ensaio procura relatar e discutir a relação entre estigma, as tradições e o seu impacto na saúde mental em Moçambique, tendo em conta as evidências sobre o fenómeno ao nível mundial, mas privilegiando aspectos específicos da conjuntura moçambicana. A falta de informação é um dos factores que mais contribui para o estigma em relação à doença mental, estimulando o surgimento de percepções sociais de que se trata de doenças contagiosas, proveniente de demónios e feitiçaria. A proposta para Moçambique considera a criação de alternativas de tratamento em saúde mental que evitem a permanência dos pacientes por longos períodos em hospitais psiquiátricos e a criação de uma rede de serviços que visa realizar o manejo do paciente psiquiátrico em contexto extra-hospitalar, como centros de atenção psicossocial, ambulatórios especializados e serviços de atenção primária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estigma; tradição; saúde mental.

## Conceito: estigma e saúde mental

A palavra “estigma” está relacionada ao conceito de marca, sinal distintivo ou impressão (Calderelli, 1972). Historicamente, o termo estigma foi criado pelos gregos “para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem a apresentava” (Goffman, 1988/2004, p. 11).

Guimarães e Ferraz (2002) afirmam que a essência do estigma é a construção da atribuição do desvio, distanciamento do ideal ou das expectativas sociais. O estigma é também considerado como uma forma poderosa que muda,

---

1. Psicólogo Clínico. Mestre em Saúde Mental. Doutorando em Saúde Pública e Biotecnologias.

de maneira radical, o modo como os indivíduos veem a si mesmos e como são vistos por outros indivíduos. O indivíduo estigmatizado introjecta para si as características negativas relativas à sua condição, num fenómeno nomeado por Corrigan e Lundin (2001) de auto-estigma.

A questão da aversão, medo e ignorância em relação à “loucura” é relatada desde os primórdios da civilização, em que os sujeitos tidos como “alienados, loucos”, eram abandonados, sujeitos a tratamento desumano (Rodrigues, 2001) e abandonados a sua própria sorte. Nesta perspectiva, o estigma é definido como marca de vergonha e associada a uma circunstância particular, à qualidade ou à pessoa. Aventa-se a existência de dois tipos de estigma: o público e o individual ou pessoal.

Vogel, Wade e Haack (2006) evidenciam que, de facto, o estigma público é um significativo predictor do estigma pessoal futuro, e o estigma pessoal/individual não é um predictor significativo do estigma público. Estes aspectos podem reforçar a ideia de que as crenças culturais erróneas e o estigma público são um factor importante para a internalização de ideias, atitudes e percepções negativas e que influenciam grandemente sujeitos, famílias, serviços de saúde.

Goffman (1988/2004) menciona três tipos de estigma: a) quando há abominações do corpo (as várias deformidades físicas); b) as culpas de carácter individual (percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, portanto, inferidas a partir de relatos); c) estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual os membros de uma família.

Em alguns casos extremos, as pessoas acreditam que alguém não seja completamente humano e, com base nisso, cometem-se vários tipos de atitudes nitidamente discriminatórias e, muitas vezes de forma automática e sem pensar, reduzem-se as oportunidades de vida, constroem-se teorias do estigma; ideologias para explicar a inferioridade dos outros e realçar o perigo que os mesmos representam.

## **Estigma e doença mental**

No passado, os hospitais psiquiátricos foram encerrados, alegadamente, devido ao estigma relacionado às doenças mentais. Sujeitos com perturbação mental foram retirados dos hospitais para as comunidades por vários períodos e sofreram o estigma de forma contínua. Posteriormente, encetou-se um movimento e reformas mais estruturadas com vistas a diminuir falsas crenças relacionadas à doença e aos sujeitos que sofrem de doença mental.

Um estudo de Alexandre Andrade Loch (2012), ao nível do sistema público de saúde mental de São Paulo, no Brasil, concluiu que o estigma da família em relação à doença mental pode contribuir para o aumento na frequência de readmissões de seus familiares portadores de perturbações mentais. Entretanto, o estudo também chama a atenção para a “necessidade de se realizarem mais estudos que possam demonstrar quais os mecanismos pelos quais o estigma aumenta a frequência de re-hospitalizações” (p. 186), e também a influência do estigma no tempo de re-hospitalizações.

A estigmatização das doenças mentais é generalizada, por exemplo, na Ásia (Lauber & Rössler, 2007) e na África. As doenças mentais são, muitas vezes, percebidas com alguns estereótipos, associadas ao potencial para o comportamento violento e imprevisível das pessoas afectadas. As pessoas da comunidade revelam sentimentos de medo em relação às pessoas com doença mental, sejam tratadas ou não. As pessoas com perturbações mentais são, muitas vezes, socialmente rejeitadas por conta de atribuições sobre as causas da doença e da percepção de incontrolabilidade e periculosidade (Corrigan, Watson & Ottati, 2003).

Equívocos entre as pessoas vão desde a atribuição de doenças mentais à possessão demoníaca até culpar as vítimas pelos seus problemas (Tasman & Mohr, 2011). As perturbações mentais evocam medo, raiva, reacções emocionais devido ao preconceito e ao estigma, todos baseados em mal-entendidos dessas condições. O estigma actua como uma das principais barreiras para que os sujeitos que sofrem de perturbação mental possam aceder ao tratamento, à moradia adequada e ao emprego.

Os efeitos colaterais de algumas das drogas usadas para tratar perturbações mentais podem fazer os pacientes se distinguir dos outros, o que também contribui para a estigmatização (Sartorius & Harding, 1983) em diferentes subgrupos da população em geral, perpetuando a atitude desfavorável perante o sujeito com perturbação mental (Angermeyer & Dietrich, 2006). A OMS (2000) aponta para o facto de as perturbações mentais serem fortemente estigmatizadas no mundo, mas principalmente nos países em vias de desenvolvimento, particularmente pelo facto de serem consideradas doenças contagiosas, conduzindo a um isolamento social daqueles que dela padecem.

O estigma, a violação dos direitos humanos e a discriminação contribuem para agravar os sintomas e exacerbar os danos psicológicos ao nível individual e familiar (Rodriguez et al., 2012). Como consequência grave destas perturbações, 10 a 20 milhões de pessoas fazem tentativas de suicídio em cada ano, dos quais 1 milhão chega a cometer mesmo o suicídio (5-10%) (OMS, 2003).

A doença mental é, com frequência, relacionada ao mendigo que deambula pelas ruas, que fala sozinho, com o homicida “louco” dos filmes. Palavras como “esquizo... maluco... psicopata e/ou maníaco”, são vulgarmente utilizadas na linguagem do senso comum e do dia-a-dia.

O estigma relacionado a alguém que tenha uma doença mental é inegável e as consequências, negativas para o sujeito. Este preconceito isola o sujeito em relação aos outros, como se fosse alguém marcado pelo passado de doença. O uso do rótulo “doente mental” para designar sujeitos com doença mental pode tornar-se estigmatizante para as pessoas, como se fizessem parte de um grupo indesejável, subentendendo-se que serão sempre “doentes mentais”, e recusando-lhes o direito de serem considerados cidadãos como os outros.

O estigma em relação à doença mental e ao sujeito com perturbação mental manifesta-se e reforça-se pela interdição de relacionamentos pessoais satisfatórios, falta de assistência social, falta de assistência humana básica e excessiva medicação. Os recursos terapêuticos têm um efeito ou função perversa: ao invés de tratar, buscavam punir, e, muitas vezes, tentavam mascarar os danos sociais por meio de uso de medicamentos sedativos, mantendo o doente na sua posição de passividade (Moraes, 2008).

O desenvolvimento de movimentos que culminaram na reforma psiquiátrica em muitas partes do mundo teve como principal objectivo o de evitar que os sujeitos com perturbação mental fossem privados de seus laços afectivos, devido aos internamentos psiquiátricos, com a finalidade de se prestar uma assistência o mais humanizada possível. Entretanto, a forma e o radicalismo com que foram feitos, nem sempre surtiram os efeitos desejados.

Alguns estudos, como os de Thornicroft, Gooch e Dayson (1992), demonstraram que a integração dos sujeitos com perturbação mental nas unidades comunitárias teve um efeito positivo na condição clínica dos pacientes. Thornicroft e Mari (2011) evidenciam que houve redução do estigma em relação a estes doentes, chamando a atenção para a necessidade de se conceberem campanhas anti-estigma em relação à doença mental.

## **O estigma e as percepções culturais de doença mental em Moçambique**

Na altura da independência de Moçambique, o primeiro Governo da República Popular adoptou as ideias defendidas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, considerado o pai da anti-psiquiatria – que esteve em Moçambique em um semi-

nário e difundiu as suas ideias sobre psiquiatria social, tendo igualmente deixado alguns dos seus colaboradores mais próximos a trabalhar nos serviços de psiquiatria e saúde mental. Este processo culminou com o encerramento de algumas unidades de tratamento – Hospital de Benfica, actual Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS) e o asilo de Marracuene –, passando estes pacientes a serem “devolvidos” às suas comunidades e famílias (Santos, 2012). Os pacientes restantes, que não puderam ser reintegrados às suas famílias, permaneceram ou foram transferidos para os hospitais psiquiátricos do Infulene (na cidade de Maputo) e de Nampula, que se mantiveram activos, a par das enfermarias de psiquiatria do Hospital Central de Maputo, do Hospital Central da Beira e de Chissui.

Apenas em 1979 é que foi criada uma comissão coordenadora de saúde mental, presidida pela Dra. Custódia Mandlate, que seria responsável pela organização das actividades desta área.

No contexto moçambicano, para além da proposta de lei de saúde mental (ainda não aprovada) e o Plano Nacional de Saúde Mental (em processo de discussão e harmonização), que engloba uma forte componente que pode ajudar na regulamentação dos direitos humanos da pessoa com perturbação mental e proteger parte dos direitos dos sujeitos com perturbação mental, poder-se-á igualmente impulsionar a criação de movimentos dos trabalhadores de saúde mental, familiares de doentes, dos próprios doentes, sindicatos e outros que contribuem significativamente para a construção de uma crítica colectiva aos modelos actuais e favorecer a criação de unidades de suporte que podem permitir a desactivação das instituições asilares.

No caso de Moçambique, em que apenas existem três unidades de internamento psiquiátrico consideradas de grande dimensão (Enfermaria do Chissui em Manica, Centro de Saúde Mental de Nampula e Hospital Psiquiátrico do Infulene em Maputo), o processo não passará necessariamente por “derrubar muros grandes”, mas talvez potenciar estas mesmas unidades, encentando mudanças na antiga ideologia psiquiátrica de controlo e segregação dos sujeitos com doença mental e em sofrimento psíquico, mudando-se de objecto da atenção – da doença para o sujeito inserido no seu contexto social, em que a “proposta da assistência terapêutica é focalizada no indivíduo em toda a sua complexidade” (Amarante, 1998, p. 41).

O fenómeno não é novo, já aconteceu e ainda acontece com outras doenças ou condições, nomeadamente doenças transmissíveis, como tuberculose, epra, HIV/SIDA, e patologias não transmissíveis, como as mentais, sobretudo as mais graves, psicoses, atraso mental, epilepsia.

Albano (1997), falando da “importância do trabalho social com os sujeitos com perturbação mental no Hospital Psiquiátrico do Infulene” (p. 8), já salientava que os conflitos existentes eram basicamente (1) de fórum laboral – acontecendo frequentemente nos locais de trabalho, causados por problemas sociais e que colocavam em causa as capacidades mentais dos indivíduos; (2) rejeição – em que se verificavam famílias que rejeitavam o seu familiar por causa da sua doença mental, criando, por via disso, vários problemas e até excluindo-os da família pelo facto de não trabalharem e estarem acometidos de perturbação mental; (3) na comunidade – pelo facto de os doentes mentais sem apoio familiar, e muitas vezes desprovidos de qualquer assistência clínica e social, andarem a deambular pelas ruas, protagonizando alguns estragos, agredindo as pessoas e roubando alguns bens, dentre outros, a comunidade têm mostrado alguma perplexidade no modo de tratar destes sujeitos, votando-os ao isolamento e, em alguns casos, infringindo mesmo alguns maus tratos como tentativas de reeducação.

Entretanto, a manifestação do estigma e da discriminação também pode ser visível através da excessiva paternalização e de outros comportamentos, como testemunha Ribeiro (1997), relatando o seu trabalho com doentes crónicos no hospital psiquiátrico de Nampula, quando salienta que

às vezes o doente tem tudo quanto pede, porque o dão sob medo, temendo que se o não satisfizerem é capaz de agredir. Quando por qualquer razão faltam ao serviço, às vezes o chefe dos recursos humanos evita chamá-los e conversar com eles; o apontador do livro resigna-se a marcar faltas evitando possíveis represálias. Há uma luta acesa para a reforma compulsiva por doença, apesar de que o doente pode trabalhar [...]. (p. 10)

Ribeiro (1997) salienta ainda que existem grandes dificuldades ao nível da reinserção sóciofamiliar dos doentes. “A família sente um grande peso, como que de um objecto sem maior prestígio, que ocupa grande parte do espaço da casa...” (p. 10). Há um respeito inadequado, evitando situações de partilha de afectos e espaço, este não sofre nenhuma repreensão. “Outros membros da família veem que a sua honra, reputação baixou por possuir uma perturbação mental, chegando às vezes até ao homicídio, por envenenamento da comida do doente...” (p. 10). No mesmo estudo, Ribeiro (1997) afirma que, do ponto de vista social, a comunidade tem estes doentes como “malucos”.

Em um trabalho de assistência psicológica e psiquiátrica à população de rua com perturbações mentais realizado em Maputo, Gouveia (2011) mostrou

que a rapidez e o direito com que o cidadão em geral faz o diagnóstico dos indivíduos sem tecto, indigentes, pobres, doentes mentais, enfim, “população de rua” que circula pelas cidades e são assustadores, classificando esta população de doentes mentais, estão provavelmente relacionados com o baixo grau de tolerância aos comportamentos tidos como “incómodos” desta população, que mexem com sentimentos como a vergonha e a culpa do cidadão comum.

O estudo CAP sobre conhecimentos, atitudes e práticas sobre a epilepsia, nos distritos de Chibuto e Chokwé, na Província de Gaza, sul de Moçambique (Langa et al., 2013), realça que, em relação aos conhecimentos sobre os quais é a pessoa que está suficientemente qualificada para cuidar melhor de um doente com epilepsia, os resultados mostram que 31% da população de Chibuto e Chokwé, sendo 38% e 25%, respectivamente, afirmam que o melhor é encaminhar o doente para os praticantes de medicina tradicional (curandeiros).

Quanto ao tratamento para a epilepsia, nota-se que nos distritos de Chibuto e Chokwé, 32% e 23% da população, respectivamente, consideram que os praticantes de medicina tradicional/curandeiros têm a melhor alternativa de tratamento para a doença. Em algumas comunidades de Chibuto e Chokwé, a epilepsia é mais conhecida como “doença da lua e doença dos espíritos”, facto que faz com que, embora existam conhecimentos básicos relativos ao tratamento da epilepsia, persistem algumas crenças e mitos de indicação do curandeiro como sendo a pessoa mais indicada para lidar com o doente.

Deve-se realçar que o Serviço Nacional de Saúde cobre apenas 40% da população, sendo grande parte da mesma assistida pelos praticantes de medicina tradicional. Reconhecendo esta fragilidade, o governo incentivou a colaboração entre a medicina tradicional e a convencional, com intuito de melhoramento das práticas e conhecimentos, realização de investigação e pesquisa (Muthemba, 2011). Estes aspectos colocam desafios em termos de estratégias a adoptar no âmbito da promoção de saúde e envolvimento comunitário, de forma a eliminar gradualmente os mitos e as crenças existentes.

Alguns estudos (Patel et al., 2001) sugerem que, em países em vias de desenvolvimento, como Moçambique, muitas pessoas e famílias sofrem com os aspectos clínicos e sociais devido às crenças de natureza cultural e espiritual. No exemplo da epilepsia, o estigma contribui para a lacuna em termos de tratamento, que pode chegar a 80% (Dobyns et al., 1996).

Actualmente, existem acções que visam melhorar a colaboração com a medicina tradicional, dinamizado através da criação, em 2007, do Instituto de Medicina Tradicional (IMT) subordinado ao Ministério da Saúde.

A medicina tradicional é uma prática muito frequente no país, sobretudo nas zonas rurais (Santos, 2012). Assim, e em resposta às políticas de saúde, constatou-se que a interação entre os profissionais de saúde e os praticantes de medicina tradicional ocorre com frequência em algumas (21-50%) das unidades sanitárias, com ou sem médico de clínica geral.

Um estudo socioantropológico conduzido por Patel e Kleinman (2003) no norte do país demonstrou que as perturbações mentais eram atribuídas a um conjunto diversificado de factores, que iam desde as causas naturais à vitimização por espíritos malignos, do género posse pelo demónio. Cada transtorno exibia o seu próprio grupo de sintomas, que ajudava na sua identificação e tratamento de primeira linha pelo médico tradicional ou curandeiro. Foi possível estabelecer comparações entre a apresentação do quadro clínico e o seu diagnóstico tradicional com os critérios científicos de diagnóstico, mas as causas e os métodos de tratamento diferiam significativamente entre os dois sistemas.

## **Apontamentos finais**

Em países como Moçambique, ainda nos dias de hoje, os sujeitos com problemas de saúde mental são percebidos com preconceito e algum medo. O facto de os sujeitos que sofrem de perturbações mentais apresentarem atitudes e comportamentos fora do padrão considerado normal pela sociedade, muitas vezes resulta na sua exclusão, sofrimento causado pela incompreensão da sociedade, família e até das instituições, como as de educação e saúde, que têm a missão de zelar por eles.

Ainda constatamos relatos de pacientes acorrentados em casa e na comunidade, pacientes com epilepsia, psicoses ou atraso mental, impedidos de ter tratamento e fechados sem a possibilidade de socialização ou estimulação social, afectiva e cognitiva.

Aproximação e inclusão de cuidadores leigos, terapeutas não formais e a melhoria na atenção aos profissionais de saúde (com legitimidade formal) para cuidar diminuiria o fosso e chegaríamos mais perto das pessoas, criando verdadeiras clínicas comunitárias, feitas pelos próprios agentes comunitários.

Como é que profissionais responsáveis pelo atendimento e pela relação terapêutica contornam o estigma e se entregam para a ajuda, para a transformação interna e do outro? As constatações sobre o estigma nos profissionais de saúde (Muthemba, 2015) sugerem a necessidade de intervenções sociais e comunitárias para a prevenção e a reversão dos efeitos negativos da internalização do es-



tigma. No nosso caso, a resposta seria uma terapia social intensiva, com base não só na psicoeducação, mas também na promoção do envolvimento comunitário.

Neste momento, enquadrados em um projecto para o reforço da saúde mental nos cuidados de saúde primária, temos estado a treinar leigos em intervenções baseadas em evidências, como, por exemplo: o plano de segurança para a prevenção do suicídio, a psicoterapia interpessoal para o tratamento de doenças mentais comuns, a entrevista e as intervenções motivacionais para o consumo de álcool e outras drogas. Julgamos ser um bom caminho, a par do diálogo e da colaboração com os médicos tradicionais, lideranças comunitárias e tradicionais.

Palavras como “louco, maluco, psicopata, doido...” são comuns na nossa sociedade. Alimentam e mantêm o estigma em relação às perturbações mentais, tendo potencial altamente destrutivo. São males que enfermam a nossa sociedade e que merecem actuação célere.

As superstições e a falta de informação dificultam a relação da comunidade com os sujeitos que fazem tentativas de suicídio. Na comunidade, o suicídio e as tentativas de suicídio são vistas como doenças causadas pelos espíritos e interpretados como fenómeno sobrenatural, limitando o acesso ao tratamento. A falta de informação é um dos factores que mais contribui para o estigma em relação à doença mental. Assim, surgem as crenças erróneas, percepções sociais de que se trata de doenças contagiosas, proveniente de demónios e feitiçaria.

A proposta para Moçambique vai na linha do que tem sido demonstrado actualmente. A criação de alternativas de tratamento em saúde mental, que evitem a permanência dos pacientes por longos períodos em hospitais psiquiátricos, exige, paralelamente, a criação de uma rede de serviços que visa, na medida do possível, realizar o manejo do paciente psiquiátrico em contexto extra-hospitalar, como centros de atenção psicossocial, ambulatórios especializados e serviços de atenção primária.

Tal como em muitas outras culturas africanas, as crenças acerca da doença mental estão intrinsecamente ligadas a crenças espirituais, religiosas e outras de origem ancestral. A “cura tradicional” é, por isso mesmo, largamente aceita para os problemas de saúde de um modo geral.

Na maioria das vezes, o utente<sup>2</sup> entra no sistema de saúde convencional só depois de ter procurado tratamento tradicional e de este ter “falhado”. Este circuito de procura de cuidados assume particular relevância no âmbito dos

---

2. Utente = usuário

cuidados em saúde mental, dada a forte impregnação das crenças e atribuições tradicionais na concepção da doença mental.

Como referimos em outro ensaio (Muthemba, 2020), o cuidar inclui a relação dialogante e transformadora dos vários sistemas sociais e de saúde.

### ***Stigma, tradition and mental health in Mozambique***

**ABSTRACT** *This essay seeks to report and discuss the relationship between stigma, traditions and their impact on mental health and mental illness in Mozambique, taking into account the evidence on the phenomenon at a global level, but focusing on specific aspects of the Mozambican situation. Lack of information is one of the factors that most contributes to the stigma in relation to mental illness, stimulating the emergence of social perceptions that it is contagious diseases, originating from demons and witchcraft. The proposal for Mozambique considers the creation of alternatives for mental health treatment that avoid the stay of patients for long periods in psychiatric hospitals, and the creation of a network of services that aims to carry out the management of psychiatric patients in an extra-hospital context, such as psychosocial care centers, specialized clinics and primary care services.*

**KEYWORDS** *Stigma; tradition; mental health.*

### ***Estigma, tradición y salud mental en Mozambique***

**RESUMEN** *Este ensayo busca informar y discutir la relación entre el estigma, las tradiciones y su impacto en la salud mental en Mozambique, tomando en cuenta la evidencia sobre el fenómeno a nivel global, pero enfocándose en aspectos específicos de la situación mozambiqueña. La falta de información es uno de los factores que más contribuye al estigma en relación a la enfermedad mental, estimulando el surgimiento de percepciones sociales de que se trata de enfermedades contagiosas, originadas por demonios y brujería. La propuesta para Mozambique contempla la creación de alternativas de tratamiento de salud mental que eviten la estancia de los pacientes por largos periodos en hospitales psiquiátricos, y la creación de una red de servicios que tenga como objetivo realizar el manejo de pacientes psiquiátricos en un contexto extrahospitalario, como centros de atención psicosocial, clínicas especializadas y servicios de atención primaria.*

**PALABRAS-CLAVE** *Estigma; tradición; salud mental*

## Referências

- Albano, M. C. (1997). Importância do trabalho social em saúde mental: uma experiência de trabalho social no Hospital Psiquiátrico do Infulene. *Revista O Rosto da Mente*, 1.
- AMARANTE, P. (1998). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Angermeyer, M.C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 163-179.
- Calderelli, P. (1972). *Dicionário enciclopédico de psicologia geral*. São Paulo: Formar.
- Corrigan, P. & Lundin, R. (2001). Don't call me nuts: coping with the stigma of mental illness. Illinois, EUA: Abana Press.
- Corrigan, P.W.; Watson, A.C. & Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49: 142-157.
- Dobyns, W. B.; Andermann, E.; Andermann, F.; Czapansky-Beilman, D.; Dubeau, F.; Dulac, O.; Guerrini, R.; Hirsch, B.; Ledbetter, D. H.; Lee, N. S.; Motte, J.; Pinard, J. M.; Radtke, R. A.; Ross, M. E.; Tampieri, D.; Walsh, C. A. & Truwit, C. L. (1996). X-linked malformations of neuronal migration. *Neurology*, 47(2): 331-339.
- Goffman, E. (2004). *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara. (Original publicado em 1988).
- Gouveia, L. (2011). Assistência psicológica e psiquiátrica à população de rua com perturbações mentais em moçambique. *Revista Psique*, Maputo, 1(1): 7-13.
- Guimarães, R. & Ferraz, A. F. (2002). A interface Aids, estigma e identidade – algumas considerações. *Revista Mineira de Enfermagem*, 6 (1/2): 77-85.
- Langa, A.; Gouveia, L.; Nhantumbo, B.; Andrassone, P.; Nhambinde, A. & Wate (2013). Atitudes e práticas sobre a epilepsia nos ditritos de Chibuto e Chókwe, Província de Gaza. *Revista Psique*, Maputo, 3(1): 47-58.
- Lauber, C. & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2): 157-78.
- Loch, A. A. (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34: 185-198.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integrada à saúde para tratamento e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções dos usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1): 121-133.
- Muthemba, R. M. (2011). Medicina tradicional e saúde mental: desencontros. *Revista Psique*, 1(1): 57-66.
- Muthemba, R. M. (2015). *Estigma e percepções dos médicos de clínica geral sobre as doenças mentais e o suicídio*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15214/1/Muthemba%20R%C3%B3mulo%20TM%202015.pdf>

- Muthemba, R. M. (2020). *Saúde mental: do sonho-projecto à prática clínica*. Maputo: BDQ Editores.
- Organização Mundial de Saúde (2000). International consortium in psychiatric epidemiology: cross-national comparisons of the prevalences and correlate of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 413-425.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.
- Patel, V.; Abas, M.; Broadhead, J.; Todd, C.; Reeler, A. (2001). Depression in developing countries: lessons from Zimbabwe. *BMJ*, 322(7284): 482-484.
- Patel, V.; Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *The International Journal of Public Health*, 81(8): 609-615.
- Ribeiro, L. P. (1997). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, L. R. (2001). “*Só quem sabe da Doença dele é Deus*” – o significado da doença mental no contexto cultural. São Paulo: Ribeirão Preto/USP.
- Rodriguez, M. R.; Rincon, H. G.; Velasco, M. M.; Hernandez, C. A.; Ramos, M. L. & Gonzalez, J. A. (2012). Prevalência de transtornos mentales en una población que demanda serviços de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2): 141-151.
- Santos, P. (2012). Avaliação do PNSM através do AIMS. *Revista Psique*, Maputo, 2(1): 07-14.
- Sartorius, N. & Harding, T. W. (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: The genesis of the study. *American Journal of Psychiatry* 140(11): 1470-3.
- Tasman, A. & Mohr, W. K. (2011). *Fundamentals of psychiatry*. Oxford, Reino Unido: Willey-Blackwell.
- Thornicroft, G.; Gooch, C. & Dayson, D. (1992). The TAPS Project. 17: readmission to hospital for a long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ*, 305(6860): 996-998.
- Thornicroft, G. & Mari, J. J. (2011). Principles that should guide mental health policies in low and middle-income countries. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3): 212-213.
- Vogel, D.; Wade, N. & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53: 325-337.

Enviado: 11/10/2021

Aceito: 14/11/2021

---

**Rómulo M. Muthemba**

Maputo – Moçambique

+258843898340

romulo.muthemba@gmail.com