

Dedicatórias

Aos meus pais,

Olga Chaves e António Chaves,

Pelo esforço e dedicação para darem tudo aos filhos, enfrentando todas as adversidades da vida.

Aos meus filhos,

Rajiv e Jorge,

“Num céu imenso, duas estrelas há que brilham mais que quaisquer outras, sois vós que me iluminais nesse caminho do universo”.

À minha mulher,

Cátia Sofia, âncora de toda a minha vida,

Pela força, energia e amor que me tem transmitido desde o primeiro momento em que nos conhecemos.

Agradecimentos

A realização deste trabalho é, para o seu autor, o culminar de uma etapa já longa, mas há muito tempo delineada como objectivo bem claro e preciso neste caminho que marca a existência de um ser em constante procura do seu *eu*, esse que mais não é que a própria existência divina daquele que existe em cada um de nós, disposta a amar e a dar tudo aquilo para que um dia se dispôs a existir. Mas como qualquer caminhada só se faz bem em boa companhia, onde em muitos momentos se vai buscar o apoio e ajuda para cumprir as nossas etapas, quero aqui agradecer e expressar a minha sincera gratidão a várias pessoas e instituições que me permitiram chegar a este momento.

À Doutora Margarida Ventura, por me ensinar a sistémica! Agradeço-lhe por me ter feito ver o vidro ao olhar pela janela.

À minha Orientadora Virginie Tallio por acompanhar cada passo deste meu percurso, por ter estado sempre presente, conduzindo-me a uma reflexão constante, desafiando as minhas capacidades e a mim próprio.

Ao Professor Franz Heimer e ao Professor Costa Dias, pelos incentivos que foram uma fonte de motivação para que se desse mais um passo em frente.

Às equipas de profissionais dos departamentos de psicologia do Hospital Central do Lubango, Hospital Militar Regional Sul e Centro Psiquiátrico do Lubango, pela amizade e cooperação.

Às Fundações Wolksvagem, Gulbenkian, pelo apoio.

Aos colegas do Projecto “Reconciliation and Social Conflict in the Aftermath of large-scale Violence in Southern Africa: the cases of Angola and Namíbia”, pelas discussões e reflexões suscitadas.

Por fim, o meu obrigado à minha mulher, Cátia Sofia, e aos nossos filhos, Rajiv e Jonel, por terem acreditado que eu podia construir o meu caminho e me terem ajudado a sustentar o meu sonho.

Resumo

Este estudo conjuga os conhecimentos de duas especialidades de ciências humanas, a antropologia e a psicologia, tendo por objectivo geral estabelecer conexões entre a violência política vivida no período de guerra e variáveis que influenciam o estado de saúde mental das populações do meio urbano e rural do Lubango, nomeadamente a ansiedade e a depressão. O estudo baseia-se principalmente num inquérito por uma amostragem de 300 indivíduos dos 18 aos 65 anos de idade, da cidade do Lubango e dos municípios da Matala e Humpata (zonas rurais). Para a recolha de dados utilizou-se, num primeiro momento, o questionário de Beck que é um instrumento de depressão para adultos. Para a ansiedade utilizou-se o inventário de Ansiedade IDATE – Estado - Traço desenvolvido por Spielberg et al., (1970). Num segundo momento fizeram-se entrevistas semiestruturadas para identificar o impacto da violência política na vivência das populações alvo de estudo.

Os resultados indicam que as diferenças entre a intensidade de depressão e ansiedade no meio rural e urbano, não são estatisticamente diferentes, bem como a ocorrência de depressão nestes dois meios. Entretanto, quando se fez uma análise meramente descritiva, verificou-se que há diferenças entre a ocorrência de depressão no meio rural e no meio urbano, sendo maior neste último. No tocante à ansiedade, também não existe diferença em relação à intensidade mas sim em relação à ocorrência: no meio rural há uma ocorrência de ansiedade significativamente maior do que no meio urbano. Os resultados das entrevistas vão de encontro às hipóteses formuladas, pois em grande parte das populações desta região Sul do país, prevalecem perturbações de ansiedade e depressão derivadas do período de guerra prolongada e recorrem ao tratamento tradicional e/ou espiritual/religioso para cura das doenças mentais.

Palavras-chave: Violência Política, Consequências Psicológicas, Ansiedade, Depressão.

Abstract

This study combines the knowledge of two human sciences, anthropology and psychology, with the overall aim to establish connections between the political violence experienced during the war period, and some variables that influence the mental health status of the urban and rural populations of Lubango, mainly anxiety and depression. The study is based primarily on a survey with a sample of 300 subjects from 18 to 65 years old, from the city of Lubango and the Matala and Humpata municipalities (rural areas). First, the Beck Depression Inventory, which is an instrument for measuring the severity of depression in adults, was used to collect the data. For anxiety the STAI-State Trait Anxiety Inventory - developed by Spielberger et al., (1970) was used.

Second, semi-structured interviews were done to identify the impact of political violence on the life experience of the target study populations.

The results indicate that the differences between the intensity of depression and anxiety in the rural and urban areas are not statistically different, as well as the incidence of depression in the two areas. However, when a purely descriptive analysis was made, it was found that there are differences between the incidence of depression in the rural and urban areas, being higher in the latter. Regarding anxiety, there is also no difference regarding the intensity, only the incidence: in the rural areas there is a significantly higher anxiety incidence than in the urban areas. The interview results support the hypothesis made, because in a large part of the population of this southern region of the country anxiety disorders and depression prevail, derived from the period of prolonged war and resorting to traditional treatment and/or spiritual/religious cure for mental illness.

Keywords: Political Violence, Psychological Consequences, Anxiety, Depression.

Índice

Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros	ix
Glossário de Siglas	xi
INTRODUÇÃO	1
Objecto de estudo	1
Contexto e Justificação.....	3
Metodologia	7
Desenho da Metodologia.....	7
Revisão Bibliográfica.....	22
Limitações do estudo.....	25
Capítulo I – Contexto Angolano (Província da Huíla) - Aspectos Históricos e Sociodemográficos.....	29
Introdução	29
1.1. Angola: aspectos geográficos e sociopolíticos.....	29
1.2. O desenvolvimento trágico da guerra civil em Angola.....	33
1.3. Contexto Geográfico e social do local de estudo	39
1.3.1. Lubango pólo de desenvolvimento da província da Huíla	43
1.3.2. Características sociodemográficas dos municípios da Humpata e Matala	48
1.4. Consequências da guerra em populações deslocadas na província da Huíla	53
1.4.1. Dados que ilustram o estado humanitário	53
1.4.2. Panorama da saúde todavia é débil.....	59
1.4.3. Estratégias de combate à pobreza.....	59
Conclusão do capítulo I.....	65
CAPÍTULO II – Consequências Psicológicas da Violência Política	67
Introdução	67
2.1. Percurso e produção de violência em Angola	67
2.2. Quais os factores de risco de violência política?.....	69
2.3. Violência política e implicações na saúde mental das populações.....	77
2.4. Ansiedade e depressão segundo a perspectiva biomédica.....	84
2.4.1. Ansiedade: percurso histórico no mundo ocidental.....	84
2.4.2. Melancolia perdendo terreno para a depressão	86
2.5. Ansiedade e Depressão: comorbilidade e delimitação na investigação	91
2.6. Classificando as pessoas e suas perturbações: a evolução do DSM.....	94
2.6.1. A ansiedade generalizada: escolha para a investigação	96
2.6.2. Depressão major e os critérios de diagnóstico	99
2.6.3. Uma reflexão crítica ao DSM-IV-TR.....	102
2.7. Quais os índices de prevalência das perturbações psicológicas (ansiedade e depressão) na população estudada?.....	105
2.7.1. População e amostra.....	107
2.7.2. Que Instrumentos de avaliação clínica foram utilizados?	108
2.7.3. Análise dos dados.....	113
2.7.4. Resultados quantitativos.....	114
2.7.5. Resultados correlacionais.....	120
2.7.6. Resumo dos resultados dos questionários	121

2.8. Um olhar etnopsiquiátrico sobre ansiedade e depressão	123
Conclusão do capítulo II	129
Capítulo III - Saúde Mental em Angola	131
Introdução	131
3.1. Perfil epidemiológico de um país pouco desenvolvido.....	131
3.2. O Sistema Nacional de Saúde	136
3.3. Quadro sombrio da saúde mental em Angola	142
3.4. Um olhar sobre saúde/doença mental na província da Huíla	150
3.4.1. Perspectiva Biomédica: o Centro Hospitalar Psiquiátrico do Lubango	151
3.4.2. Funcionamento de serviços auxiliares dos departamentos de psicologia e unidades de saúde da província.....	157
3.4.3. Medicina tradicional como principal recurso para o combate às doenças mentais	164
3.4.4. Religiosidade e enfrentamento em contexto pós-conflito armado	180
Conclusão do capítulo III	187
Conclusão.....	189
Bibliografia	191
Anexos.....	I

Índice de Figuras

Figura 1 – Entrevistas: descrição do tema trajectória de vida e subtemas	20
Figura 2 – Entrevistas: descrição do tema sintomatologia de ansiedade e/ou depressão e subtemas	20
Figura 3 – Entrevistas: práticas terapêuticas	21
Figura 1.1 – Divisão político-administrativa de Angola	30
Figura 1.2 – Angola: Evolução de Indicadores Macroeconómicos 2008 – 2011	32
Figura 1.3 – Província da Huíla – Angola	40
Figura 1.4 – Hospital Central do Lubango	45
Figura 1.5 – Unidades Sanitárias do Município	46
Figura 1.6 – Populações deslocadas no Sul de Angola	54
Figura 1.7 – Mercado Informal da Matala	64
Figura 2.1 – Distribuição das respostas na ansiedade leve (n=300)	115
Figura 2.2 – Distribuição das respostas na ansiedade moderada (n=300)	116
Figura 2.3 – Distribuição das respostas na ansiedade alta (n=300)	117
Figura 2.4 – Distribuição das respostas com depressão (n=300)	119
Figura 3.1 – Angola: Evolução da Rede de Serviços do Sistema Nacional de Saúde 2006-2011	138
Figura 3.2 – Hospital Psiquiátrico de Luanda	143
Figura 3.3 – Atendimento no Banco de urgências da Psiquiatria de Luanda	144
Figura 3.4 – Doentes mentais nas ruas do Lubango	147
Figura 3.5 – Centro Psiquiátrico do Lubango	152
Figura 3.6 – Consultas realizadas, doentes internados e n.º de altas de 2006 – 2011	154
Figura 3.7 – Diagnósticos mais frequentes entre 2006 - 2011	155
Figura 3.8 – Hospital Militar Regional Sul (Lubango)	158
Figura 3.9 – Hospital Central do Lubango	159
Figura 3.10 – Centro de Saúde da Humpata	160
Figura 3.11 – Exposição e venda de medicamentos	168
Figura 3.12 – Terapeuta tradicional no processo de adivinhação	174
Figura 3.13 – Purificações através de banhos	175
Figura 3.14 – Representação Gráfica das Religiões em Angola	182

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra	15
Quadro 2 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra	17
Quadro 2.1 - Factores de Risco da Violência Política	71
Quadro 2.2 – Sintomas específicos e mistos de ansiedade e depressão	92
Quadro 2.3 – Perturbações da Ansiedade - Classificação (DSM-IV-TR, 2002)	96
Quadro 2.4 – Perturbações Depressivas - Classificações DSM-IV-TR (2002)	100
Quadro 2.5 – Classificação das Perturbações Depressivas Major	102
Quadro 2.6 – Frequências e Percentagens da Variável Intensidade de Ansiedade nas Zonas Urbana e Rural (n=300)	114
Quadro 2.7 – Frequências e Percentagens da variável ocorrência de Depressão nas Zonas Urbana e Rural (n=300)	118
Quadro 2.8 – Existência de diferenças na ocorrência e na intensidade de ansiedade e depressão, entre as zonas urbana e rural (n=300)	120

Quadro 3.1 – Angola: indicadores demográficos e de saúde - 2010.....	133
Quadro 3.2 – Construção de unidades sanitárias em cinco províncias.....	137

Glossário de Siglas

ADRA – Acção Angolana para o Desenvolvimento Rural

ALSSA – Shalon – Angola – ONG da Igreja Católica

ANOVA – Técnica estatística que permite avaliar afirmações sobre as médias das populações

APA – Associação Psiquiátrica Americana

BDI – Inventário de Depressão de Beck

CATV – Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária do HIV/SIDA

CEAST – Conselho Permanente da Conferência Episcopal de Angola e São Tomé

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CONGA – Comité das Organizações Não-governamentais em Angola

COSEP/ICT – Empresa angolana de Consultoria, Serviços e Estudos, Estatística e Inquéritos Sociais

DM – Depressão Major

DSM - (I, II, III, IV, IV-TR) – Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais

EAEH – Estação Agrícola Experimental da Humpata

ECP – Estratégia de Combate à Pobreza

ENDIAMA – Empresa Nacional de Diamantes de Angola

EUA – Estados Unidos da América

FAA – Forças Armadas Angolanas

FAP – Forças Armadas Portuguesas

FAPLA – Forças Armadas Populares de Libertação de Angola

FAS – Fundo de Apoio Social

FAO – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação

FAR – Forças Armadas Revolucionárias de Cuba

FNLA – Frente nacional de Libertação de Angola

FONDA – Fórum das Organizações não-governamentais de Angola

GPH – Governo Provincial da Huíla
HMRS – Hospital Militar Regional Sul
HPL – Hospital Psiquiátrico de Luanda
IBEP – Inquérito de Bem-estar à População
IDATE – Inventário de ansiedade Traço - Estado
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IESA – Igreja Evangélica Sinodal de Angola
IMELUB – Instituto Médio de Economia do Lubango
INAR – Instituto Nacional para Assuntos Religiosos
INE – Instituto Nacional de Estatística
ISCED – HLA – Instituto Superior de Ciências da Educação (Huíla)
ISCTE- IUL – Instituto Universitário de Lisboa
MICS – Ministério da Comunicação Social
MINARS – Ministério da Assistência e Reinserção Social
MINFIN – Ministério das Finanças de Angola
MINPLAN – Ministério do Planeamento de Angola
MINSÁ – Ministério da Saúde de Angola
MONUA – Missão de Observação da ONU em Angola
MPLA – Movimento Popular de Libertação de Angola
NEPAD – Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
ODMS – Índice de Desenvolvimento do Milénio
OGE – Orçamento Geral do Estado
ONG – Organização Não Governamental
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OSC – Organização da Sociedade Civil
OTAN – Organização do Tratado do Atlântico Norte

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PAM – Programa Alimentar Mundial

PIB – Produto Interno Bruto

PNF – Política Nacional Farmacêutica

PNS – Política Nacional de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PONMETRA – Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares

PRH – Gabinete de Planificação Regional da Huíla

PRS – Estratégia de Redução da Pobreza

PTSD – Posttraumatic Stress Disorder

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SIS – Sistema de Informação Sanitária

SNC – Sistema Nervoso Central

SOLE – ONG pertencente a Igreja Evangélica Sinodal de Angola

SONANGOL – Sociedade Nacional de Combustíveis de Angola

SWAPO – Organização dos Povos do Sudoeste Africano

TCC – Teorias Cognitivo-Comportamentais

UNDP – United Nations Development Programme

UNICEF – Children’s Rights & Emergency Relief Organization

UNITA – União Nacional para Independência Total de Angola

UNOCHA – United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

USAID – Agência dos Estados Unidos da América Para o Desenvolvimento Internacional

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VIH – Virus de Immunodeficiency Acquired

WHO – World Health Organization

[...] as implicações dos estudos culturais sobre o trauma vão além dos índices diferenciais de expressão dos sintomas. Como o trauma é entendido e até mesmo a relevância de como os ocidentais compreendem a ideia de sequelas psicológicas de um evento entram em questão quando a cultura é significativamente diferente da nossa (Dattilio, 2004: 221).

INTRODUÇÃO

Objecto de estudo

A compreensão das perturbações mentais tem vindo a evoluir ao longo dos anos, fruto dos inúmeros contributos teóricos que têm surgido e contribuído para a sistematização de práticas e modelos de intervenção em saúde mental. A psicologia e a antropologia, desde sempre, mostraram interesse pela análise e debate das causas e consequências sociais das perturbações mentais, apontando diversas hipóteses explicativas.

O presente trabalho surge no âmbito do doutoramento em Estudos africanos do ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa) e pretende ser uma reflexão sistematizada sobre as consequências psicológicas da violência política ocorrida na província da Huíla – Angola.

Ao iniciar uma investigação, as preocupações fundamentais direccionam-se para o modo como se coloca e elabora o problema e se dá forma aos caminhos a percorrer. O presente estudo tem como objecto as consequências psicológicas da guerra no meio urbano e rural da província da Huíla. O objecto do estudo é um fenómeno psicológico que compreende perturbações psíquicas, valores, cultura, relações, comportamentos. Trata-se de investigar um fenómeno imerso em unidades sociais complexas que incluem múltiplos elementos potencialmente importantes para a compreensão do fenómeno em causa, pelo que exige a utilização de diversas formas de aproximação.

Como qualquer investigação, também o presente trabalho contempla a definição dos objectivos de investigação que determinam os resultados que se desejam obter, bem como a definição da metodologia, que é um plano básico que serve de guia à recolha, tratamento e análise dos dados (Tacq, 1997: 23-31).

O objectivo define as linhas de perspectiva a desenvolver e que proporcionem valor acrescentado à situação de partida. Segundo Carvalho (2009), o objectivo tem duas vertentes: i. O objectivo geral que indica, de forma genérica, o que se pretende, quais as metas a alcançar; ii. Os objectivos específicos que apresentam carácter mais concreto; têm a função intermédia e instrumental, permitindo, por um lado, atingir o objectivo geral e, por outro, aplicar este a situações particulares (Carvalho 2009: 152).

Desta forma o objectivo geral da presente investigação é estabelecer conexões entre as consequências psicológicas da violência política e algumas variáveis que influenciam o estado de saúde mental das populações do meio urbano e rural do Lubango.

De modo mais específico, o trabalho procura: (i) Analisar a evolução histórica das diferentes concepções sobre consequências psicológicas da violência, ansiedade e depressão; (ii) Diagnosticar a prevalência e a intensidade de casos de ansiedade e depressão presentes no momento do estudo; (iii) Caracterizar algumas variáveis sociodemográficas dos indivíduos alvo de estudo; (iv) Relacionar as variáveis ansiedade e depressão com variáveis zona urbana e zona rural através de procedimentos estatísticos; (v) Descrever as histórias de vida de elementos que vivenciaram traumatismos derivados da violência política nesta região.

No que respeita à estrutura da presente tese encontra-se dividida em três capítulos:

Capítulo I – Contexto Angolano (Província da Huíla) - Aspectos Históricos e Sociodemográficos: No primeiro capítulo descrevemos aspectos históricos e sociodemográficos de Angola no geral e, em particular, da Província da Huíla. Achamos pertinente caracterizar os meios urbano e rural do Lubango e o contexto geográfico e social da província da Huíla, subdividindo a abordagem numa caracterização sociodemográfica da população urbana e rural/urbana do município capital da Província (Lubango), uma caracterização sociodemográfica da população rural/urbana dos municípios adjacentes ao Lubango, seleccionados para o estudo (Humpata e Matala) e descrevemos, ainda, o desenvolvimento trágico da guerra civil e suas consequências nas populações deslocadas na província da Huíla.

Capítulo II – Consequências Psicológicas da Violência Política: Neste capítulo apresentamos questões relacionadas com as consequências psicológicas da guerra e as perturbações psíquicas (ansiedade e depressão) que daí derivam. Introduzimos, como temas, a história e percurso da produção de violência armada, as consequências da guerra na saúde mental das populações, justificamos a delimitação dos conceitos ansiedade e depressão para a investigação, fazemos uma breve caracterização histórica das perturbações de ansiedade e depressão, as actuais classificações do ponto de vista biomédico destas perturbações psíquicas, a prevalência em populações alvo do nosso estudo, bem como os resultados encontrados no momento do mesmo.

Capítulo III – Saúde Mental em Angola: Este capítulo é relativo à problemática da saúde mental em Angola no geral e, em particular, na província da Huíla. Por isso, em primeiro lugar, passamos em revista os indicadores de saúde em Angola, considerando-os, assim, como ponto de partida, para uma percepção do fenómeno. Em segundo lugar, destacamos a análise do Sistema de Saúde em Angola. Em terceiro lugar, descrevemos a

saúde mental em Angola e, posteriormente, fazemos a caracterização da saúde mental na província da Huíla. Neste último ponto do capítulo, dedicamo-nos à descrição do Centro Hospitalar Psiquiátrico do Lubango, ao estudo junto dos serviços auxiliares dos departamentos/secções de psicologia em unidades de saúde da província, à importância da medicina tradicional como solução no tratamento de doenças e ao papel da religião como fonte de cura das perturbações mentais.

Contexto e Justificação

São muito mais do que geralmente se pensa o número de pessoas que foram expostas a um ou mais acontecimentos traumáticos. Durante a guerra civil em Angola, poucas são as pessoas que não passaram por um acontecimento traumático, devido à violência armada que devastou o país durante quase 30 anos.

Angola, ex-colónia portuguesa em África, tornou-se independente a 11 de Novembro de 1975. Esta independência foi resultado de uma longa luta armada que teve início nos anos 60, e da queda do fascismo em Portugal, em Abril de 1974. Com a instituição do regime democrático em Portugal, foi possível assinar um acordo entre aquele país e os três movimentos existentes em Angola que lutaram pela sua independência em 3 de Janeiro de 1975 (Ignatiev, 1977: 9). O MPLA (Movimento Popular de Libertação de Angola), a FNLA (Frente Nacional de Libertação de Angola) e a UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola). Iniciaram-se então as negociações que culminaram com a formação de um governo de transição, que conduziria Angola à independência.

Apesar desse acordo, não foi possível um entendimento entre os três movimentos que lutaram pela independência de Angola, e que constituíam, conjuntamente com representantes do governo português, o governo de transição. Como consequência desta situação, teve início uma guerra que opôs o MPLA à UNITA e à FNLA, e que levou o MPLA à tomada do poder (Júnior, 2007: 30). Os principais partidos que foram formados durante a revolução, recebiam o apoio de diferentes países: a UNITA recebia tropas de apoio dos EUA e da África do Sul. O MPLA possuía o apoio logístico e humano da URSS, China e principalmente de Cuba. Nesse sentido, observa-se que: “a continuidade das divisões internas não demorou em transformar-se em uma segunda guerra civil, disputada entre MPLA e UNITA, no âmbito de articulações internacionais” (Hernandez, 2005: 49).

“O apoio dos Estados Unidos da América e da Rússia às diversas facções dos exércitos de libertação, muitas vezes, transformaram o conflito, introduzindo novos complicadores. O que, inicialmente, era uma guerra entre a colónia e a metrópole, foi acrescida por uma disputa intra e inter colonizados e destes contra o colonialismo. Nas colónias, mais de um exército pretendeu falar e representar a “nação” na sua luta pela independência e, conforme a orientação de cada um, recebia apoio económico e militar dos EUA ou da URSS” (Arnaut & Lopes, 2008: 82).

Com a independência de Angola em 1975, o MPLA fixou-se no poder, sendo o único partido político do país, adoptando o marxismo-leninismo como modelo sócio-político-e económico, como afirma Paim (2007: 16). Apesar da conquista da independência, os conflitos continuaram, porém não mais com o domínio colonial, e sim entre os três movimentos (MPLA, UNITA e FNLA).

Em Outubro de 1975 as forças Sul-africanas integradas por uma brigada mecanizada e por mercenários ocuparam a cidade de Sá da Bandeira, actual Lubango. Estas acções de infiltração na fronteira sul evoluíram para acções de grande envergadura. A violação do espaço aéreo e a infiltração de tropas durou cerca de 13 anos consecutivos. As forças sul-africanas lançaram ofensivas em direcção a outras localidades das províncias do sul de Angola (Cunene, Huíla, Namibe e Kuando-Kubango), onde se destacam os bombardeamentos à comuna de Kassinga (Huíla) em 1979, alegadamente em perseguição dos guerrilheiros da SWAPO, causando milhares de mortos, feridos e deslocados; bombardeamentos à cidade do Lubango causando mortes, feridos e órfãos (Arnaut & Lopes, 2008: 82).

Durante o primeiro semestre de 1981, a África do Sul concentrou os seus esforços contra as tropas angolanas, minando e realizando emboscadas na via Cahama¹-Xangongo²- Ondjiva. Bombardeou e metralhou objectivos civis e militares na via Lubango-Ondjiva. Realizou acções de reconhecimento profundo nas áreas do Lubango e Moçâmedes³ com o propósito de identificar acampamentos da SWAPO e desferiu golpes contra as suas forças. Assim, as forças militares sul-africanas realizaram no período em análise seiscentas e sessenta e cinco violações aéreas, quarenta bombardeamentos aéreos, vinte e oito ataques aéreos, treze desembarques de tropas

¹Cahama: município da província do Cunene que faz fronteira a Norte com a província da Huíla.

²Xangongo: capital do município de Ombadja, província do Cunene.

³ Moçâmedes: actual província do Namibe.

helitransportadas, sete reconhecimentos terrestres, vinte e seis concentrações de forças e meios, quatro lançamentos de paraquedistas, vinte ataques terrestres, um bombardeamento terrestre, quatro minagens e três raptos de populações. Também bombardearam e ocuparam a cidade de Ondjiva⁴ em Agosto de 1981, onde foram destruídas todas as infraestruturas sociais, obrigando os seus habitantes a emigrarem para a província da Huíla (município da Matala) na condição de deslocados de guerra (Júnior, 2007: 30). O depoimento de uma das nossas entrevistadas assim o demonstra: Madalena de 65 anos de idade, deslocada do município de Chicomba, actualmente a residir na Matala (município de acolhimento):

“A primeira guerra a que assisti foi a de 1975, quando morreu o Comandante Gomes, do lado do MPLA, no município de Chicomba. A segunda foi em 1978, quando capturaram uma missionária na Missão do Venundumbo. A terceira guerra foi em 1988, quando morreram mais de 100 pessoas. Durante as eleições de 1992 aconteceram duas guerras: na Chinhana mataram alguns familiares próximos. A última foi em 2000 onde morreu o meu primo “Josias”.

Este exemplo de história de vida da entrevistada ilustra a frequência das atrocidades armadas a que a população da província da Huíla esteve sujeita desde 1974 até ao fim do conflito armado em 2002, bem como a condição de uma pessoa como deslocada de sua área de origem várias vezes e propensa a distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão.

Os intervenientes no conflito armado em Angola praticavam, com frequência, acções de sabotagem, sequestro e colocação de bombas nos aglomerados populacionais, criando o pânico e desespero (Ignatiev, 1977: 10). Tal como afirma Madalena uma das entrevistadas atrás referenciadas.

A guerra desestruturou as comunidades, deslocando contingentes importantes de pessoas para as capitais de alguns municípios, das províncias e do país, desorganizando famílias e esgarçando o tecido social. As solidariedades tradicionais de apoio ancoradas nas sociabilidades primárias foram substituídas pelo abandono, pela perplexidade da impotência de se verem os loucos vagueando pelas ruas das cidades, loucos ou não, o cuidar dos seus é cada vez menos frequente, mesmo porque os outros não reconhecem

⁴ Cidade de Ondjiva: Capital da Província do Cunene.

os que lhe são próximos. É a face mais cruel e o efeito mais perverso desse longo período de conflito. Com efeito, como mostra o relatório do PNUD, (2002):

“Durante o período de conflito, estima-se que acima de um quarto da população do país foi deslocada, a maior parte para Luanda, onde se estima que habite 25% da população. Após 27 anos de sofrimento e de acordos de paz falhados, a vida diária em Angola ainda é uma luta, com a maioria dos agregados familiares vivendo abaixo da linha de pobreza. O deslocamento forçado e migração resultaram no esgarçamento da solidariedade comunitária e sobre as estruturas de coesão anteriormente existentes”.

As consequências deste longo conflito estendem-se muito mais além dos problemas económicos. Os impactos sobre os mecanismos de protecção dos menos válidos são expressivos. Para o caso da saúde mental, este quadro agravou-se, pois o número de pessoas acometidas de problemas psíquicos aumentou significativamente com a guerra, com a ocorrência de stress pós-traumático e outras perturbações mentais, facto que se revela na ocorrência de um número importante de pessoas com idade entre 30 e 50 anos acometidas de transtorno mental (Ventura, 2002: 26).

Partimos do pressuposto de que a saúde mental e a violência política são fenómenos sociais que não têm merecido a atenção devida em África, em geral e, em Angola, em particular, já que são praticamente escassos os estudos directamente ligados as consequências psicológicas dos conflitos armados. No decorrer da análise bibliográfica deparamo-nos com um número considerável de estudos sobre violência, realizados em África, com uma vertente que se distancia da abordagem da saúde mental pós-conflito armado, isto é, estudos sobre tráfico de menores, violência doméstica, abuso sexual de menores e mulheres e HIV/SIDA, pelo que o presente estudo visa contribuir para a análise do fenómeno saúde mental pós-conflito.

Por outro lado, é patente a importância da compreensão de que o longo período de exposição a situações traumáticas pelas populações desta região de Angola nos podem auxiliar a esclarecer a ocorrência, intensidade e a relação entre trauma, ansiedade e depressão.

Socialmente, permitirá, depois da investigação de terreno, perceber-se qual o estado da saúde mental das populações alvo de estudo já que o curso do desenvolvimento comportamental ao longo do tempo é a chave para se compreender a relação entre a

exposição à violência e o surgimento dos sintomas. Este facto possui implicações para os desfechos psicopatológicos, as pesquisas, a intervenção e a prevenção.

Metodologia

Uma investigação é um processo de estruturação do conhecimento, tendo como objectivos fundamentais conceber novo conhecimento ou validar algum conhecimento preexistente, ou seja, testar alguma teoria para verificar a sua veracidade. Trata-se, portanto, de um processo de aprendizagem – não só para o indivíduo que a realiza, mas também para a sociedade em geral (Sousa & Baptista, 2011: 30).

Esta pesquisa é um estudo comparativo com um Plano não experimental, natural ou não manipulativo, uma vez que se investigam relações entre variáveis que não podem ser manipuladas pelo investigador, isto é, trata-se de variações que ocorrem naturalmente e precedem o estudo, ou seja, saber se existem diferenças das consequências psicológicas da violência no meio rural e urbano do Lubango.

Desenho da Metodologia

Neste ponto introdutório da tese faz-se uma caracterização do percurso metodológico da investigação, a escolha dos métodos de investigação, a formulação de hipóteses, caracterização da amostra utilizada para a recolha de dados quantitativos, a amostragem utilizada para a realização de entrevistas, as variáveis estudadas, a descrição dos instrumentos para a recolha de dados, as limitações do emprego de instrumentos padronizados, a amostra alvo de estudo, as entrevistas e seus procedimentos, a revisão bibliográfica e as limitações do estudo.

a) Escolha dos métodos de investigação

Taylor & Bogdan (1998: 8), definem metodologia como a via pela qual abordamos problemas e procuramos respostas, direccionando a nossa análise, interpretação e discussão das teorias e/ou fenómenos que pretendemos estudar. As ciências sociais oferecem-nos uma panóplia de recursos metodológicos.

Os fundamentos epistemológicos da investigação traduzem diversas formas de desenvolver o conhecimento. Para Fortin, Côté e Vissandjée (1999: 74-101), estamos na presença de duas escolas de pensamento: a positivista lógica e a naturalista. Estas geram dois paradigmas de investigação, com métodos de investigação distintos: quantitativo e qualitativo. Segundo a filosofia positivista, a realidade é estática e única, os fenómenos

humanos são previsíveis e controláveis, pelo que os estudos científicos têm a finalidade de prever e controlar o fenómeno em estudo. A investigação é orientada para os resultados, tendo como preocupação a sua generalização.

Para se realizar qualquer investigação torna-se necessário, em primeira instância planificá-la devidamente. Para isso, torna-se essencial recorrer a princípios, meios, técnicas e métodos que conduziram à sua execução. É do estabelecimento de uma hierarquia de patamares previamente delineados que, transformadas em linhas de orientação da investigação se poderam atingir os objectivos preconizados. A escolha do tema teve como base, por um lado a experiência pessoal do autor, como professor de psicologia, por outro lado o fazer parte de um projecto da Fundação Wolksagem *Reconciliation and Social Conflict in the Aftermath of large-scale Violence in Southern Africa: the cases of Angola and Namíbia* projectado para desenvolver a capacidade de competência e de investigação científica de cientistas sociais angolanos – a maioria jovens estudantes, mas também de um grupo de pesquisadores seniores – o projecto ronda em torno de uma matriz de linhas de pesquisa que se complementam mutuamente.

O projecto de formação e pesquisa em que estamos inseridos, aborda, a partir de uma variedade de perspectivas analíticas e disciplinas científicas, uma série de questões fundamentais decorrentes das experiências feitas durante as últimas décadas. A base é definida por investigações sobre as grandes mudanças na estrutura social que ocorreram durante esse período de tempo. Realizado em perspectivas tributárias da sociologia e da psicologia social estes estudos têm dado atenção especial à estruturação de processos e apresentar constelações de identidades sociais.

Inserido no sub-projecto *Psychic impacts of violence and conflict, concentrated on Huíla province* que se debruça sobre impactos psíquicos da violência, delimitamos o estudo em perturbações psíquicas (ansiedade e depressão) na população angolana, por ser um assunto quer da sociedade quer da saúde pública que deve mover todos os actores no processo da reconstrução, reconciliação e reintegração nacional, se quisermos ter Angola como um país de futuro.

Para levar a cabo, com eficiência, a recolha de dados por questionários, tivemos como colaboradores quatro elementos pertencentes ao projecto (da província da Huíla), quatro estudantes finalistas do curso de psicologia clínica do Instituto Superior Politécnico Tundavala, e tradutores de línguas nacionais (umbundo e nyaneka-nkhumbi) indicados pelos sobas e terapeutas tradicionais das respectivas áreas sob investigação. O

desenvolvimento efectivo da recolha de dados a que nos propusemos, foi possível, graças à observação rigorosa de acções ao nível técnico e metodológico, previamente arquitectadas. Para tal aplicámos os instrumentos às populações provenientes de municípios onde se viveu um período prolongado de guerra e que residem na Matala, Humpata e Lubango.

Em conformidade com a natureza dos questionários, os mesmos foram distribuídos aos sujeitos para o seu preenchimento. Contudo, contamos sempre com a participação dos colaboradores instruídos anteriormente para o efeito.

Utilizamos neste estudo uma combinação das metodologias quantitativa e qualitativa. Seguimos os ensinamentos de Fontana e Frey (2000: 668) que referem que, cada vez mais investigadores, usam perspectivas multimétodo para obter resultados melhores e mais amplos. Esta perspectiva multimétodo permitiu-nos como investigador utilizar, no mesmo estudo, diferentes métodos em diferentes combinações. O recurso a um conjunto de métodos diversificados e inter-relacionados possibilitou a triangulação que permitiu uma mais ampla e mais profunda compreensão do fenómeno consequências psicológicas da violência.

Ainda que a objectividade não possa ser atingida, o investigador deve procurar o rigor dos processos de análise e dos resultados a que chegar. Guba e Lincoln (1985: 60) sugerem que, além da triangulação de métodos, e na tentativa de obter uma compreensão mais profunda do fenómeno em estudo, se escute a opinião dos participantes na investigação, ou seja, se procure a validação por parte das pessoas envolvidas. A validação dos membros pode aumentar a credibilidade da investigação, sem no entanto a garantir; permite obter dados adicionais de suporte a determinados resultados mas tem de ser usada com precaução.

“A triangulação não é uma ferramenta ou uma estratégia de validação, é uma alternativa à validação. A combinação de diferentes perspectivas metodológicas, diversos materiais empíricos e a participação de vários investigadores num só estudo deve ser vista como uma estratégia para acrescentar rigor, amplitude, complexidade, riqueza, e profundidade a qualquer investigação” (Denzin & Lincoln, 2006: 5).

Atendendo aos objectivos específicos do estudo (diagnosticar a prevalência e a intensidade de casos de ansiedade e depressão presentes no momento do estudo e relacionar as variáveis ansiedade e depressão com as variáveis meio rural/urbano)

enveredamos, num primeiro momento, pela metodologia quantitativa pois este tipo de abordagem permitiu a realização do estudo com uma amostra representativa (n=300) e os dados foram recolhidos a partir dos inquiridos, sob a forma de questionários.

No primeiro momento, de uma forma geral, e tal como afirma Popper, (1972: 27) seguimos a perspectiva de que os estudos de campo quantitativos guiam-se por um modelo de pesquisa onde o pesquisador parte de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possível, a partir dos quais formula hipóteses sobre os fenómenos e situações que quer estudar. Uma lista de consequências é então deduzida das hipóteses. A colecta de dados enfatizará números (ou informações conversíveis em números) que permitam verificar a ocorrência ou não das consequências, e daí então a aceitação (ainda que provisória) ou não das hipóteses. Os dados são analisados com apoio da Estatística (inclusive multivariada) ou outras técnicas matemáticas. Também, os tradicionais levantamentos de dados são o exemplo clássico do estudo de campo quantitativo.

Também, entre os tipos de estudos quantitativos, segundo Diehl (2004: 20) podem-se citar os de correlação de variáveis (como é o nosso estudo), os quais, por meio de técnicas estatísticas, procuram explicar seu grau de relação e o modo como estão operando.

Para Creswell, (2003: 18),

“...a abordagem qualitativa é aquela onde o investigador obtém conhecimento baseado em primeiro lugar na perspectiva construtivista, ou seja, múltiplos significados históricos com o objectivo de desenvolver uma teoria ou padrão, na perspectiva participativa ou em ambas”.

Num segundo momento, partimos para as entrevistas. Esta metodologia foi usada para ajudar na interpretação dos dados quantitativos (obtidos por questionários) e sobretudo na compreensão das estratégias locais e tradicionais de lidar com os problemas psíquicos.

Assentou nos seguintes pressupostos:

- (i) A metodologia qualitativa permite avaliar a representatividade social, o sentido social, a diversidade, e o significado dos fenómenos que pretendemos estudar;

- (ii) Na psicologia, o narrar, a entrevista, o diálogo, são recursos primordiais na elaboração do diagnóstico. Nesta área é fundamental construir o percurso de vida do entrevistado e enquadrá-lo nos seus diversos contextos, para que seja possível compreender o aparecimento das perturbações e respectivas repercussões. Fleming (2003: 11) afirma que muitas vezes, ao sofrimento psíquico, estão associadas narrativas;
- (iii) Estamos interessados em compreender os significados que os participantes atribuem aos fenómenos violência política, ansiedade e depressão ou situações em estudo. Procuramos compreender os significados que as pessoas constroem sobre o seu mundo e as experiências nele vividas;
- (iv) O investigador é o principal instrumento de recolha e análise de dados. Os dados são recolhidos através de entrevistas, de observação ou de análise de documentos;
- (v) O processo de condução da pesquisa é essencialmente indutivo, isto é, colectar e organizar os dados com o objectivo de construir conceitos ou teorias, ao invés de, dedutivamente, traçar hipóteses a serem testadas (procedimentos já realizados no primeiro momento). A análise indutiva dos dados levará à identificação de padrões recorrentes, temas comuns e categorias;
- (vi) A posição como investigador no terreno, como filtro das respostas, vai de acordo com o objecto e diante das condições de investigação, examinar a viabilidade da combinação de técnicas de pesquisa, seleccionar os casos para a elaboração das histórias de vida, encontrar o que há de mais significativo nas biografias e aproveitar, da melhor forma, os resultados da análise.
- (vii) Os resultados da pesquisa são expressos por meio de um relato descritivo a respeito do que se aprendeu sobre o fenómeno. Tais resultados são apresentados e discutidos usando-se as referências da literatura especializada a partir das quais o estudo se estruturou.

Para a filosofia naturalista a realidade é múltipla e é descoberta por um processo dinâmico em interacção com o ambiente, o que traduz um conhecimento relativo ou situacional, os fenómenos humanos são únicos e não são previsíveis, pelo que os estudos científicos procuram a compreensão total do fenómeno em estudo. A

investigação conduz a uma compreensão do fenómeno através da descoberta, descrição, explicação e indução, orientando-se mais para o processo do que para o resultado. O método de investigação qualitativo tem como objectivo descrever ou interpretar, mais do que avaliar, sendo preocupação do investigador uma compreensão ampla e absoluta do fenómeno em estudo, observando, descrevendo e interpretando o meio e o fenómeno sem procurar exercer controlo (Fortin, Côté e Vissandjée, 1999: 74-101).

b) Formulação das Hipóteses

As hipóteses são uma resposta prévia ao problema proposto e, habitualmente, são desenvolvidas com base em estudos anteriormente realizados de acordo com o tema escolhido (Sousa & Baptista, 2011: 68). O conjunto de hipóteses formuladas surgiu como resultado de uma fase exploratória de revisão da literatura que indica que, quanto a violência política intensifica as perturbações mentais (Pedersen et al., 2003: 289-307). E o facto de ser homem ou mulher e de ser da zona rural ou da zona urbana (neste caso refugiados de guerra), influencia o grau de sintomatologia e a frequência do diagnóstico das perturbações. Assim demonstraram os resultados preliminares de um estudo de campo realizado em zonas de conflito da América Latina com mais de uma década de extrema violência, terrorismo e atrocidades de guerra, mostrou uma grande proporção da população adulta (mais de 50%) com resultado positivo quanto aos sintomas de esgotamento mental e cerca de um em cada quatro adultos entrevistados como sintomáticos de transtornos relacionados a trauma. De forma clara, as mulheres, principalmente viúvas e idosas, eram as mais afectadas, não só pelos efeitos a longo prazo da experiência a acontecimentos traumáticos, mas também, indirectamente, pela ruptura de suas redes sociais, baixa coesão social e isolamento relativo de seus pares, falta de alimentos e abrigo e outras condições geralmente relacionadas ao colapso geral da economia local (Breslau, 1998: 1-30).

Silove (1999: 45) refere a existência de vários sistemas adaptativos comuns que quando ameaçados isoladamente ou em conjunto, por profundas injustiças resultantes de contextos de guerra ou conflito, de atentados aos direitos humanos, conduzem invariavelmente ao sofrimento e ao trauma. Um deles relaciona-se com este sentimento de perda de “união ou existência de laços afectivos”. As separações e as perdas são frequentemente múltiplas e incluem perdas reais e simbólicas. Para além dos familiares mortos ou perdidos, os refugiados ainda experienciam a perda do lar, da propriedade e dos bens (emprego, estatuto social, estudos). Perdem, igualmente, o sentido de coesão

social, ligação com a terra ou os antepassados, bem como com a cultura de pertença e seus rituais e tradições. As reacções normais a estas perdas incluem uma constelação de sentimentos como o pesar, a nostalgia, por vezes a raiva e revolta e, também, a saudade.

A ausência de uma abordagem adequada no campo da saúde mental pode conduzir ao desequilíbrio e ao “trauma sequencial”. Referenciam-se aqui os estudos de Carey-Treefzer sobre crianças inglesas da II Guerra Mundial concluindo que estas crianças tinham mudado o seu comportamento tornando-se ansiosas (Eth & Pynoos, 1984: 54). Também um estudo sobre crianças israelitas que viviam nos grandes centros urbanos mostrou que, depois da guerra de *Yom Kip-pur*, elas apresentavam um aumento de ansiedade (Zak, 1982: 135). Estudos anteriores referem que, frequentemente, a depressão é causada por certas circunstâncias traumáticas (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991: 26-29) e que a severidade dos sintomas está directamente relacionada com a intensidade da experiência de perda.

Por outro lado a análise de um trabalho anterior realizado em Angola sobre o stress traumático e suas sequelas nos adolescentes do Sul de Angola (Ventura, 1997: 15-18) revela que, pelo menos em termos de sintomatologia depressiva, os grupos expostos à guerra apresentam mais sintomatologia do que os não expostos. Verificou-se ainda que o sexo e a idade não têm um efeito significativo sobre a sintomatologia depressiva.

De seguida enunciam-se e descrevem-se as hipóteses formuladas para o estudo:

H:1 O diagnóstico e sintomatologia da ansiedade aumentam com a exposição a violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana).

H:2 O diagnóstico e sintomatologia da depressão aumentam com a exposição à violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana).

H:3 Existe uma relação entre as perturbações de ansiedade e de depressão e as histórias de vida de elementos que vivenciaram o período de guerra prolongada.

H:4 Existe uma relação entre o diagnóstico de ansiedade e de depressão e as variáveis sociodemográficas dos indivíduos que constituem a amostra do estudo.

Após a formulação das hipóteses de investigação, achamos conveniente apresentar as características dos elementos que fizeram parte do estudo.

c) Caracterização da Amostra

Patton (1990: 32) afirma que, provavelmente, nada põe tão bem em evidência a diferença entre métodos quantitativos e métodos qualitativos como as diferentes lógicas

que estão subjacentes às técnicas de amostragem. A investigação quantitativa tem como base amostras de maiores dimensões seleccionadas aleatoriamente, enquanto a investigação qualitativa se focaliza, tipicamente, em amostras relativamente pequenas, ou mesmo casos únicos, seleccionados intencionalmente.

A recolha de informação para o trabalho foi realizada em 3 localidades da província da Huíla. Inicialmente contactaram-se algumas entidades tradicionais, “sobas”, em cada um dos municípios da Matala e Humpata e dos responsáveis de bairros do Lubango para nos indicarem as populações oriundas de zonas de conflito, isto é, indivíduos deslocados dos municípios em que se viveram, mais directamente, os conflitos armados, ou seja, sedes municipais de Chicomba, Quilengues, Caconda, Caluquembe, Cuvango, Jamba e Chipindo (municípios do norte e nordeste da província).

No primeiro momento da pesquisa (quantitativa) em que foram aplicados os inventários de frequência e prevalência das perturbações de ansiedade e/ou depressão, o tipo de amostragem escolhido foi aleatório sistemático e composto de 300 sujeitos, sendo 150 do Lubango e 150 distribuídos pelos municípios da Matala e Humpata, conforme ilustra o quadro n.º 1. Segundo Carmo & Ferreira (1998: 31-34) a mostragem aleatória sistemática é um processo em que se seleccionam os sujeitos a incluir na amostra utilizando um critério (um intervalo entre sujeitos seleccionados) que é aplicado de forma sistemática a uma lista com os nomes dos sujeitos incluídos na população. Neste tipo de amostragem aleatória tivemos em conta dois elementos importantes: o intervalo de amostragem e o ponto de início da amostragem. O primeiro definiu o intervalo entre um sujeito seleccionado e o sujeito seleccionado seguinte (de 4 em 4 elementos escolhemos um), e o segundo especificou o ponto em que se iniciou a contagem desse intervalo (começamos a escolha a partir do 2º elemento da lista). Para este procedimento foram considerados os seguintes critérios:

(i) Elementos de ambos os sexos, com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, por se tratar de indivíduos que, quer directa ou indirectamente vivenciaram os períodos de incursões armadas de 1975 a 1991 e o desencadear do conflito pós eleitoral de 1992.

(ii) A preferência foi de elementos que se tenham deslocado das suas zonas de origem, devido à guerra, para os municípios do Lubango, Matala e Humpata e, de tal forma, que as observações que deles fizermos possam ser generalizadas a toda a população.

Quadro-1– Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variáveis		Zona urbana		Zona rural		Total	
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Género	Masculino	76	50,6%	83	55,3%	159	53%
	Feminino	74	49,4%	67	44,7%	141	47%
	Total	150		150		300	100%
Grau de escolaridade	Primário	58	38,6%	62	41,3%	120	40%
	I ciclo	27	18%	48	32%	75	25%
	II ciclo	65	43,4%	40	26,7%	105	35%
	Total	150		150		300	100%
Religião	Católica	57	38%	75	50%	132	44%
	Protestante	44	29,3%	40	26,6%	84	28%
	Adventista	36	24%	26	17,4%	62	20,6%
	Outras	13	8,7%	9	6%	22	7,4%
	Total	150		150		300	100%

Legenda: Aplicação dos Questionários n=300 para avaliação dos índices de Ansiedade e Depressão.

Os dados ilustram uma grande homogeneidade existente, em termos das variáveis sociodemográficas utilizadas, no universo inquirido, exceptuando a escolaridade, naturalmente maior na cidade, são nestes termos muito poucas as diferenças entre as zonas rurais e urbana.

Em relação à variável género, a frequência na zona urbana é de 76 indivíduos masculinos perfazendo 50,6% e uma frequência de 74 do género feminino, correspondendo a 49%, totalizando 150. A distribuição da amostra na zona rural, relativamente ao género, é de 83 indivíduos masculinos correspondendo a 55,3% da amostra na zona rural, contra os 67 indivíduos do género feminino que totalizam 44,7%.

O nível de escolaridade da amostra inquirida por questionário está assim distribuído: na cidade do Lubango (meio urbano) 38,6% dos indivíduos têm o ensino primário; 18% o primeiro ciclo do ensino secundário e 43,4% pertencem ao segundo ciclo do ensino secundário. Já no meio rural (Humpata e Matala) verifica-se que a amostra é de 41,3% com o ensino primário; 32% com o 1º ciclo do ensino secundário e menor percentagem de indivíduos do 2º ciclo do ensino secundário.

Já a caracterização da amostra em relação à variável religião, espelha que a mesma é constituída do seguinte modo: na zona urbana 57 indivíduos correspondendo a 38% são católicos, ao passo que na zona rural, os praticantes da religião católica perfazem uma frequência de 75 indivíduos e uma percentagem de 50% do total de investigados. Os

evangélicos na zona urbana correspondem a 29,3% e na zona rural 26,6%. Os adventistas estão distribuídos por 24% da amostra na zona urbana e 17,4% na zona rural. Outras religiões praticadas pelos inqueridos distribuem-se por 8,7% no meio urbano (Lubango) e os restantes 6% no meio rural (Humpata e Matala).

O segundo momento da investigação foi marcado pela realização de entrevistas e, para o efeito, foi utilizada uma amostragem por conveniência. Para Carmo & Ferreira (1998: 31-34), na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários. Poderá tratar-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população da qual faz parte o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas.

Os critérios utilizados com o objectivo de compreender os significados que os participantes e população local atribuem aos fenómenos violência política, ansiedade e depressão ou situações em estudo e compreender, ainda, os significados que eles constroem sobre o seu mundo e as experiências nelas vividas, foram os seguintes:

- i. Aqueles sujeitos que de entre os inquiridos (da amostra anterior) se predispuseram para as nossas entrevistas;
- ii. Líderes ou regedores de comunidades deslocadas dos municípios mais flagelados pela guerra e que ainda se encontram em municípios de acolhimento (Lubango, Matala e Humpata);
- iii. Profissionais de saúde mental que estão em pleno serviço nos Centros de atendimento da província (Centro Psiquiátrico do Lubango, Departamento de Psicologia do Hospital Central do Lubango, Hospital Militar Regional Sul e centros de saúde municipais da Matala e Humpata);
- iv. Elementos ligados às ONGs que lidaram directamente com os deslocados no momento de recepção dos mesmos nos municípios de acolhimento;
- v. Líderes religiosos e terapeutas tradicionais que estiveram envolvidos no processo de cura de doenças do foro psicológico.

Quadro -2- Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Nome	Idade	Habilitações literárias	Data de entrevista	Língua utilizada	Local	Ocupação
Sapalo	58	4ª Classe	13/6/2012	Umbundo	Matala	camponês
Madalena	65	Analfabeta	13/6/2012	Umbundo	Matala	camponês
João	42	7ª Classe	13/6/2012	Umbundo	Matala	estudante
Kaita	40	Licenciado	20/9/2012	Português	Humpata	técnico comunitário da ONG ALSSA-Xalon
Lúcia	35	Ensino Secundário	22/9/2012	Português	Humpata	enfermeira
Faria	30	Licenciatura	15/9/2012	Português	Lubango	psicólogo
Itelvina	35	Mestrado	16/9/2012	Português	Lubango	psicóloga
Vilma	25	Mestrado	5/10/2012	Português	Lubango	psicóloga
António	48	12ª Classe	7/10/2012	Português	Lubango	funcionário do C.P.L
Domingos	50	4ª Classe	9/12/2012	Nyaneka	Lubango	terapeuta tradicional
Pedro	55	6ª Classe	13/12/2012	Nyaneka	Humpata	terapeuta tradicional
Tchissongo	54	Mestrado	20/12/2012	Português	Lubango	directora da antena (Huíla) ONG, ADRA
Beatriz	35	8ª Classe	17/7/2012	Português	Lubango	comerciante

Legenda: Realização de Entrevistas

As entrevistas feitas aos sujeitos 1, 2 e 3 do quadron.º2 realizaram-se por intermédio de um tradutor da língua nacional umbundo visto que, os entrevistados são provenientes de municípios em que predomina o umbundo e os mesmos não tinham domínio da língua portuguesa. O mesmo cenário ocorreu nas entrevistas feitas aos terapeutas tradicionais, isto é, entrevistas 10 e 11, em que foi necessária a tradução de um colaborador que dominasse a língua nacional Nyaneka. Estes terapeutas localizam-se em municípios onde a língua mais frequente é o nyaneka-nkhumbi.

Para além dos dados que recolhemos no terreno, contamos com a contribuição de alguns livros que falam sobre a prática da Medicina Tradicional na região da província da Huíla. Foi com este material disponível que reflectimos e ‘hermeneuticamos’ as práticas terapêuticas de saúde mental.

d) Variáveis estudadas

Como foi referido, trata-se de um estudo de índole correlacional, sendo as variáveis seleccionadas em função do enquadramento teórico.

Variáveis Sociodemográficas:

Foram estudadas as variáveis sociodemográficas consideradas relevantes na caracterização da amostra no sentido de permitir uma análise exploratória das relações destas com as variáveis psicológicas.

- Género
- Grau de escolaridade
- Religião
- Zona urbana
- Zona rural

As primeiras três variáveis sociodemográficas (género, grau de escolaridade e religião) foram utilizadas com o objectivo de verificarmos as frequências e percentagens da amostra por zonas (urbana e rural).

Já as variáveis zona urbana e zona rural tiveram como objectivo a comparação com variáveis psicológicas.

Variáveis Psicológicas:

1. Intensidade de ansiedade
2. Intensidade de depressão
3. Ocorrência de ansiedade
4. Ocorrência de depressão

e) Entrevistas e procedimentos

O segundo momento fundamentou-se na nossa preferência pela entrevista semiestruturada, pois foi nosso objectivo estudar as experiências de vivências do conflito armado que perdurou 30 anos e neste caso, parafraseando Maia (1998: 72) as entrevistas “... são necessárias quando não se pode observar o comportamento, sentimentos, e como as pessoas interpretam o mundo à sua volta”.

Maia (1998: 98) justifica que as entrevistas semiestruturadas, são consideradas mais válidas quando se pretende avaliar a presença ou ausência de ansiedade e depressão, ou

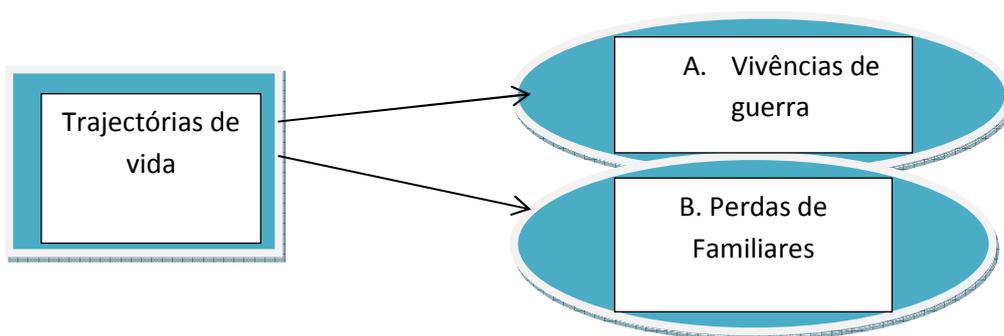
seja, “ utilizando uma metodologia qualitativa será possível aceder às construções de significado da população ansiosa e deprimida devido a violência política, dando assim origem a uma forma de conhecimento baseada na própria experiência de ser ansioso e/ou deprimido”.

São ainda especialmente úteis na recordação de eventos passados traumatizantes que só são passíveis de serem revividos através das memórias. Nesta trilha pretendeu-se realizar histórias de vida que ajudaram a esclarecer consequências psicológicas da violência.

As técnicas de investigação seleccionadas para este segundo momento basearam-se nos seguintes procedimentos:

- (i) Observação, uma vez que, como pesquisador no local onde se realizou o trabalho de campo estabeleceram-se relações de maior ou menor formalidade com os elementos da amostra, permitindo observar outro tipo de interações e situações que não foram possíveis aquando da aplicação dos questionários;
- (ii) Pesquisa bibliográfica e documental, que permitiu definir e enquadrar o objecto de estudo, bem como fornecer importantes dados sobre os procedimentos metodológicos e consequente interpretação e interligação dos resultados obtidos com a literatura;
- (iii) Entrevista semiestruturada aprofundada em perspectiva diacrónica, onde o objectivo não foi apenas considerar as perturbações psíquicas (ansiedade e depressão) de cada entrevistado, mas também a sua trajectória de vida, no período de guerra civil no sul de Angola, focando aspectos pré-definidos.
- (iv) A análise qualitativa das entrevistas foi feita a partir da técnica de análise de conteúdo temática, conforme indicam as figuras n.º 1 e n.º 2 que se apresentam a seguir, com vista à uniformização das dimensões e variáveis recolhidas a partir dos questionários de avaliação psicológica dos estados ansiosos e depressivos das populações alvo de estudo.

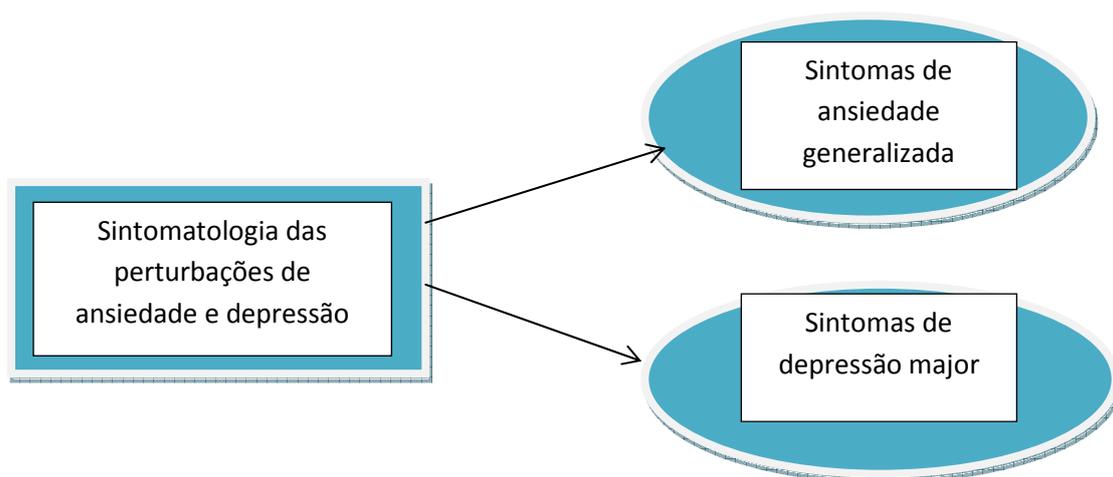
Figura.1– Entrevistas: descrição do tema trajectória de vida e subtemas



Na figuran.º 1, está representado o tema inicial, trajectórias de vida e os subtemas que daí derivaram: A. Vivências de guerra e B. Perdas de familiares. As perguntas colocadas aos entrevistados foram direccionadas para aspectos como: A. Vivências de guerra: A1. Onde se encontrava quando começou a guerra; A2. Número de conflitos armados vivenciados; A3. Adaptação à nova condição de deslocados de guerra; A.4. receptividade nos municípios de acolhimento; B. perdas de familiares: B1. Familiares desaparecidos e B2. Lutos realizados ou não e em que circunstâncias foram feitos.

O objectivo principal deste subtema foi o de saber quais as perdas familiares, se os lutos foram realizados sabendo que os mesmos têm relação directa com as perturbações de ansiedade e depressão.

Figura.2 – Entrevistas: descrição do tema sintomatologia de ansiedade e/ou depressão e subtemas

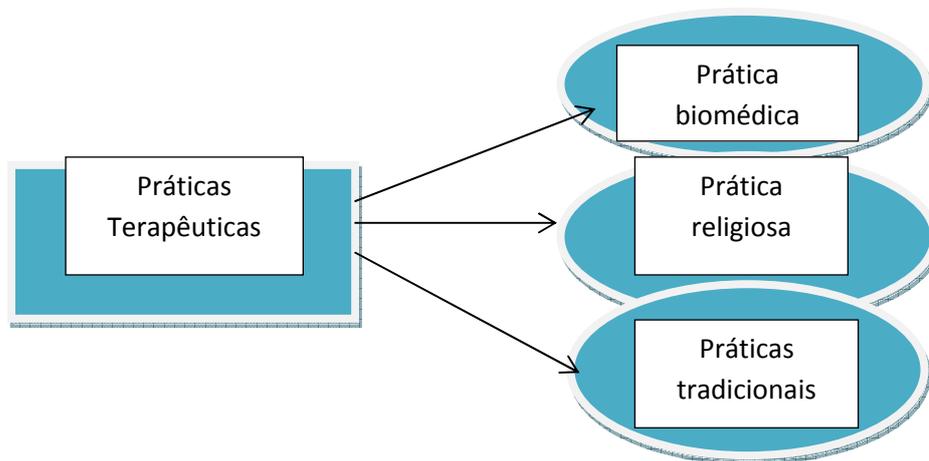


Na figuran.º 2 está representado o tema referente a abordagem da sintomatologia das perturbações de ansiedade e depressão durante a realização das entrevistas. Os subtemas são os seguintes: A. Sintomas de ansiedade generalizada e as questões direccionam-se para A1. Indivíduos que experienciem ansiedade e preocupação excessivas (expectativa

apreensiva) relativas a diversos acontecimentos ou actividades durante a maioria dos dias de forma persistente (6 meses ou mais): agitação; ficar facilmente fatigado; tensão muscular; irritabilidade; dificuldades de concentração; perturbação do sono; B. sintomas de depressão major e as questões direccionaram-se para B1. Presença de pelo menos 5 dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas e representando uma alteração do funcionamento prévio: humor depressivo durante a maior parte do dia; diminuição clara do interesse ou prazer em quase todas as actividades; perda de peso ou aumento de peso significativo; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização; diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração.

O objectivo de introdução deste subtema foi o de constatar estas perturbações visto que, indivíduos que experienciam ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) relativas a diversos acontecimentos ou actividades durante a maioria dos dias de forma persistente (6 meses ou mais), poderão ser diagnosticados como tendo ansiedade generalizada e com relação a perturbação de depressão major, sendo o objectivo saber se existiam cinco dos sintomas mencionados durante um período de duas semanas e representando uma alteração do funcionamento prévio.

Figura.3– Entrevistas: práticas terapêuticas



A figuran.º 3 representa a questão central sobre os processos de cura. Para o efeito recorreremos a subgrupos como C1. Serviços terapêuticos de práticas e crenças espirituais ao realizar um tratamento; C2. Interações verbais e alterações dos relacionamentos na modificação de padrões de pensamento, de humor e de comportamento. O objectivo

principal foi o compreender quais os Serviços terapêuticos de práticas e crenças espirituais ao realizar um tratamento, são utilizados pelos entrevistados.

Revisão Bibliográfica

Este ponto da introdução tem como finalidade mostrar o contexto bibliográfico dos conceitos que mais directamente se relacionam com o tema da investigação. As referências desenvolvidas, combinando diversas palavras-chave associadas ao tema deste trabalho (violência política, consequências psicológicas, ansiedade e depressão), consistem, basicamente, num enfoque possível do efeito principal da exposição à violência.

Num primeiro momento, a investigação compreendeu uma análise de revisão de literatura a fontes bibliográficas, tanto qualitativas como quantitativas, permitindo uma contextualização a quadros conceptuais existentes. Com este fim, o local de pesquisa incidiu em bibliotecas de ciências sociais e em documentos disponíveis na internet. Os elementos de análise e interpretação compreenderam a análise em obras e monografias especializadas sobre o assunto, não descurando a análise a artigos científicos em revistas especializadas no campo de investigação. Com teor mais quantitativo, foi dada relevância a estudos e dados disponíveis e publicados em centros estatísticos.

Com o propósito de examinar a literatura sobre violência política e suas consequências na saúde mental das populações, verificamos que muitas das publicações tratam das consequências mais directas da guerra e da experiência traumática das famílias de desaparecidos e vítimas de tortura e/ou sobreviventes das atrocidades cometidas por ditaduras militares, como no caso da Argentina e do Chile, nas décadas de 1970 e 1980 (Suárez-Orozco, 1992: 219-259); A Colômbia e o Haiti, dois países devastados por contínua e prolongada violência, agitação civil e problemas estruturais, têm sido citados na literatura, mas poucos autores focalizaram os efeitos na saúde e, menos ainda, as consequências da violência a longo prazo (Amnesty International, 2001: 56).

Um estudo feito num contexto geográfico diferente mas com similitudes em termos de diagnóstico e prevalência de doenças mentais foi o realizado por Ducan Pedersen (2006) com o título “Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e acção para a América Latina e região do Caribe”. No estudo algumas perguntas centrais são levantadas, a partir de revisão da literatura: qual o impacto na saúde da população, a curto, médio e longo prazo, por vivenciar

violências extremas e continuadas? Como a violência política se relaciona com pobre saúde mental individual e colectiva? As desordens relacionadas com os traumas são consequências universais da violência extrema e continuada? No final, o autor conclui que, apesar das várias formas de terapia individual disponíveis – quer comprovadamente eficientes, quer não - deve-se admitir que a mecanização dos programas de reabilitação restritos à aplicação imprópria de listas de verificação e oferta de “terapia do trauma” reflecte uma compreensão limitada do relacionamento entre determinantes sociais criticamente importantes do sofrimento e o leque de possíveis efeitos na saúde, após exposição a acontecimentos traumáticos. Mais ainda, adverte que, é preciso admitir que existe um conhecimento limitado de como construir, reparar e reforçar os vínculos sociais e as redes de apoio, fomentar a resiliência e aumentar a coesão social em sociedades devastadas por angústia, forte trauma e deslocamento. Por último apresenta alguns princípios básicos ao projectar intervenções psicossociais.

Pela análise de estudos correlatos ao nosso, verificamos que existe alguma proximidade na pesquisa de Igreja, Victor (2013) “As implicações de ressentimentos acumulados e memórias de violência política para a descentralização administrativa em Moçambique”, em que a análise demonstra como reivindicações políticas acerca de memórias de violência podem, paradoxalmente, obstruir e reforçar o pluralismo político e a descentralização democrática em Moçambique.

Outro estudo que nos pareceu próximo e que foi realizado por Daniel de Matos com o tema “Violência política e o conflito intraestatal” procura argumentar que existe um espaço de intersecção entre dois corpos teóricos distintos, que se focam em explicar dimensões distintas de um mesmo evento. A violência com fins políticos, enquanto fenómeno amplo, pode acontecer dentro ou fora das fronteiras territoriais do estado. Este autor organizou um modelo baseado em testes simples, baseados em perguntas referentes ao aparecimento de fenómenos ou dinâmicas de identificação relativamente simples, mantida a coerência interna e o valor explicativo complementar entre diversos aspectos avaliados. O modelo de análise ao caso da Guerra Civil Angolana, de modo a demonstrar que a proposta é, no mínimo, intelectualmente válida (Matos, 2012: 19).

A Organização Não Governamental *Christian Children’s Fund* (1995), realizou um “estudo do grau de exposição e de impacto da guerra sobre crianças em Angola”, conduzido por Carlinda Monteiro, numa amostra de 200 crianças pertencentes ao Centro e Norte do país, sendo 59 crianças do Bié, 63 do Huambo e 78 crianças que se encontravam em Luanda e eram oriundas das províncias do Moxico, Malange, Kwanza-

Norte, Bié, Huambo, Uíge, Bengo, Lunda-Norte e Kwanza-Sul. A amostra era bastante heterogénea, pois englobava crianças com vários estatutos familiares e sociais, nomeadamente, deslocadas, órfãs e crianças que vivem com as suas famílias. Destas crianças 33% eram meninas e 67% rapazes. As idades variavam entre os 8 e os 16 anos. As técnicas utilizadas foram entrevistas, inquéritos e desenhos infantis, bem como uma escala de “exposição” e uma escala de “impacto”. As conclusões desse estudo demonstraram que 91% das crianças apresentavam de três a sete sintomas de perturbação mental e só 9% foram consideradas menos afectadas ou traumatizadas. No respeitante às reacções manifestadas, 59% das crianças têm imagens intrusivas (em forma de visões, cheiros ou sons); 89% referiram que pensa frequentemente no que aconteceu; 74% das crianças procuram evitar lembranças da guerra; 61% têm dificuldades em dormir, enquanto 72% referem ter distúrbios de sono, como pesadelos, insónias e maus sonhos; 76% das crianças manifestam queixas psicossomáticas, tais como dores de cabeça, dores de barriga, tonturas, etc. Como se verifica, este estudo se enquadra no âmbito do diagnóstico e prevalência de perturbações psíquicas das crianças expostas a acontecimentos traumáticos bem como, os impactos da guerra nas crianças provenientes de várias províncias do país. Contudo a autora não faz uma delimitação das perturbações psíquicas mais frequentes, limitando-se a reportar os índices de ocorrência de sintomas psicopatológicos.

Fazendo uma análise bibliográfica de estudos específicos sobre perturbações que derivam da guerra (ansiedade e depressão), também se verificou haver poucos estudos epidemiológicos da violência, tornando-se difícil avaliar a verdadeira dimensão do problema, ainda que estudos com refugiados, mais perto de nós, como os estudos pioneiros de Ventura (1997: 15-18), com adolescentes angolanos refugiados de guerra e de Ratilal (1997: 23-29), com crianças moçambicanas vítimas da guerra civil, apontam ambos para a prevalência de ansiedade e depressão em populações de África vítimas da miséria e da guerra, e para a extrema penúria dos meios que têm que suportar.

O estudo desenvolvido por Ventura (1997), tem uma amostra de 231 Adolescentes dos 13 aos 16 anos, divididos em 3 grupos, com diferentes graus de exposição à guerra. O grupo 1 é composto por 40 adolescentes refugiados de guerra, o grupo 2 por 150 adolescentes residentes no Lubango e o grupo 3 por 41 adolescentes residentes em Portugal.

Os resultados demonstraram que as variáveis demográficas, nível de escolaridade, estatuto parental, motivo da deslocação, tempo de permanência, valores religiosos e

valores tribais parecem não ter influência na ansiedade. Apesar da ansiedade ser grandemente influenciada pela exposição à guerra, o estudo indica que essa relação não é medida por variáveis demográficas consideradas no mesmo estudo. Em relação à depressão, os resultados do estudo de Ventura (1997), indicam que a relação do grau de exposição à guerra com a depressão é mediada pelo estatuto parental dos adolescentes e pela sua adesão aos valores religiosos e tribais. Verificou-se que o estatuto parental está relacionado com a depressão, sendo esta superior nos adolescentes com pais ausentes, especialmente para o grupo de refugiados. As variáveis nível de escolaridade, tempo de permanência fora do país, motivo da deslocação, valores religiosos e valores tribais, não têm influência na depressão.

Este estudo foi realizado 6 meses depois do conflito armado que se alastrou por Angola após as primeiras eleições em 1992. Este facto contribui para os elevados valores encontrados, pois ainda estava muito presente a violenta guerra que se alastrou pelo país no período pós-eleitoral.

Os resultados obtidos nesta revisão dão suporte à ideia de que a violência é um grande problema de saúde pública e que uma parte significativa dos problemas de saúde mental encontrados em países em desenvolvimento pode ser atribuída à violência. Os trabalhos que versam sobre consequências psicológicas da violência política em Angola são ainda raros, o que justifica a realização do presente estudo. A delimitação dos distúrbios ansiedade e depressão (que representam manifestações psicológicas mais associadas à vivência de acontecimentos traumáticos) permitiu discutir os principais contornos do estado de saúde mental das populações do Lubango, Humpata e Matala que vivenciaram directa ou indirectamente o período de guerra do sul de Angola.

Pretende-se contribuir, assim, para o desenvolvimento de conhecimentos sobre sequelas derivadas da violência política, dando a conhecer o estado psicológico das populações nos municípios do Lubango, Matala e Humpata, contribuindo para o conhecimento do estado de saúde mental.

Limitações do estudo

O estudo aqui apresentado deparou-se, ao longo da sua elaboração, com diversas limitações, quer no seu universo estrutural, quer na sua amplitude de aplicação:

- 1) Embora a importância deste tema revele, num contexto de estudos africanos, existir pouca informação sobre saúde mental, são escassos em Angola e

reflectem-se no pouco conhecimento sobre a questão e sua utilidade. Os recursos bibliográficos sobre esta abordagem são limitados, tanto da parte das entidades governativas, como das instituições universitárias ligadas à saúde mental, o que condicionou a recolha de informações, comparação de material e comprovação de alguns dados;

- 2) Outra limitação que se tornou óbvia foi a de inserir uma abordagem da psicopatologia, com um pendor marcadamente biomédico, no contexto dos estudos africanos, pois a bibliografia que enfoca aspectos psicopatológicos está impregnada de biomedicina ocidental. Daí termos recorrido a outras obras da antropologia da saúde e etnopsiquiatria, com contextos comparativamente mais próximos ao nosso;
- 3) O acesso a dados estatísticos sobre o estado da saúde mental na província da Huíla foi difícil. Primeiro porque os relatórios do Governo Provincial descuravam, ou simplesmente não abordavam, esta temática; os relatórios do Centro Psiquiátrico do Lubango, Departamento de Psicologia do Hospital Central do Lubango e Secção de Psicologia do Hospital Militar Regional Sul, apresentavam dados dispersos sobre diagnóstico, prevalência e psicoterapia, desde a criação das referidas estruturas, até ao momento da elaboração da investigação;
- 4) O acesso no terreno para a recolha dos dados teve que obedecer a procedimentos, que consideramos muito difíceis, isto é, ter que consultar primeiro as entidades governamentais de cada município e explicar os objectivos da investigação; um segundo passo foi pedir autorização aos sobas e responsáveis de bairro de cada comunidade, aceitar a indicação de um tradutor por parte destes regedores, pois os que inicialmente tínhamos contratado não foram autorizados para a tradução e ter que explicar repetidamente aos inquiridos e entrevistados cada um dos significados dos itens dos inventários aplicados. Enquanto uma etapa concreta das actividades desta investigação, a tradução da aplicação dos questionários tendeu a se constituir em um trabalho de pouca reflexão. Além da limitada observação de como os itens se comportam, se são de difícil compreensão ou não, pouco se observa sobre o

comportamento dos respondentes, suas reacções, orais ou não, em relação ao instrumento e ao formato da aplicação;

- 5) Com vista à utilização clínica dos instrumentos utilizados, aconselha-se uma reformulação destes com base nos dados psicométricos obtidos. Os instrumentos não foram desenvolvidos para a população angolana, tendo-se utilizado instrumentos adaptados. Seria conveniente uma reorganização dos mesmos com eliminação de itens e mesmo a construção de novos itens;
- 6) Outra limitação deste estudo foi o facto de não realizarmos a comparação de mais variáveis, isto é, às variáveis sociodemográficas (género, grau académico e religião) com intensidade e ocorrência das perturbações de ansiedade e depressão; isto levaria a uma melhor percepção da saúde mental nesta região do país.

Capítulo I – Contexto Angolano (Província da Huíla) - Aspectos Históricos e Sociodemográficos

Introdução

A nossa investigação sobre consequências psicológicas da violência centrar-se na Província da Huíla (Angola), em particular, no município capital – Lubango e dois municípios adjacentes, o da Matala e Humpata, onde se encontram maioritariamente as populações provenientes de outras localidades em que o período de guerra foi mais intenso e prolongado.

Neste capítulo descrevemos aspectos geográficos e sociopolíticos de Angola, a divisão administrativa do país, características etnográficas, os principais recursos e indicadores macroeconómicos com o objectivo de contextualizar o objecto de investigação. Achamos pertinente descrever o desenvolvimento trágico da guerra civil. De seguida faz-se uma apreciação da geografia física e económico-social da província da Huíla onde se caracteriza a população alvo de estudo urbana e rural urbana do município sede (Lubango), e a caracterização sociodemográfica da população rural dos municípios da Matala e Humpata. No fim do capítulo descrevemos as consequências da guerra nas populações deslocadas na província da Huíla, o estado humanitário, uma breve referência ao panorama da saúde na província, as estratégias de combate à pobreza e uma reflexão sobre o quadro sombrio persistente para as populações.

1.1 Angola: aspectos geográficos e sociopolíticos

País do Sul de África, oficialmente designado por República de Angola, situado na costa ocidental, na transição entre a África Central e a África Austral, possui uma área de 1 246 700 km². Faz fronteira, a norte e a leste, com a República Democrática do Congo; com a Zâmbia, a leste, e com a Namíbia, a sul; a oeste, o país é banhado pelo oceano Atlântico. O enclave de Cabinda faz fronteira com a República do Congo, a norte, e com a República Democrática do Congo, a leste e a sul, sendo banhado pelo oceano Atlântico, a oeste. A maior cidade é Luanda, a capital, com 4 511 000 habitantes (2009), seguida do Huambo (979 000 hab.), de Benguela (513 000 hab.) e do Lobito (805 000 hab.) (2009). A morfologia do solo caracteriza-se pela existência de planícies costeiras, às quais se seguem as montanhas intermédias e os planaltos interiores. Os principais rios são o Zaire e o Kwanza.

Figura 1.1– Divisão político-administrativa de Angola



Fonte: www.ezilon.com/maps/africa/angola-maps.html[consulta em 13/11/2012]

Administrativamente, Angola está dividida em 18 províncias, 164 municípios e 563⁵ comunas. A população estimada para 2010 foi de 19.9 milhões de habitantes, com uma taxa de crescimento anual da população de 2,7%. A densidade populacional é de 4.6 habitantes por km². A distribuição da população é maioritariamente feminina, 55% da população são mulheres e 45% homens (as mulheres em idade fértil estimam-se em 21% da população, ou seja 3.8 milhões). Este desequilíbrio na distribuição do género

⁵ INE dados apontados em 2010.

(mulheres/homens) traduz-se num índice geral de masculinidade de 0,93 – ou seja, 93 homens para 100 mulheres⁶.

Cerca de 54,8% da população vive em áreas urbanas. Os restantes 45,2% encontram-se nas áreas rurais⁷, muitas delas dispersas e com pouco ou sem nenhum acesso às redes de saúde/educação. A concentração das pessoas nas cidades resulta, em parte, da migração em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas e tem impacto sobre alguns factores de identidade cultural, como por exemplo a língua. 28,7% da população angolana encontra-se sediada em Luanda, capital do país (INE 2010).

A população é maioritariamente jovem, cerca de 50% tem menos de 15 anos, 48% está na faixa dos 15-64 anos e 2% acima dos 65 anos⁸; o que a caracteriza como população jovem. A pirâmide etária predominantemente jovem é característica das populações com uma taxa de fecundidade elevada. Estima-se, actualmente, uma fecundidade no país de 7,2 filhos por mulher⁹.

Dados da OMS (2011) apontam para uma esperança média de vida dos angolanos de, apenas, 42 anos, um dos valores mais baixos do mundo.

A principal etnia é a Ovimbundo, que constitui cerca de 2/5 da população total do país e que fala umbundo. A Mbundo, a que corresponde 1/4 da população total, fala quimbundo. Outros grandes grupos étnicos são o Kongo, o Luimbé, o Humbé, o Nyaneka, o Tchokué, o Luéna, o Luchasi, o Lunda, o Ngangela e o Kwanyama. A nível religioso, predominam o catolicismo, o protestantismo e as religiões tribais. A maior parte das pessoas fala banto, mas muitas outras línguas e dialectos são também falados. A língua oficial é o português.

A economia angolana reflecte o estado de guerra que o país vivenciou durante várias dezenas de anos. As principais fontes de receita do país provêm da exploração do petróleo, produto responsável por 58% do Produto Interno Bruto (PIB) e dos diamantes. Outros recursos minerais significativos são o ferro, o manganésio, o cobre, os fosfatos, o ouro e a prata. O potencial hidroeléctrico está entre os maiores de África. As principais produções agrícolas são a mandioca, a cana-de-açúcar, a banana, a batata-doce, o café, o amendoim, o feijão e o sorgo. A actividade industrial baseia-se na

⁶ Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População Angolana IBEP, 2008 – 2009.

⁷ Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População Angolana IBEP, 2008 – 2009.

⁸ Inquérito IBEP, já descrito.

⁹ Dados do MICS III em 2008, tendo-se situado as estimativas dos níveis de fecundidade no MICS I de 1996 em 6.9 e no MICS II de 2001 em 7.0 nascimentos por mulher.

produção de oleaginosas, cereais, algodão e tabaco. Outros segmentos de destaques são a produção de açúcar, cimento e fertilizantes. Os principais parceiros comerciais de Angola são os Estados Unidos da América, a China, o Brasil, Portugal, a França, e o Japão (INE, 2010).

Os indicadores macroeconómicos (Figura n.º1.2), revelam que ainda persistem elevados níveis de pobreza e de desigualdade na distribuição da riqueza.

Figura 1.2 – Angola: Evolução de Indicadores Macroeconómicos 2008 – 2011

Indicadores	2008	2009	2010	2011
Crescimento do PIB (%)	13.2	-0.6	7.4	7.9
CPI inflação	13.2	14.0	15.0	9.9
Balanço orçamental % PIB	8.8	-7.7	-3.9	-1.7
Contas actual % PIB	7.5	-3.8	2.6	3.0

Fonte: African Economic Outlook 2011.

De acordo com dados dos relatórios de desenvolvimento humano, Angola tem apresentado um baixo nível de desenvolvimento humano ao longo da última década. Para o ano de 2009, Angola apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,564, ocupando a posição 143, com uma classificação de desenvolvimento humano considerada pelo PNUD “média”. No entanto, esses valores alteraram-se, significativamente, no ano de 2010, registando-se uma quebra para 0,403 e passando a ocupar a 146^a posição entre 169 países do mundo. No ano de 2011, o IDH de Angola volta a registar uma queda para a posição 148 com um IDH de 0,486. Esta diferença de valores é justificada pela aplicação da nova metodologia de cálculo adoptada pelo PNUD (PNUD, 2010: 253).

Neste último quinquénio, o Governo está a dar prioridade à reconstrução e desenvolvimento de infra-estruturas de comunicação, de saúde, de desporto, habitacional e de educação, que estão a decorrer a um ritmo acelerado em algumas províncias e municípios, observando-se uma melhoria no acesso geográfico e vinculação da população aos serviços sociais. No entanto, os serviços de saúde ainda são limitados e não satisfazem a procura da população principalmente nas áreas rurais e na periferia das áreas urbanas populosas.

Após a apresentação de dados sociogeográficos e económicos de Angola achamos pertinente descrever o seu longo período de guerra.

1.2 O desenvolvimento trágico da guerra civil em Angola

O curso da História de Angola desde 1974, será brevemente analisado em três secções:

a) o período de transição do domínio português para a independência de Angola (25 de Abril de 1974 – 11 de Novembro de 1975); b) o desenvolvimento trágico da guerra civil e as várias iniciativas de paz para pôr termo ao conflito (1975 a 1991; c) 1992 a Abril de 2002 (O reacender do conflito armado após as primeiras eleições).

a) O período de transição do domínio português para a independência de Angola

Quando, a 25 de Abril de 1974, os oficiais militares de carreira derrubaram o regime em Lisboa na sequência de um golpe de estado levado a cabo em 16 horas praticamente sem derramamento de sangue, Luanda parecia tão surpreendida como a capital da metrópole. O «programa dos três D» declarado por estes oficiais iria exercer um forte impacto no futuro de Angola: democracia para Portugal; uma forma de descolonização do império ultramarino; e um esforço para transformar o desenvolvimento económico de Portugal, a fim de conduzir os portugueses a uma era mais moderna (Henderson, 1979: 18-20).

O cessar-fogo entre as forças portuguesas e as três principais forças nacionalistas angolanas foi acordado por etapas. A UNITA assinou em Junho de 1974, seguindo-se o MPLA e depois a FNLA, em Outubro de 1974. A partir daí prosseguiram, ainda que lentamente, as negociações para alcançar um acordo sobre o futuro estatuto político da antiga colónia. Representando os três partidos, o Governo de transição entrou em funções no final de Janeiro de 1975, tendo os angolanos experimentado um breve período de euforia e esperança de que os três partidos africanos respeitassem o consenso e as regras estabelecidas em Alvor, convencidos que estavam de que Portugal poderia impor o cumprimento do Acordo de Alvor, se necessário, com o seu exército (Wheeler & Pélissier, 2011).

Henderson (1979: 18-20) afirma que “os movimentos africanos tinham de repartir as suas energias por três tipos de responsabilidades: fornecer pessoal para o Governo de transição; organizar as campanhas políticas; e assumir funções administrativas, judiciais e policiais. Para além da incapacidade das forças armadas portuguesas para manter a paz, era esta «terceira responsabilidade» que maior risco representava para a viabilidade do Acordo de Alvor”.

Este acordo estabeleceu as bases gerais para a transferência do poder político para o povo angolano e definiu os princípios para a preservação da segurança em Angola durante o período de transição política. Mas a luta renhida para a conquista do poder político em Angola, fora do acordo de Alvor, resultou em conflito armado. Esse conflito assumiu enormes proporções tendo como consequência a intervenção de forças armadas estrangeiras (Júnior, 2007).

b) O desenvolvimento trágico da guerra civil e as várias iniciativas de paz para pôr termo ao conflito (1975-1991)

Assim feito, no dia 11 de Novembro, enquanto, por um lado, o MPLA proclamava a independência em Luanda – a República Popular de Angola (RPA), por outro lado, a coligação, UNITA e a FNLA, na província do Huambo, proclamava a República Democrática de Angola (RDA). Contudo, como afirma Correia (1996: 37-38):

“...a formalização da independência de Angola não se traduziria em qualquer viragem radical na situação que Angola vivia. A guerra iria prosseguir, num cenário que mais não seria do que a continuação do que se verificava antes da independência, ainda que com algumas alterações nos protagonistas e actores secundários” (Correia, cit. Por Ngulube, 2006: 27).

Segundo Wheeler & Péliissier, em Março de 1976 as forças do MPLA, apoiadas por tropas cubanas e por peritos da ex-União Soviética e dos estados do seu bloco de aliados, bem como por uma infusão maciça de armas, tinham derrotado e dispersado as forças rivais. A FNLA e a UNITA tinham perdido o apoio da República Popular da China e constataram que o apoio americano iria ser reduzido ou suprimido depois de o Congresso norte-americano ter decidido restringir ou pôr fim ao apoio da administração Ford à sua causa. As forças sul-africanas, a braços com pressões internas e internacionais contra a sua intervenção, foram obrigadas a retirar-se para a Namíbia nessa mesma primavera (Wheeler & Péliissier, 2011: 73-92).

Muitos desafios esperavam a administração do MPLA em Luanda. O colapso da autoridade portuguesa, a perda de vidas e a desordem provocada pela guerra civil, bem como o êxodo da maior parte da população europeia¹⁰ até finais de 1975, contribuíram

¹⁰ Tal como os residentes portugueses, quase todos os agricultores alemães, bem como as respectivas famílias, que totalizavam cerca de 1200 pessoas em inícios de 1970, partiram por

para destruir a economia angolana. Embora houvesse alguns elementos da população africana aptos a assumir posições de chefia, faltavam quadros formados para a administração, o comércio e a economia (Wheeler & Pélissier, 2011).

Em 1976, daquilo a que se chamou «A Segundo Guerra de Libertação» e ao longo dos primeiros anos de independência, a administração do MPLA adoptou por inteiro a ideologia marxista-leninista e os modelos político-económicos da União Soviética e de Cuba. As relações com Portugal foram substancialmente rompidas durante alguns anos, à medida que Angola adoptava novos modelos económicos e educativos com base na influência soviética. A constituição angolana e os sistemas jurídicos posteriores reflectiam estas mudanças (Correia, cit. por Nguluve, 2006: 27).

Em meados e finais dos anos 1980, a já internacionalizada guerra civil angolana, tornou-se, mais do que nunca, um conflito alimentado pela Guerra Fria, com as duas superpotências a apoiarem cada uma das partes em confronto. Uma nova dimensão da ameaça ao governo de Luanda era o apoio renovado da África do Sul à UNITA a partir das suas bases no norte da Namíbia. A UNITA está a reorganizar as suas forças desde o início de 1980. Está a estruturar melhor os seus órgãos políticos e militares e faz esforços para consolidar as suas bases de apoio. Para o efeito, criou outras frentes de luta: Frentes Sul, Oeste e Sudeste. Suprimiu a frente Leste. E mantém activa as Frentes Centro-Sul e Centro-Norte. Procura criar unidades semi-regulares e regulares para desencadear acções de guerrilha compacta e passou a utilizar mísseis anti-aéreos e artilharia pesada. Formou mais quadros no exterior e introduziu meios de comunicação para direcção eficiente das forças guerrilheiras. Por conseguinte, realizou um total de 1294 acções em 1980 (minagens, emboscadas, ataques, sabotagens e massacres) (Júnior, 2007: 21-23).

Em Agosto de 1981, por exemplo, as forças armadas sul-africanas serviram-se da sua «colónia¹¹» para invadir a província do Cunene, em Angola, tendo continuado a ocupar zonas do extremo meridional de Angola até meados de 1985 (Wheeler & Pélissier, 2011: 73-92). Os apoiantes da UNITA, especialmente a África do Sul e os Estados

sua vez para a Namíbia ou para a Alemanha em 1975. Um pequeno apontamento sobre este grupo muito pouco estudado: Douglas L. Wheeler, «The forced labor “system” in Angola, 1903-1947...», in Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (coord.), Trabalho Forçado Africano – Experiências Coloniais Comparadas, Porto, Campo de Letras, 2006, p.378 e notas de rodapé nº 24 e 25 na mesma página.

¹¹ Recorde-se que em 1981 o sudoeste africano (Namíbia) era ocupado ilegalmente pelo regime da África do Sul.

Unidos, fizeram um derradeiro esforço para derrotar as forças governamentais do MPLA em operações militares no sul e no sudoeste de Angola. A União Soviética e Cuba, principais apoiantes do governo liderado pelo MPLA, despenderam uma quantidade inaudita de recursos, humanos e materiais, para defender o regime de Luanda e derrotar a UNITA.

Por iniciativa das diplomacias dos dois países, Angola e África do Sul, em 16 de Fevereiro de 1984 tiveram lugar conversações entre as duas partes na República da Zâmbia. Depois de discussões intensas, as partes rubricaram o Acordo de Lusaka que prevê a retirada das forças militares sul-africanas do território de Angola (faixa da província do Cunene). Esse acordo permitirá Angola restabelecer a situação do seu território e, ao mesmo tempo, criará condições para a implementação da Resolução 435/78 do Conselho de Segurança das Nações Unidas relativa à independência da Namíbia. Para corporizar os princípios do Acordo¹², criaram uma Comissão Militar composta por oficiais superiores dos dois exércitos (FAPLA e SADF¹³). Assim arrancaram trabalhos conjuntos relativos à retirada das forças sul-africanas mas que vão passar por várias sessões (Júnior, 2007).

Perante estes factos que indicam um desanuviamento da situação na África Austral, interessa analisar os comportamentos das forças militares sul-africanas, da República do Zaire e da insurreição armada.

Todavia ocorreu um facto, no primeiro semestre de 1985, que devemos referir. Trata-se concretamente da retirada das tropas sul-africanas da faixa da província do Cunene depois das primeiras movimentações das suas unidades mais para Sul. A retirada das forças militares sul-africanas aconteceu no dia 18 de Abril de 1985 após uma declaração de Pik Botha (Ministro dos Negócios Estrangeiros da África do Sul). Foram necessários treze meses após a assinatura dos Acordos de Lusaka (Júnior, 2007: 21-23).

¹² Esta nova tentativa de relançamento do processo de paz em Angola, então com a intervenção directa e destacada dos Estados Unidos, já passava pelo patamar do conflito Leste-Oeste. A ela estava intimamente ligada a Perestroika e o início do degelo da Guerra Fria, quando Gorbachev se empenhou na solução pacífica dos conflitos regionais em que era óbvia a influência das duas superpotências. Os seus reflexos directos no conflito angolano fizeram sentir-se, com Moscovo e Washington a recomendarem a Luanda e à Jamba maior flexibilidade na busca de uma solução pacífica e negociada entre ambos (Correia, 1996: 47).

¹³ SADF significa Forças Armadas Sul Africanas

c) O reacender do conflito armado após as primeiras eleições (1992-2002)

Segundo Nguluve, (2006: 27) a fase seguinte da guerra civil durou de finais de 1992 até Novembro de 1994 e foi, até à data, o capítulo mais destrutivo do conflito¹⁴. O MPLA tinha-se desmobilizado em maior escala do que a UNITA, pelo que quando a guerra se reiniciou a vantagem inicial coube à UNITA. As forças de Savimbi conseguiram ocupar e manter inúmeras cidades. Tomaram cinco das dezoito capitais de província (Caxito, Huambo, Mbanza-Congo, Ndalatando e Uíge), ao mesmo tempo que cercaram outras capitais de província (Cuito, Luena e Malange). As perdas de vidas foram pesadas; as estimativas das Nações Unidas sugerem que 300 mil pessoas terão morrido durante esta fase. Seguiu-se a destruição das infra-estruturas de transportes e comunicações e a instalação de minas terrestres em grande escala. Os principais apoios da UNITA vieram do presidente Mobutu, do Zaire, e das receitas das minas de diamantes controladas pela UNITA, que eram usadas para comprar armas no mercado internacional.

O governo conseguiu rearmar-se e reorganizar-se graças ao aumento dos preços do petróleo e conseqüente crescimento das receitas petrolíferas e em 1994 o MPLA retomou a ofensiva para contra-atacar. Durante a segunda metade de 1994 o governo expulsou a UNITA da maior parte das cidades que esta tinha ocupado em 1992-93. Os esforços diplomáticos para deter o conflito tinham sido retomados, e a 20 de Novembro de 1994, na capital zambiana, foi assinado o Protocolo de Lusaka, recuperando os acordos de Bicesse. Este novo acordo previa a realização de eleições sob supervisão das Nações Unidas numa data por determinar; o adiamento das eleições até as tarefas militares estarem concluídas, a responsabilidade das Nações Unidas pela supervisão da implementação do processo de paz e o envio de uma grande força de manutenção de paz, a UNAVEM III¹⁵, com um contingente máximo de sete mil soldados (Júnior, 2007: 21-23).

Em 1997 e 1998 as Nações Unidas aplicaram vários pacotes de sanções contra a UNITA. Depois de a UNITA ter cumprido apenas parcialmente a exigência de aquartelamento das suas tropas sob supervisão das Nações Unidas, a ONU retirou o

¹⁴ O conflito armado de 1992-1994 foi considerado mais destrutivo por não se tratar de guerrilha, mas de um período de guerra nas cidades, produzindo muito mais vítimas, deslocados e mutilados de guerra do que em períodos anteriores.

¹⁵ UNAVEM – Forças de Manutenção da Paz das Nações Unidas, surgiu depois das missões fracassadas da UNAVEM I e II.

grosso das suas forças de manutenção de paz em 1997, tendo deixado apenas uma força residual simbólica (MONUA, Missão de Observação da ONU em Angola). Alguns deputados da UNITA eleitos em 1992 ocupam os seus lugares no parlamento e foram nomeados vários ministros da UNITA para o Governo de Unidade e Reconciliação Nacional, mas a UNITA continuou a controlar áreas que tinha sido obrigada a evacuar (Wheeler & Pélissier, 2011: 73-92).

Ainda Wheeler & Pélissier (2011: 73-92) afirmam que em finais de 1998, durante o quarto congresso do MPLA, muito depois de se ter tornado claro que o processo de paz não estava a funcionar adequadamente, o MPLA declarou guerra à UNITA. A declaração exigia o fim do processo de paz de Lusaka e a retirada da MONUA. A ofensiva militar contra a UNITA começou então a avançar no planalto angolano. As últimas forças da ONU foram retiradas em Fevereiro de 1999.

Na última fase da guerra, a UNITA foi sucessivamente derrotada pelas forças do MPLA e foi obrigada a mudar de tática, passando de uma guerra convencional para um combate de guerrilha, à medida que foi perdendo posições e sendo forçada a refugiar-se no leste e no sul do país. Entretanto, sofrendo derrota após derrota, a direcção da UNITA fragmentou-se. Em finais de 1998, em Luanda, alguns dirigentes da UNITA membros da Assembleia Nacional subtraíram-se ao jugo de Savimbi e formam um grupo dissidente, a UNITA-Renovada (Nguluve, 2006: 28).

Apesar das debilidades, a UNITA enquanto força de guerrilha continuou a constituir uma ameaça ao governo angolano e às populações rurais. À medida que a situação se alterava, passando de um impasse militar para uma espiral descendente da UNITA, as persistentes ofensivas das FAA (Forças Armadas Angolanas) subjugarão as forças de combate da UNITA, até o governo implementar uma política de terra queimada para impedir a UNITA de obter quaisquer apoios ou fornecimentos locais (Júnior, 2007: 21-23).

Em inícios de 2002, as forças do governo angolano encurralaram os mais altos dirigentes da UNITA na província oriental do Moxico, onde as forças rebeldes se encontravam disseminadas e subnutridas. Savimbi tinha fugido para o Moxico depois de o governo ter capturado as regiões de Bailundo e Andulo. Numa emboscada remota levada a cabo por comandos a 22 de Fevereiro de 2002, Jonas Savimbi foi morto. Pouco depois da emboscada do Moxico, tiveram início as negociações com os líderes sobreviventes da UNITA. A 4 de Abril de 2002, em Luanda, foram assinados um acordo e uma trégua e estabeleceram-se planos para completar as tarefas do Protocolo

de Lusaka de 1994. As restantes forças da UNITA foram dissolvidas e a iniciativa para uma transição política para a paz passou a pertencer por completo ao governo angolano. A guerra civil terminou e deu-se início à reconstrução de um país devastado (Júnior, 2007: 21-23).

Ao fazermos uma análise do período de guerra em Angola percebemos que a história política deste país é vasta, mas a ausência de documentos escritos, torna-a muito restrita. Podemos resumir esta história nos seguintes momentos:

- i. Os partidos políticos angolanos surgem num momento de muita agitação global e sobretudo africana, marcados pela independência que era o tema central da segunda guerra mundial;
- ii. O controlo de Angola estava dividido pelos três maiores grupos nacionalistas que descrevemos neste ponto do trabalho, nomeadamente o MPLA, UNITA e FNLA, pelo que a independência foi proclamada unilateralmente e em locais diferentes¹⁶, pelos três movimentos;
- iii. Logo depois da declaração da independência iniciou-se a Guerra Civil Angolana entre os três movimentos, uma vez que a FNLA e, sobretudo, a UNITA não se conformaram nem com a sua derrota militar nem com a sua exclusão do sistema político. Esta guerra durou até 2002 e terminou com a morte do líder da UNITA, Jonas Savimbi;
- iv. Esta guerra causou milhares de mortos e feridos e destruições de vulto em aldeias, cidades e infraestruturas (estradas, caminhos de ferro, pontes) e uma parte considerável da população rural, especialmente do Planalto Central e de algumas regiões do Leste, fugiu para as grandes cidades e países vizinhos.

Após uma abordagem da guerra que devastou o país, dedicaremos uma particular atenção ao local de estudo fazendo uma descrição do que se foi transformando no meio urbano e rural da província.

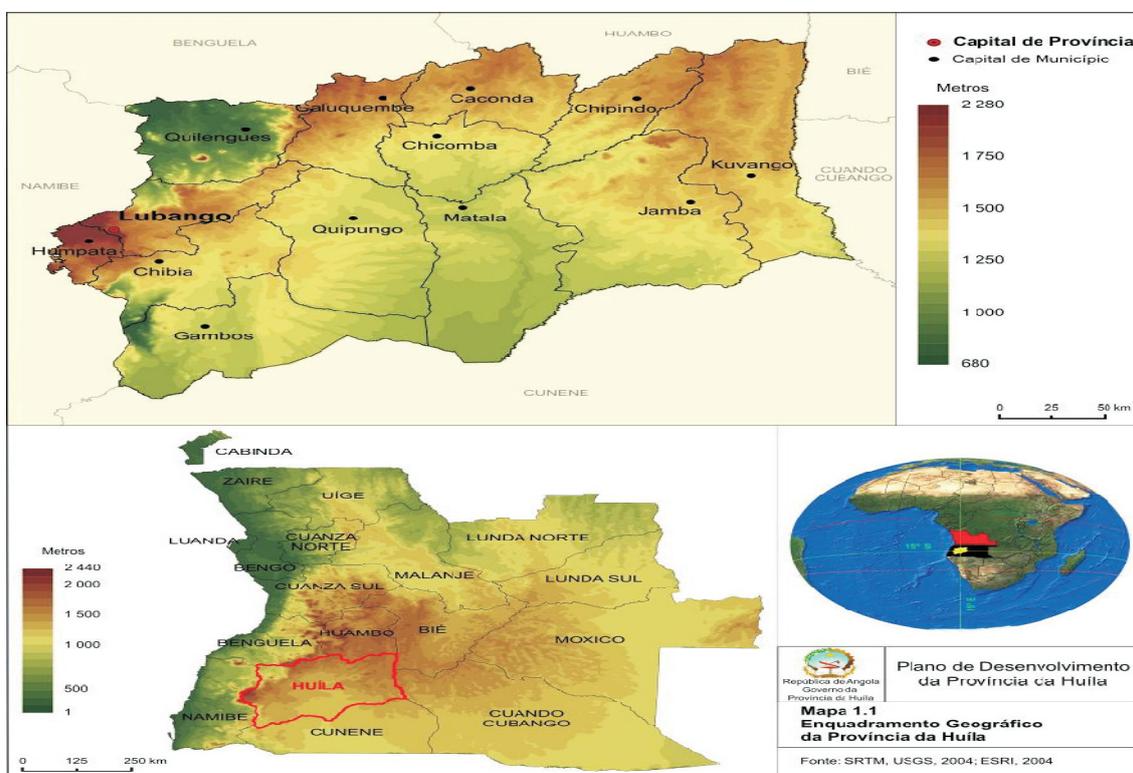
1.3 Contexto Geográfico e social do local de estudo

¹⁶ A 11 de Novembro de 1975 o MPLA proclamava a independência em Luanda, a FNLA no Ambriz e a UNITA em Nova Lisboa (Huambo).

A Província da Huíla está situada no sudoeste do país, tendo, grosso modo, uma forma rectangular, limitada pelos paralelos 13° 15' e 16° 30' e 16° Leste. A sua área de 78.879 km² alberga uma população estimada em cerca de 2,6 milhões de habitantes, o que corresponde a uma média de 32 habitantes por km².

Confina a oeste com a província do Namibe, a norte com as de Benguela e do Huambo, a leste com as do Bié e do Kuando-Kubango, e a sul com a província do Cunene. Actualmente, a sua divisão administrativa é composta por 14 municípios, 45 comunas e 1.998 lugares habitados, contra os 13 municípios e 36 comunas assinalados em 1971 (GPH, 2009).

Figura 1.3 – Província da Huíla – Angola



Fonte: FAS – angola.org/provincia/Huíla, 2010

Segundo o GPH, (2009) estima-se que 74% da população da província da Huíla se concentra em 6 dos 14 municípios, destacando-se em Lubango, Matala e Caluquembe¹⁷. Face à situação de guerra verificou-se um forte êxodo da população dos municípios do

¹⁷Caluquembe é uma vila e município da província da Huíla, em Angola. Tem cerca de 246 mil habitantes. É limitado a Norte pelo município da Ganda (Benguela), a Este pelos municípios de Caconda, Chicomba e Matala, a Sul pelo município de Quipungo e a Oeste pelos municípios de Cacula, Quilengues e Chongoroi (Benguela). O antigo conselho foi criado em 1965.

norte da província para os municípios de Lubango e Matala. A população da província da Huíla apresenta relativa homogeneidade. Com efeito, pertence, na sua maioria, à etnia dos Muílas, que conjuntamente com os Gambos constitui uma unidade maior, os Nyanecas. Neste sentido, poder-se-á dizer que a população huilana pertence especificamente a seis grupos etnolinguísticos, designadamente os Nyaneca-Nkhumbi, Umbundo, Nganguela, Quioco, Herero e não-Bantu.

Os dados demográficos disponíveis são extremamente escassos, embora os que serão apresentados mereçam um grau de confiança relativa devido aos seguintes factores:

- Divergências nos valores dos dados nas diversas fontes consultadas;
- Movimentos populacionais provocados pela situação de guerra;
- Os dados referentes aos anos de 1985, 1990, 1993 e 1999/2000 são valores estimados e não valores absolutos.

Contudo, esta situação não impossibilita uma análise demográfica representativa da população em estudo.

Pode-se verificar que, a população da província da Huíla tem vindo a aumentar no decorrer dos anos. O maior acréscimo global da população registou-se na década de 70, cuja taxa de variação atingiu 20%. Na década seguinte este acréscimo populacional manteve-se, mas com menor significado, apenas 11%. Na década de 90, o aumento populacional foi ainda menos significativo, situando-se, somente, na ordem dos 5%. O baixo acréscimo populacional existente entre 1980/90 resulta, precisamente, da situação de guerra vivida neste país. Nestes termos, de 1970 para 2009 a população aumentou 50%, o que traduz um crescimento populacional a um ritmo regular, sem grandes oscilações (GPH, 2009).

Segundo o Gabinete de Planificação Regional da Huíla (PRH, 1999), estimava-se que 74% da população se concentrava em 6 dos 14 municípios, designadamente em Lubango 20%, seguindo-se Caluquembe com 17%, em terceiro lugar, Caconda 12%, em quarto lugar, Matala e Chibia com 9% respectivamente, e, em quinto lugar, Chicomba com 7%. Face à situação de guerra, que se vivia na altura, é muito provável que este cenário se tenha modificado, uma vez que se verificou um forte êxodo da população dos

municípios de Caconda, Chicomba e Caluquembe para os municípios do Lubango¹⁸ e Matala (zonas militarmente mais seguras).

Paralelamente às autoridades administrativas continua a existir uma estrutura tradicional de autoridades cujo papel maior é atribuído ao soba¹⁹. Ao soba compete a administração da justiça e a distribuição das colheitas agrícolas. A província controla cerca de 1.623 autoridades tradicionais reconhecidas pelo Ministério da Administração do Território (GPH, 2012).

Presentemente a estrutura familiar e social encontra-se afectada por consequências de fenómenos recentemente acontecidos, nomeadamente os decorrentes dos efeitos da guerra e dos que se seguiram ao processo de paz, tendo ambos contribuído para fenómenos de migração interna, verifica-se que a população vive apenas metade das suas vidas em lugares de nascimento ou residência. Atendendo a este facto, a migração é de importância determinante, para a compreensão da dinâmica demográfica e sócio económica da população (GPH, 2012).

Segundo a mesma fonte, a cidade do Lubango representa o principal aglomerado populacional de toda a província, concentrando aproximadamente 42% da população total.

Pelo factodo nosso estudo se ter realizado nos municípios do Lubango (capital da província), Matala e Humpata, de seguida apresentamos uma breve caracterização sociodemográfica dos mesmos.

¹⁸ A cidade do Lubango cresceu desordenadamente entre 1990 e 2002. Este crescimento foi, sobretudo, nos bairros peri-urbanos do Tchioco, João de Almeida, Benfica, Calumbilo, e na encosta da serra da Chela (Sofrio, Zona industrial e boca da Humpata).

¹⁹ Existem dois tipos de Sobas, o Soba Grande (regedor) e o Soba. O Soba Grande, é o Soba que lidera os outros Sobas, na comunidade. Este tipo de hierarquia é muito tradicional, por isso muitas vezes é difícil de definir claramente os papéis e as responsabilidades de cada um, já que estão interligados pela cultura e contexto locais. O Soba toma decisões, organiza eventos especiais, desempenha o papel de juiz e age de forma a prevenir o aparecimento de problemas externos à comunidade, tais como a feitiçaria. As suas funções são a de fazer a ponte entre a comunidade e o governo, informarem-se dos problemas, investigar as causas e obter soluções, tais como problemas relacionados com a morte, doença ou outros assuntos similares. É também o responsável pela segurança da comunidade e estabelece as regras que devem ser aplicadas.

1.3.1 Lubango pólo de desenvolvimento da província da Huíla

Por se tratar de um trabalho ligado à saúde mental, neste ponto da tese, faz-se uma descrição de alguns aspectos ligados à realidade sociodemográfica da província, destacando a saúde, a educação, a economia e a cultura.

Considera-se população urbana a que reside na sede da província em habitações definitivas. Na sua grande maioria são funcionários públicos, empregados do comércio e serviços e empresários. O Lubango, sede administrativa da província alberga o Governo Provincial, as delegações provinciais dos Ministérios, direcções regionais de organismos e empresas públicas e ainda as principais infra-estruturas de apoio (escolas, institutos médios, universidades, hospitais, armazenistas, etc.) concentrando, maioritariamente, a classe média e alta da província (GPH, 1999).

A cidade encontra-se no centro de um conjunto de eixos de vias de comunicação que ainda mantêm alguma actividade e que provocam alguma animação económica²⁰. O perímetro urbano do Lubango é constituído pelos seguintes 19 bairros: 14 de Abril; A Luta Continua; Comandante Dack – Doy; Tchioco; Comandante N’Zagi; Comandante Valódia; Comandante Joaquim Kapango; Comercial; Dr. António Agostinho Neto; Ferrovia; Helder Neto; Lalula; Lucrécia; Comandante Cow – Boy; Mapunda; Comandante Mbula Matady; Mitcha; Nambambe e Patrice Lumumba.

Lubango conta com uma área de 3.140 km², uma população estimada em 1.414.115²¹, tendo como comunas (*Hoque, Arimba, Huíla, Quilemba*).

O município do Lubango é o pólo de desenvolvimento por excelência da província da Huíla, dada a capitalidade que assume. Situa-se na zona sudoeste da província, a uma altitude média superior a mil metros. A norte é limitado pelos municípios de Quilengues e Cacula, a leste pelo município de Quipungo, a sul pelo município da Chibia e a oeste pelos municípios da Humpata e da Bibala, este último pertencente à província do Namibe.

A etnia predominante é o sub-grupo *Ovamuila*, do grupo Nyaneka-Nkumbi, que vive dispersa em pequenos *kimbos*²². A agro-pecuária é a principal actividade desenvolvida

²⁰ Lubango tem ligações rodoviárias com Benguela, Huambo, Namibe, Kuando-Kubango e a estrada internacional que liga à República da Namíbia; o eixo ferroviário do caminho de ferro de Moçâmedes que liga o Porto do Namibe à cidade de Menongue capital da província do Kuando-Kubango passando pelo Lubango.

²¹ Dados referentes a 2009 (GPH).

²² Pequenas habitações de pau-a-pique e cobertas de capim.

no município, que alberga também o principal parque industrial da província e um dos maiores do país (GPH, 2009).

Para analisar a composição, em termos estruturais, da rede sanitária da Província da Huíla, deve ser tomada em conta a história recente do País. Os serviços de saúde herdados da administração colonial estavam orientados para o atendimento à população expatriada e aos trabalhadores das empresas destes. Assim, a rede era composta fundamentalmente de hospitais de tamanho relativamente grande em zonas urbanas e centros de saúde ligados a fazendas e grandes empresas. Com a Independência, uma das primeiras ações foi expandir os serviços de saúde, utilizando para isso as estruturas disponíveis. A primeira rede da pós-independência era composta dos hospitais existentes e de antigas residências adaptadas para o seu uso. Algumas US foram ampliadas posteriormente mas sempre a partir duma estrutura não desenhada para esta função (Chissingui, 2012: 23-24).

Segundo Chissingui, (2012) somente a partir da década dos 90 é que começam a ser construídas de raiz unidades sanitárias especificamente desenhadas. Nos últimos 15 anos, foram edificadas metade das US públicas existentes, no período 1991-2006, enquanto apenas 4 foram-no nos primeiros 15 anos após a Independência. Uma avaliação das características das US das que não existe informação revelou que aproximadamente 45% foram erguidas no tempo colonial e 55% a partir da década 90.

O município do Lubango dispõe de importantes infra-estruturas hospitalares de referência, não só regional como nacional. Entre estas contam-se o Hospital Central, considerado um dos maiores de Angola. Construído parcialmente durante a época colonial, em 2003 retomou-se a construção e reabilitação. O Hospital Central do Lubango alberga serviços de atendimento, uma área de raios-x, serviços de triagem, salas de médicos, banco de urgências e uma área de pequena cirurgia com duas salas de observação acopladas. Também neste edifício funcionam agora os consultórios de medicina (geral, nefrologia e dermatologia) e dois consultórios de cirurgia: um vocacionado para a especialidade de ortotraumatologia e o outro para a otorrinolaringologia, oftalmologia, maxilo-facial e urologia (GPH, 2009).

Figura 1.4 – Hospital Central do Lubango



Fonte: Chaves, (2012)

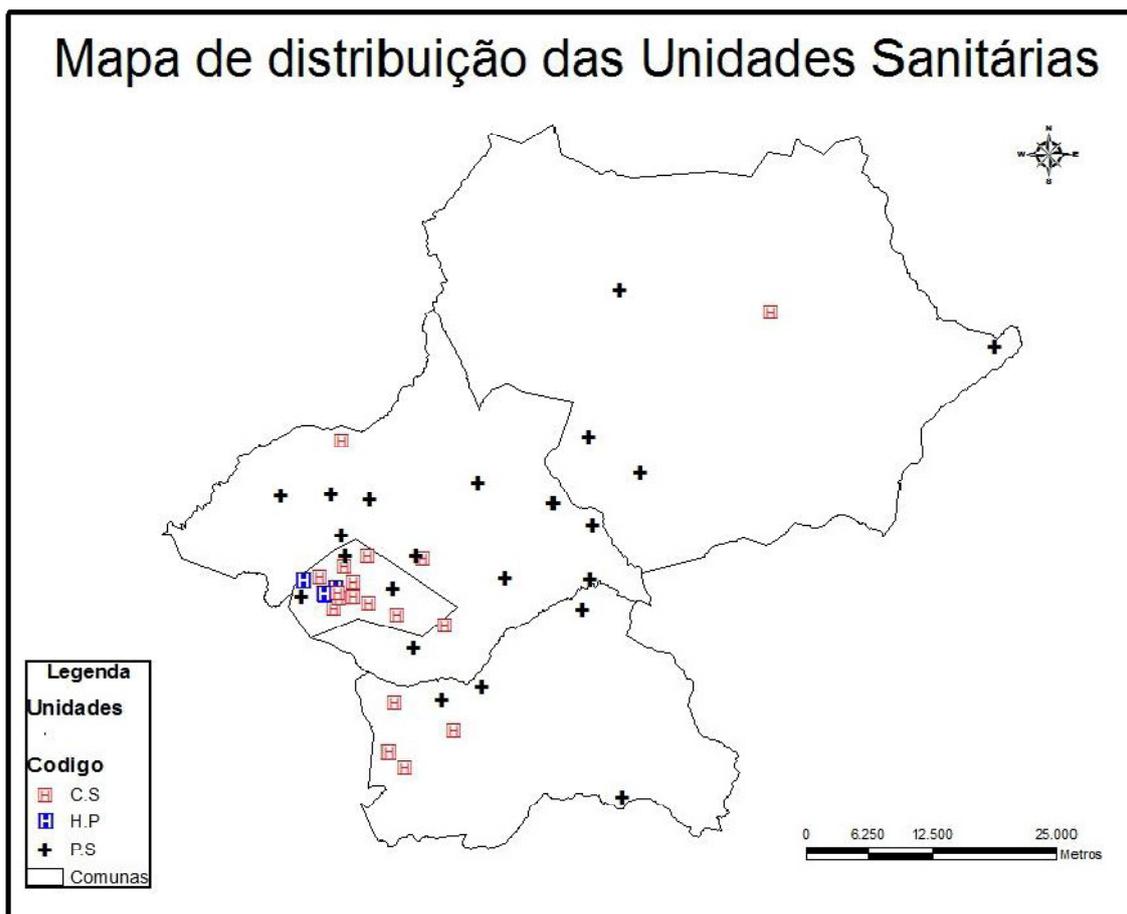
Segundo dados do Governo provincial da Huíla (2012), o bloco onde funciona a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermediários, com 48 camas, foi também inaugurado em Agosto de 2011 depois de uma longa espera de trinta anos, já que a sua construção nunca chegou a ser concluída. Neste edifício funciona também a sala de reanimação que foi apetrechada com equipamentos de ponta, como monitores conectados com o sistema de gases e sistema de electrocardiograma e de controlo aerodinâmico do doente.

A rede de saúde do município conta ainda com o Hospital Militar Regional, quinze centros de saúde, vinte e nove postos de saúde, uma clínica de estomatologia, um depósito de medicamentos e equipamentos e farmácias. Novecentos e trinta são o número de camas existentes nas unidades de saúde do Lubango (MINSa, 2010).

Foi construído em 2005, na cidade do Lubango, o Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária do HIV/SIDA (CATV-HIV/SIDA), com previsão de alargamento a todos os restantes municípios (MINSa, 2010).

O Mapa abaixo mostra a distribuição das Unidades Sanitárias do Município do Lubango.

Figura 1.5- Unidades Sanitárias do Município



Fonte: Chissingui, (2012)

A rede sanitária mostra-se muito irregular, embora existam postos de saúde em todas as comunas, os centros de saúde e os hospitais ainda estão muito longe do desejável. Em todo município do Lubango, existem apenas hospitais, na cidade capital, cada comuna dispõe de pelo menos um centro de saúde situado na sede municipal. Por comunas, 40% das US estão no Lubango, 31% na Arimba, 18% na Huíla e 11% no Hoque. As comunas da Arimba e do Hoque os postos de saúde representam 78,6% e 80% da rede sanitária respetivamente, na comuna da Huíla os postos de saúde representam 50% e no Lubango representam apenas 16% da rede sanitária.

O sector da educação municipal controla 162 escolas do ensino público e 24 do ensino privado do 1º e 2º ciclo. Também no ensino universitário, o Lubango é dono de uma grande e intensa tradição. O centro universitário actual é um dos maiores de Angola, congregando institutos privados e a Universidade Pública

MandumeYandemufai²³, tal como o Instituto Superior de Ciências da Educação ISCED-HLA (GPH, 2012).

Segundo o GPH (2012), a agricultura é a principal actividade desenvolvida no município. O massango e a massambala são os cereais mais cultivados no município. Junta-se-lhes, em menor quantidade, o milho, as frutícolas (maçã, pêra, morango, etc.) e hortícolas (repolho, couve, tomate, pimento, etc.) As terras pouco férteis da zona planáltica onde o Lubango se insere, faz com que raramente as populações criem excedentes em quantidade suficiente para venda, não obstante as quedas fluviométricas serem acima da média. Embora a pecuária seja uma área essencial da economia das populações do município, as características do gado criado no Lubango tornam difícil o aproveitamento industrial e comercial da actividade. No município existem dois matadouros industriais. Apenas um está em funcionamento.

A cidade e o município do Lubango são cruzados por várias vias, das quais se destaca a estrada internacional que liga Angola à Namíbia. A estrada Lubango – Namibe, também a ligação Menongue e Benguela. No ramo ferroviário a cidade ocupa lugar de destaque ao ser sede do Caminho de Ferro de Moçâmedes ligando o porto do Namibe ao interior de Angola (Kuando-Kubango). Lubango tem, ainda, um aeroporto internacional que liga Angola à Namíbia.

Dados do GPH (2009), referem que o desenvolvimento do município passa essencialmente pela indústria transformadora, ligeira e pesada. O parque industrial do Lubango conta com cerca de 53 indústrias espalhadas por bairros e pelas duas zonas industriais do município, que operam em áreas tão diversas como a alimentar, os mármore, as tintas, os cimentos, o calçado, a recauchutagem e as confecções. Entre 1999 e 2005 fixaram-se no município algumas indústrias de referência, não só na província como no país. É o caso da Coca-Cola Bottling Sul Angola ou a N'gola – Empresa de Cervejas. Na indústria pesada destacam-se a “*Emanha*” – empresa de transformação de granito, com a capacidade para produção de 35 m² de ladrilho por hora.

²³ Em 2009, a Universidade Pública constituída no Lubango, a partir de faculdades anteriormente pertencentes à Universidade Agostinho Neto, recebeu o nome “Universidade MandumeYaNdemufayo” (1894 – Sul de Angola, 6 de Fevereiro de 1917) foi o último rei dos kwanyama. Mandume opôs aos portugueses uma resistência tenaz, enfrentando ao mesmo tempo o avanço dos ocupantes alemães que vinham do Sul. Face à superioridade militar dos europeus, acabou vencido, preferindo suicidar-se ao ter que se render.

Apresentada a descrição do meio urbano (Lubango), passamos, no ponto seguinte, a caracterização do meio rural (municípios da Humpata e Matala).

1.3.2 Características sociodemográficas dos municípios da Humpata e Matala

Considera-se população rural urbana a que reside nos centros rurais que correspondem às sedes dos municípios e às sedes das comunas e que têm como rendimento actividades de índole comercial, agrícola e serviços (funcionários de organizações não governamentais e funcionários públicos) (GPH, 2009).

A fuga da guerra por parte das populações rurais aumentou a pressão demográfica nas sedes municipais sob administração do governo, provocando situações de ruptura. Estas populações que afluem às sedes municipais têm como principal fonte de rendimento o comércio informal, o MINARS e as doações das organizações não-governamentais²⁴.

Segundo o GPH (2009), as áreas agrícolas adjacentes às sedes municipais estão totalmente tomadas, existindo mesmo falta de terras para cultivo. As práticas agrícolas, falta de inputs (alfaias e sementes), a falta de água, etc., têm provocado o empobrecimento das populações. A produção agrícola, que era no passado uma fatia importante do rendimento do segmento da população rural urbana, está a tornar-se cada vez menor, fruto da pressão demográfica e dos problemas que esta arrastou (aumento de furtos nas hortas, menor disponibilidade de terra, etc.). O rendimento deste segmento depende em muito do rendimento dos segmentos rurais que lhes estão adjacentes, sendo estes fortemente influenciados pelas condições climáticas e de solos.

Os municípios da Humpata e Matala têm ainda algumas condições particulares que interessa realçar. A actividade agrícola geradora de excedentes não se perdeu totalmente. Existem ainda requisitos de alguma agricultura estruturada, a situação geoestratégica em termos dos principais corredores de transportes e o acesso às vias de comunicação possibilitaram algum nível de conservação das estruturas produtivas pelo

²⁴ As ONGs angolanas e internacionais foram bastante activas e representaram um elemento importante para o país. Nota-se que as primeiras ONGs apareceram por volta dos anos 80 nomeadamente para ajudar a população neste período de transição política da descolonização. Assim em 1988, formou-se a CONGA (Comité das Organizações não-governamentais em Angola), com o objectivo de coordenar as actividades de todas as ONGs estrangeiras presentes no país, funcionando como mediador com o governo angolano. Também a FONDA, criada em 1991. Disponível na <http://langues.univ-lyonz.fr/sites/langues/IMG/pdf> [consulta em: 22/5/2012].

que o rendimento nestas vilas é maior do que nas restantes. A pequena capacidade produtiva ainda existente na envolvente destas sedes municipais não é alheia ao facto de, em qualquer destes municípios, existirem restos do que foram regadios importantes no tempo colonial, a par da capacidade de retenção de animais domésticos e bovinos por parte da população rural (GPH, 2009).

a) Município da Matala, um local de concentração dos deslocados na província

O Município da Matala dista 172 km da cidade do Lubango, a Leste desta, com uma extensão territorial de 9.065 Km², fazendo fronteira a norte com o Município de Chicomba, a leste com o Município da Jamba, a sul com os Municípios de Ombadja e Kuvelai (Província do Cunene) e a oeste com os Municípios dos Gambos e Quipungo, com uma população estimada em 222.880 habitantes.

O clima, o solo fértil e os recursos hídricos fazem da Matala um dos maiores fornecedores de produtos agro-pecuários da província. Em termos de potencialidade agrícola, o município da Matala integra uma das cinco (5) zonas da província da Huíla, ou seja, a zona Matala, Quipungo, e a parte noroeste da Jamba e Chibia, com 700 a 900 mm/ano de chuva. É uma zona de actividade mista: agrícola, agro pastoril e pastoril, sendo que a agricultura é feita com base em variedades de cultivo como cereais diversos, trigo de regadio, hortaliças, etc.

A Matala tem um mercado informal bastante intenso e activo em termos de trocas comerciais directamente com a Namíbia, com o Lubango, com o Kuando-Kubango e com o Huambo. Uma das evidências da transacção comercial em referência é a grande quantidade e movimentação de centenas de carroças de tracção animal com burros (ADRA, 2010: 88-95).

A Matala foi um dos maiores centros de concentração de deslocados no tempo da guerra. Esta massiva presença humana provocou uma forte pressão sobre os recursos naturais e isso é visível a olho nu, em volta da vila da Matala, com aspecto de savana com raros arbustos, tão pouco árvores. A procura da lenha, do carvão, as habitações e as lavras foi e é um dos principais factores deste desgaste do manto vegetal. Ainda hoje, o carvão e a lenha são escassos e caros, porque vêm de longe, isto é, da comuna de Micosse²⁵. A lenha e o carvão entram na Matala em camionetas, muitas carroças ou

²⁵ A comuna do Micosse dista 25 quilómetros, leste do município da Matala, com uma população estimada mais de três mil habitantes, maioritariamente camponeses.

transportados à cabeça, sobretudo a lenha, por mulheres que andam horas e horas ao encontro do mercado, onde retalham a lenha e a vendem (ADRA, 2010).

A Matala é habitada por povos do grupo étnico linguístico Ovimbundu e Nhemba a Norte e Nordeste; os Tchokwe, na margem direita e esquerda, ao longo do rio Cunene; e os Humbi na parte central do município, em direcção a sul, na comuna Mulondo. A vila da Matala é, tipicamente, uma mistura de vários grupos étnico – linguísticos. Neste ponto de vista étnico, a Matala é uma verdadeira vila, uma vila “mestiça”.

A Matala é um município da categoria A, de acordo com o Decreto-Lei 02/07²⁶; tem cinco (5) comunas: Sede, Capelongo, Mulondo, Micosse e Sequendiva. No município, existem várias igrejas: a Igreja Católica, a Igreja Evangélica Sinodal de Angola (IESA), a Igreja Evangélica Congregacional de Angola (IECA), e a Igreja Adventista do 7º Dia. A CARE internacional é uma ONG que apoia a administração municipal e as OSC ao nível local, nas questões de descentralização e desconcentração administrativa. Neste sentido, no município já existe o Conselho Alargado de Concertação Social (CACS). O CACS é apresentado no Decreto – Lei 2/07 como um corpo que pretende dar apoio consultivo ao administrador do município. O CACS é apresentado ao longo das funções de apoio “técnico” e “instrumental” ao executivo, dando-lhe uma pequena autonomia preciosa. Serve para apoiar a administração e ajudá-la na tomada de acções em assuntos de carácter político, económico e social. O administrador presidirá o conselho, convocará as reuniões e estabelecerá a agenda²⁷. No passado, já actuou na Matala a ADRA, com um projecto de saúde – construção de infra-estruturas e equipamento, em

²⁶A lei que aprofunda o processo de desconcentração. Esta lei a) define melhor as atribuições e competências de cada um dos níveis da governação local, b) considera pela primeira vez as Administrações Municipais como unidades orçamentais e, c) institucionaliza os Conselhos de Auscultação e Concertação Social (CACS) como órgão de apoio consultivo dos Governos Provinciais, Administrações Municipais e Comunais. Por outro lado, o Governo aprovou, em Agosto de 2007, o Programa de Melhoria da Gestão Municipal (PMGM) com o objectivo de estabelecer Unidades Orçamentais em 68 municípios como experiência piloto. Preconiza-se passar esta experiência aos outros municípios, na fase seguinte.

²⁷ O CACS deve ser ouvido em três momentos fulcrais da governação local: o desenho do plano de desenvolvimento municipal, no plano de actividades e no relatório sobre a execução das actividades da administração. Isto dá origem a novos níveis da chamada prestação de contas. De acordo com a lei os conselhos devem ser composto por: administrador municipal, o assistente do administrador municipal, todos os administradores de comuna naquele município, os chefes de repartição (da agricultura, da saúde, da educação, etc.), autoridades tradicionais, sector de negócios público ou privado, associações de camponeses, Igrejas registadas, ONGs, outros convidados.

parceria com o Ministério da Saúde e com o Banco Mundial, bem como a Associação Leonardo Secufinde Shalon Angola (ALSSA) a DRA e a GTZ²⁸. Existe uma organização local denominada “Grupo de Direitos Humanos”, ligada à Igreja Católica, através da Comissão Diocesana da Justiça e Paz.

No passado, por causa do conflito armado, a Matala²⁹ albergou as administrações municipais da Chicomba e foi a capital provisória (Castanheira de Pêra³⁰) da província do Cunene, quando esteve ocupada pelo exército da África do Sul.

No sector da saúde o município possui dois hospitais (sendo um na sede e outro na comuna de Capelongo), um centro de saúde na sede municipal, uma nave (infra-estrutura sanitária para consultas externas e internamento) pediátrica e dezasseis postos de saúde (MINSÁ, 2012).

Segundo o GPH (2012), a rede de saúde da Matala está em requalificação desde 2001, altura em que foi reabilitado o hospital de Capelongo³¹, na comuna homónima. Esta estrutura, que data já do tempo colonial, está equipada com trinta camas distribuídas por três enfermarias, banco de urgência, bloco operatório destinado a urgências de obstetrícia, apendicites e hérnias estranguladas, uma farmácia, três consultórios, sala pré-natal e casa mortuária. Neste hospital, onde se atende uma média de 45 pacientes por dia (entre bloco de urgência e consultas externas) trabalham cinquenta e três enfermeiros, um farmacêutico e dois técnicos de análises.

O hospital de Capelongo insere-se numa rede hospitalar que conta com o Centro Municipal de Saúde, na sede, e mais doze postos de saúde espalhados pelo município. Ao todo, a Matala dispõe de cento e duas camas, cento e nove enfermeiros e vinte e um técnicos de diagnóstico e terapêutica (GPH, 2012).

²⁸Uma agência de apoio bilateral do governo da Alemanha.

²⁹A Matala nunca foi ocupada pela guerrilha, tendo inclusive servido de posto avançado do comando da Região sul das Forças Armadas Angolanas. Ai estava colocado do COP – Huíla, o comando operacional, tendo uma base logística própria com estruturas, transportes, pessoal e linha de orientação; Possui um dos melhores aeródromos no interior da região (Namibe, Huíla, Cunene e Kuando Kubango – aqui perdendo apenas para Mavinga, Cuito Cuanavale e Jamba.

³⁰Localidade que dista 10 quilómetros da Matala.

³¹A comuna de Capelongo, no município da Matala, ocupa uma superfície territorial de 2.545 quilómetros quadrados e conta com 58 mil habitantes. Disponível na <http://jornaldeangola.sapo.ao/14/16/habitantes> [consulta em: 11/03/2013].

b) Município da Humpata e suas potencialidades hídricas

O município da Humpata tem uma área de 1261,2 km², 92.956 habitantes e, para além da sede, existem quatro povoações importantes: Palanca, Caholo, Batabata e Neves. O município confina a norte e leste com o município do Lubango, a oeste com a província do Namibe e a sul com a Chibia.

A pecuária é o sector estratégico de desenvolvimento da Humpata, a par com a agricultura. Os dados recentes indicam um efectivo animal de cerca de 67.750 cabeças; predominando o gado bovino, suínos, caprinos e aves. Cerca de 95% do efectivo animal do município é propriedade dos criadores tradicionais. Neste município existe também uma unidade de experimentação e investigação no sector da pecuária e veterinária, a Estação Zootécnica da Humpata (GPH, 2009).

Segundo dados do GPH (2009), o sector da saúde é assegurado por um centro municipal de saúde da Humpata que foi inaugurado em 1996 e reabilitado pelo Governo Provincial em 2004. Banco de urgências, três enfermarias com um total de trinta e duas camas, uma maternidade com cinco camas, um laboratório e dois consultórios são algumas das valências desta unidade hospitalar. Semanalmente o centro recebe a visita de um médico de clínica geral.

Também o Fundo de Apoio Social (FAS)³², interveio no sector da saúde do município, com a construção de um posto médico em *Mulenda*. Para além desta unidade de saúde, a rede hospitalar da Humpata conta ainda com outro centro, doze postos de saúde espalhados pelo município e um centro materno-infantil na Missão Católica do Tchivinguiro. O quadro de pessoal clínico da Humpata é constituído por nove paramédicos, sessenta e três enfermeiros e dezasseis técnicos de diagnóstico e terapêutica (GPH, 2009).

Segundo dados do GPH (2009), cerca de 85% da sede municipal está coberta pelo sistema público de energia que beneficia directamente 110 habitações. A Humpata é servida pela energia da barragem hidroeléctrica da Matala. Em relação ao abastecimento de água, a Humpata é dos municípios da província da Huíla com mais potencialidades hídricas. A prova está nos riachos que correm abundantemente ao longo de pequenas

³² FAS é uma Instituição Governamental autónoma, criada aos 28 de Outubro de 1994, através do Decreto 44/94 e está sob a tutela do Ministério do Planeamento. O seu mandato é complementar as actividades do Governo de Angola em prol do desenvolvimento sustentável e no combate à pobreza através da construção e reconstrução de infra-estruturas sociais e económicas, usando uma abordagem dirigida pela comunidade.

valas, um pouco por toda a sede. A vila é abastecida por uma nascente de água. Todas as casas de construção definitiva têm ligações à rede pública de abastecimento.

Após a descrição sociodemográfica e geográfica dos municípios alvo de estudo e tratando-se de um estudo sobre as consequências psicológicas da violência política na província da Huíla, não poderíamos deixar de abordar as consequências deste conflito no modo de vida da população.

1.4 Consequências da guerra em populações deslocadas na província da Huíla

Muitos Angolanos sucumbiram de causas relacionadas com o conflito, com cerca de quatro milhões de pessoas deslocadas. O desenvolvimento rápido e desordenado de grandes bairros de lata, em e à volta, de centros urbanos durante a guerra, fez grande pressão sobre os serviços básicos e de habitacionais. A alta taxa de desemprego urbano, particularmente de mulheres e jovens, continua a ser uma grande preocupação. Vários constrangimentos de logística/infra-estrutura como estradas e pontes destruídas, caminhos-de-ferro que ainda não funcionam de forma eficaz, minas terrestres e artilharia por explodir, continuam a impedir o movimento de pessoas e bens. A emergência prolongada reduziu bastante a capacidade do Governo e a limitação de participação da sociedade civil. Melhorias do sistema judicial estão em curso, mas as redes ainda são fracas para fazer frente às necessidades da população (PNUD, 2010: 16).

Nesta secção apresentamos um conjunto de elementos que mostram as consequências da guerra em populações de Angola no geral e da província da Huíla em particular, isto é, o estado humanitário das populações que vivenciaram directa ou indirectamente o período de guerra no sul de Angola e que se tornaram na condição de deslocadas das suas áreas de origem, o panorama da saúde, estratégias do Governo de combate à pobreza e o quadro sombrio persistente em que estão mergulhadas as populações. Recorremos a dados obtidos por entrevistas para ilustrar estas consequências.

1.4.1 Dados que ilustram o estado humanitário

O conflito armado angolano foi dado como terminado em 2002, porém, actualmente, “a vida em Angola é ainda uma luta, com a maioria dos agregados familiares vivendo abaixo da linha de pobreza” (PNUD-Angola, 2006: 18).

Os indicadores sociais para Angola encontram-se entre os piores do mundo. Encontra-se em 161º do Índice do Desenvolvimento do Milénio (ODMs, 2005) e indica que o nível de realização dos ODMs é baixo, excepto na educação primária universal.

a) Grupos sociais mais vulneráveis à fome, à pobreza e à exclusão social

Os idosos com recursos económicos insuficientes, solidão e desintegração social, camponeses com pouca rentabilidade³³ ou quase nula da sua actividade tradicional³⁴, assalariados com fracas qualificações e baixas remunerações, desempregados com dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, por falta de qualificações e privados de qualquer fonte de rendimento, deslocados e retornados, com condições de vida precária e por isso sujeitos a exclusão social e pobreza, exploração e trabalho precário, deficientes, mutilados, etc. (MINARS, 2010).

Figura 1.6- Populações deslocadas no Sul de Angola



Fonte: MINARS-Huíla (2010)

Essas populações estavam completamente dependentes do apoio familiar e social por isso com dificuldades de integração social, sem abrigo e meninos de rua,

³³ O salário mínimo em Angola (2014) passou a estar fixado entre os 112 e os 168 Euros, consoante o sector de actividade. Para os sectores dos transportes, dos serviços e das indústrias transformadoras 18.754,00 Kwanzas (140) euros e para o sector da agricultura 15.003,00 Kwanzas equivalente a 112 euros.

³⁴ Um conjunto de factores agro-ecológicos e estruturais, tais como a situação climática, a aptidão dos solos para a produção agrícola, o mau estado das vias de acesso as lavras, a não reactivação do comércio rural, entre outros.

toxicodependentes ou em processos de reabilitação, alcoolismo, prostituição, ruptura familiar, sem trabalho ou escola, jovens ex-toxicodependentes em risco, detidos, ex-reclusos, sem família, escola e trabalho, trabalhadores do mercado informal, por isso mais propensos a pobreza e exclusão social, mulheres sujeitas a discriminação a vários níveis, prostituição, assédios de toda a espécie e formação de famílias monoparentais, jovens à procura do primeiro emprego, principalmente e com menos formação e qualificações profissionais, doentes crónicos com debilidades físicas e impossibilitados de exercerem qualquer tipo de actividade laboral. Em Angola, menos de 10% da população detém quase toda a renda nacional (PNUD, 2010: 17).

Está calculado que cerca de 85% das populações rurais de Angola vivem da agricultura de subsistência, sem nenhuma rede de protecção. As condições continuam a ser particularmente difíceis e vários factores impedem a recuperação e o desenvolvimento das áreas rurais, apesar do progresso com a abertura de áreas para reassentamento e agricultura, depois da guerra, estes reassentamentos foram impostos e em alguns casos, os recentes camponeses deslocados ficam estabelecidos em terras que pertencem às comunidades pastoris (FAO, 2007).

b) Qual foi a política do governo sobre os deslocados de guerra?

O Diário da República de 5 de Janeiro de 2001 apresenta um conjunto de Princípios Orientadores para os deslocados que, até certo ponto, limitam este estabelecimento e deslocação das populações.

Apresentam-se a seguir, de uma forma resumida, as competências dos Governos Provinciais para o reassentamento das populações deslocadas:

- Programar, organizar e assegurar a realização de todo o processo de reinstalação e regresso dos deslocados; acolher os novos deslocados e retornados e encaminhá-los para centros de acolhimento;
- Identificar os deslocados que manifestem o desejo de ser reinstalados ou regressar às suas zonas de origem, dando particular atenção aos mais vulneráveis (viúvas, crianças, idosos, deficientes) que podem necessitar de assistência especializada;
- Identificar os locais de reinstalação ou regresso;
- Acompanhar o processo de reinstalação ou regresso assegurando a aplicação das normas sobre reassentamento das populações deslocadas;

- Verificar a voluntariedade da reinstalação ou regresso, tendo em consideração a presença da Administração do Estado;
- Assegurar os meios de transporte adequados para assistir as populações envolvidas no regresso aos pontos de origem;
- Tomar as medidas adequadas para assegurar a reunificação familiar, a segurança e dignidade das populações durante o processo de mudança para os locais de reintegração ou regresso;
- Exercer as demais competências que lhe forem determinadas superiormente por lei.

Ao contrário do que se pensava, a paz não trouxe uma diminuição dos fluxos demigração das populações rurais para as já sobrelotadas áreas urbanas e semiurbanas, facto que se justifica com a busca de segurança, integridade física, e de melhores condições de vida por parte destas populações. Contudo, o rápido aumento da população nas zonas urbanas não foi acompanhado por um movimento similar no sentido de promover uma melhoria da qualidade de vida ou de facilitar o acesso aos serviços de saúde e de educação. Por esta razão, as populações que se mudam para as cidades e vilas, deparam-se com condições de pobreza extrema e com imensos entraves resultantes da falta de funcionamento dos serviços governamentais e das infra-estruturas administrativas, agravado pelas inúmeras dificuldades em garantir os meios de subsistência, uma vez que não têm acesso a terra para cultivar, tornando-se dependentes do MINARS, igrejas e assistência de organizações humanitárias.

c) Conflitos de terra, água e acesso a mercados entre deslocados e populações autôtenes

O Artigo 3º do Decreto nº 1/01 de 5 de Janeiro - Identificação das terras estipula o seguinte: (i) a qualidade e quantidade de terra cultivável a conceder gratuitamente às populações reinstaladas ou regressadas, devendo, sempre que possível, ser atribuído ½ hectare de terra cultivável a cada família a reinstalar; (ii) o envolvimento da comunidade na identificação e distribuição das terras; (iii) o acesso seguro ao mercado mais próximo; (iv) a existência de espaço suficiente para a construção de abrigos.

Um dos nossos entrevistados no município da Matala³⁵, Sapalo, dá um exemplo contrário do que realmente aconteceu e ainda prevalece, segundo ele, que «as terras têm dono».

“Quando chegámos ao município da Matala começaram os conflitos por causa da terra, isto é, davam-nos um pedaço de terra para trabalhar. Trabalhávamos um ano e no ano seguinte tínhamos que abandonar a terra porque apareciam os “donos” dos terrenos. Cobravam-nos para ocupar outro local, tipo aluguer, mas como não tínhamos dinheiro ficávamos só assim... à espera das organizações não-governamentais para podermos alimentar a família”.

Acreditamos que o conflito tem a ver com a ocupação de terras por agentes externos e pela incompatibilidade de sistemas de utilização da terra, isto é, no tempo do conflito armado, em que as populações dos lugares mais distantes se foram concentrando na cidade e noutras famílias que se mantinham nos arredores da mesma, onde já viviam. Portanto, para além da população dita local ou autóctone, havia os deslocados que chegavam aos milhares, alterando o sistema de acesso, uso e usufruto da terra, com as consequências de modificações fundiárias, no que diz respeito ao acesso à terra e não só.

Naquela fase, na vila da Matala e cercanias, as formas de acesso à terra eram a cedência por amizade ou outro tipo de relacionamento, a compra de parcelas ao dono da terra, a obtenção de terras a troco de força de trabalho na lavra de quem cede a parcela e o acesso à terra por via dos terrenos que a administração municipal distribuía. Estes terrenos, ou eram os que os sobas identificavam a pedido da administração municipal, ou, então, eram terrenos de antigas fazendas para os mesmos fins de distribuição aos deslocados.

Depois do fim do conflito armado, muitas populações regressarem às suas terras, algumas moveram-se, ainda, para outros lugares e há as que ficaram até hoje. Alguns respondentes disseram que, na vila da Matala e cercanias, tem havido casos de conflitos daquelas pessoas que tinham recebido terras por oferta, e agora, as querem vender. Isso tem gerado problemas em que os donos ditos “originais” reclamam que a terra oferecida não se deve vender.

³⁵ Data da entrevista 13/6/2012.

O desespero pela perda de terras devido à instabilidade militar e ao constante movimento migratório das populações de uma área para outra, também nos é descrito pelo entrevistado³⁶ João que vive, desde 2001, no município da Matala:

“Durante o abandono da minha área, senti-me muito mal, muito infeliz, todos os dias tinha muitas dores de cabeça e permanecia a maior parte do tempo deitado porque, de princípio, abandonei a minha lavra, abandonei os meus haveres, sempre fui uma pessoa habituada a cultivar (a trabalhar a terra), fiquei sem lavra, sem nada...”.

O depoimento deste entrevistado vai de encontro aos resultados obtidos por questionário que indicam que, desde que se instalou a paz em Angola, ainda se encontram sequelas psicológicas da mesma, principalmente nas populações que sofreram directamente a violência armada.

Outro problema que nos pareceu ter surgido foi o da aquisição de água e combustível para a sobrevivência, já que estes deslocados estavam confinados a locais com poucos recursos hídricos e combustíveis fósseis. Um exemplo disso também é-nos descrito durante a entrevista³⁷ por Madalena:

“Aqui somos obrigados a comprar lenha, o que não acontecia na minha terra, pedíamos água nos donos das cacimbas e eles negavam, tínhamos que pagar e eles não percebiam que não tínhamos dinheiro, então tínhamos que nos deslocar 5 ou 10 quilómetros para acarretar água”.

A falta de acesso a mercados devido ao estado degradado da rede de estradas, a insuficiência de serviços agrícolas, e o baixo nível de investimentos públicos e privados no sector de energia e águas, contribuíram para a pobreza rural. Esta situação tem como consequência os baixos níveis de produção para pequenos proprietários de onde resulta uma baixa produtividade e uma alta vulnerabilidade a catástrofes climáticas. Não obstante, o uso de recursos naturais renováveis (água, floresta, biodiversidade) é uma estratégia chave para a sobrevivência em zonas rurais. Assegurar a gestão sustentável destes recursos é fundamental para a erradicação da pobreza rural.

³⁶ Data da entrevista: 13 de Junho de 2012.

³⁷ Entrevista realizada no município da Matala em 13/6/2012.

Estes depoimentos ilustram, quão difícil foi e continua a ser³⁸, a vida dos deslocados nos Centros de Acolhimento sem condições adequadas à sua sobrevivência e de uma forma ou outra um quadro conducente a problemas de saúde e a perturbações do foro mental.

1.4.2 Panorama da saúde todavia é débil

Em relação ao sector da saúde, este é, sobretudo, caracterizado pela deficiência das infra-estruturas, que se encontram completamente degradadas. A falta de médicos, enfermeiros e técnicos de saúde (como analistas, radiologistas, terapeutas, psicólogos, fisioterapeutas) completa um quadro de saúde muito débil e no qual os Angolanos não depositam confiança. Em Angola, a malária é de longe a primeira causa da mortalidade e morbidez nas crianças e nas mulheres (MINPLAN, 2010: 84), representando 35% da procura de cuidados terapêuticos, 20% de internamentos hospitalares, 40% de mortes perinatais e 25% de mortalidade materna (COSEP/ICT, 2011: 2). Porém, outras doenças como a febre tifóide, a tuberculose, a cólera e mais recentemente a SIDA, também apresentam elevadas taxas de infecção (MINPLAN, 2010: 84).

Em relação à saúde mental, o quadro é mais problemático e estes aspectos são referenciados pelo Ministro da Saúde do Governo de Angola José Van-Dúnem em 2011 no V Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa:

“...sabemos todos que o elevado fardo das doenças mentais afecta também as famílias, comunidades, assim como as instituições de saúde e o Estado” (O País, 2011).

Este assunto será aprofundado no capítulo 3 onde abordaremos em pormenor o estado da saúde em Angola e, em particular, da saúde mental na província da Huíla.

1.4.3 Estratégias de combate à pobreza

Em 2004, dois anos após o término da guerra civil, o governo angolano elaborou a sua Estratégia de Combate à Pobreza (ECP), cujo objectivo principal é o de estabelecer compromissos, tendo em vista a redução acelerada e sustentada da pobreza até 2015. Este plano identifica os seguintes factores como causas da pobreza em Angola: o conflito armado, a pressão demográfica, a destruição e degradação das infra-estruturas

³⁸ Muitos deslocados continuam a residir nas zonas de reassentamento. É o caso dos deslocados da fazenda Tomba no município da Matala. Esta área transformou-se num mercado informal onde se vende lenha, carvão vegetal, hortofrutícolas, peixe do rio Cunene.

económicas e sociais, o funcionamento débil dos serviços de educação, saúde e protecção social, a quebra muito acentuada da oferta interna de produtos fundamentais, a debilidade do quadro institucional, a desqualificação e desvalorização do capital humano e a ineficácia das políticas macroeconómicas (MINPLAN, 2005: 32-33).

Em 2009, o governo angolano aprovou um novo plano intermédio, a ser concretizado entre 2009-2013, salientando pontos-chave de intervenção: redução da pobreza, governação democrática, prevenção de crises e recuperação e desenvolvimento sustentável (MINPLAN e PNUD-Angola cit. por Oliveira, 2012: 29-40).

Embora desde a guerra, o país esteja a experimentar um acentuado desenvolvimento económico, a Estratégia de Redução da Pobreza (PRS) mostra que 68% dos angolanos vivem abaixo do nível de pobreza, 28% deles em pobreza extrema. Os efeitos da guerra, incluindo deslocamentos, interrupção das actividades de mercado a instabilidade macroeconómica destruíram a capacidade de investimento dos pobres e operários no seu próprio futuro.

Este quadro é ilustrado pela entrevistada Madalena no município da Matala:

“Fugimos a pé, deixámos todas as coisas e quando chegámos a 7 km da Matala, num local chamado *Chinhanha*, foi o Governo e o PAM, que nos acolheram. Todos os dias pensava nos familiares e bens que tinha deixado para trás. Hoje vendo na praça³⁹ carvão e lenha para poder tirar algum dinheiro no fim do dia para os meus filhos comerem porque não dá para eles estudarem nem para os levar ao médico. Fica assim, é sofrimento...”

O desemprego nas áreas urbanas está quase a 50%, Oliveira (2012: 29-40). Acesso a serviços sociais básicos é muitas vezes impossível devido à distribuição desigual e limitada dos serviços no país. Comparada com outros países da Comunidade da África Austral para o Desenvolvimento, Angola continua a gastar uma percentagem baixa das suas despesas nacionais na educação e na saúde, mas os investimentos têm vindo a aumentar desde 2002.

Um dos resultados da nossa investigação dá uma explicação para o sucedido: é que as dificuldades económico-sociais vividas pelas pessoas aumentaram em tempo de paz, com a agravante entre o fosso existente entre ricos e pobres e um aumento da ansiedade na zona rural, onde as dificuldades económico-sociais são maiores.

³⁹ Praça: Mercado informal geralmente localizado nas zonas periurbanas das cidades e vilas de Angola.

a) Minas impossibilitaram o regresso das populações as áreas de origem

As estatísticas da guerra também não são nada alentadoras: de 500.000 a 1000.000 de pessoas mortas (150.000 pelas minas); 4.000.000 de armas não recolhidas; 10.000.000 de minas explosivas terrestres (estimativas da ONU de 2006) e centenas de milhares de vítimas. Angola possui a maior taxa *per capita* de amputações do mundo (Filho, 2012: 26).

O cessar-fogo definitivo trouxe, finalmente, a paz ao povo angolano mas não devolveu a segurança pois deixou um “inimigo silencioso” nos solos que continuariam a fazer vítimas, a começar pelas dezenas de milhares de deslocados que, com a paz, iriam regressar às suas casas, e por isso estariam mais expostos aos acidentes com minas. De facto, em 2001 cerca de 49% dos acidentes com minas ocorreram em viagem e 56% envolveram civis⁴⁰.

Nos primeiros dois meses de 2002, registaram-se cerca de 98 mil novos deslocados em Angola, com especial incidência nas províncias do Bié⁴¹, Huíla, Malange e Huambo, o que fez um total nacional de 4,2 milhões de deslocados⁴². Estes números eram particularmente alarmantes, dado que 75% dos acidentes com minas envolviam populações deslocadas, pois eram estas quem mais circulavam pelo país e por zonas desconhecidas⁴³.

Entrevistado João:

“O município de Chicomba (Huíla) foi ocupado várias vezes a partir de 1992 e o retorno de alguns dos meus conterrâneos só aconteceu depois de 2002, foi um município que ficou abandonado, nunca pisaram lá, com medo de accionar minas que se encontravam nas nossas lavras”.

No percurso do processo de pesquisa no campo verificámos que os deslocados no município da Matala provenientes dos municípios de Chicomba, Chipindo e Jamba eram controlados pelo Soba Sapalo. Esta comunidade era constituída por inúmeros deficientes por accionamento de minas:

⁴⁰ Landmine and Cluster Munition Monitor 2002

⁴¹ A província do Bié foi particularmente afectada por este fenómeno no início de 2002 devido às operações militares nas zonas a norte da província e ao longo da fronteira com o Huambo e Moxico.

⁴² UNOCHA 2002

⁴³ UNDP 2002: 10

“...controlo 5.700 populares entre crianças, jovens e mais velhos, provenientes de áreas que sofreram muito com o período de guerra e de entre estes têm 405 deficientes de guerra. Alguns accionaram minas no período entre 1990 e 2000, mas a grande maioria accionou em 2002 quando pretendiam regressar às lavras para cultivar”.

Angola tem uma das mais elevadas taxas de vítimas de minas no mundo. Como seria de esperar, o número de amputados é bastante alto: estimativas do Governo apontavam para 100 mil amputados em 1999⁴⁴.

Quase metade das vítimas de minas acabava por morrer devido à falta de meios de transporte e à distância dos cuidados de saúde, que tornavam o auxílio já demasiado tardio, e também devido à incorrecta prestação das medidas de primeiros socorros⁴⁵. Para os que sobreviviam, os poucos centros para acolher e reabilitar as populações fisicamente incapacitadas, estavam localizados, sobretudo, fora dos grandes meios urbanos, o que mostra desde já a desigualdade de acesso a cuidados de saúde entre as vítimas, como nos confirma o entrevistado⁴⁶ Kaita no município da Humpata:

“...como coordenador da ONG “ALSSA-Xalon” no centro de acolhimento de deslocados do Lubango e Humpata, verifiquei que os cuidados de saúde eram muito limitados e sendo a nossa ONG de carácter religioso, muitas vezes trabalhávamos com os deslocados doentes na base de “rezar”, pedir a Deus que os maus pensamentos e as dores dos mesmos desaparecessem”.

A Igreja Católica esteve grandemente envolvida no alívio à emergência causada pela guerra e pela deslocação de mais de um milhão de pessoas. O principal instrumento nesta fase foi a Caritas, organização humanitária da Igreja Católica. A ALSSA, uma filial da Caritas, esteve mais ligada aos deslocados dos municípios da Matala e Humpata e as principais actividades envolviam distribuição de alimentos, medicamentos, roupas e material agrícola⁴⁷. As igrejas têm uma extensa rede de trabalho mesmo nas mais remotas áreas do país, através da qual podem alcançar a maioria da população, tanto em

⁴⁴ Landmine and Cluster Munition Monitor 1999.

⁴⁵ Landmine and Cluster Munition Monitor 2002.

⁴⁶ Entrevista realizada no município da Humpata em 20 de Setembro de 2012.

⁴⁷ Entrevista realizada no município da Humpata ao ex-responsável da ONG ALSSA em 20/9/2012.

termos de prestação de assistência como em termos de compreensão das necessidades reais das pessoas e sobretudo do foro mental.

b) As grandes cidades com efeitos marcantes da guerra

Este quadro sombrio foi também marcado pelas consequências humanas muito graves, um grande movimento de deslocação das populações rumo aos principais centros urbanos e aos seus arredores; fuga aos confrontos entre partes beligerantes, a procura de um abrigo e segurança. Os jovens adolescentes com a idade de cumprir o serviço militar obrigatório tinham que ser alistados no exército. Tendo em conta algumas situações específicas, este estado de guerra foi mais directo em termo de confrontos no meio rural do que nas cidades. Além disso os efeitos e as consequências da destruição são patentes e tangíveis em todo o lado. Nas cidades, pelo contrário, assiste-se a um afluxo mais importante de populações consideradas como deslocadas. Esta presença maciça das populações caracteriza-se por uma implantação considerável nas áreas do litoral e a faixa costeira do país. Além disso se os efeitos e consequências da guerra estão patentes em todo o lado nas cidades pelo contrário, assiste-se a uma acumulação mais importantes de pessoas que nas aldeias (UNDP, 2002).

Estas chegadas suscitaram e suscitam⁴⁸ importantes preocupações no que diz respeito às condições e capacidades de acolhimento para os grupos e categorias sociais afectadas. Uma delas consiste em procurar vias e meios consistentes em proporcionar um emprego e criar postos de trabalho para estas populações, cuja maioria não tem qualificações necessárias para as exigências e requisitos requeridos. Além do mais, existe uma grande disparidade no que diz respeito à oferta e à procura no mercado de trabalho. A procura é alta e os critérios de recrutamento variados e muitas vezes selectivos. Este quadro nos foi relatado durante a entrevista⁴⁹ com Beatriz no mercado informal “João de Almeida” da cidade do Lubango:

“Quando estava no município de Chipindo eu estudava, trabalhava e tinha um salário mensal, mas quando ressurgiu a guerra em 1990 tive que abandonar tudo e aqui no Lubango não consegui estudar, não consegui emprego e hoje vendo cerveja e hortaliças

⁴⁸ Continua o processo de repatriamento de refugiados angolanos nas repúblicas vizinhas da Namíbia, Zâmbia e Congo Democrático.

⁴⁹ Entrevista realizada: 17/7/2012.

na praça do “João de Almeida” para poder sustentar os meus filhos e pagar os livros, que não são nada baratos”.

As pessoas aglomeram-se nos grandes centros urbanos, exercem funções mal pagas, a maioria em trabalho não regular no mercado informal. Quase toda a família trabalha, inclusive as crianças, frequentemente durante o dia inteiro, e alimenta-se mal, raramente ingerindo o suficiente para repor as energias gastas e vivem em habitações completamente degradadas sem água, sem electricidade e sem saneamento básico. Nesse círculo vicioso, cada vez mais famílias se aglomeram nas cidades passando fome por não conseguir meios para suprir sua subsistência.

Figura 1.7- Mercado Informal da Matala



Fonte: Chaves (2012)

A pobreza no país, associada à vulnerabilidade estrutural das famílias, é demonstrada pela necessidade dos pobres urbanos em recorrer ao mercado paralelo para a compra de medicamentos e bens de primeira necessidade. A pobreza é uma das dimensões talvez mais visível da exclusão social (Círculo Angolano Intelectual, Janeiro de 2013).

As discussões que aqui empreendemos não pretenderam ser conclusivas, pelo contrário consideramos que há mais questões a serem debatidas e que são objecto da nossa investigação, no capítulo seguinte, sobre as consequências psicológicas da violência política.

Conclusão do capítulo I

Durante a realização da investigação e para melhor percepção da realidade histórico-geográfica e socioeconómica da província da Huíla, procedeu-se à sua caracterização segundo alguns indicadores como o meio rural e urbano do Lubango como a delimitação geográfica da investigação e o desenvolvimento trágico da guerra e suas consequências em populações deslocadas na região.

Ao nível político, o contexto operacional representa um desafio igualmente difícil. Embora a paz tivesse regressado a Angola de uma forma muito definitiva, como é natural, o país encontrava-se ainda marcado por tensões políticas e sociais persistentes.

Para além disso, a política oficial de desenvolvimento seguida pelo governo depois da guerra, foi fortemente orientada para as zonas urbanas e para a maximização de rendimentos da indústria petrolífera. Embora esta estratégia tenha resultado em sinais muito evidentes de crescimento económico e prosperidade, especialmente nos grandes centros urbanos, tais sinais, geralmente, não se encontram nas áreas onde os deslocados se instalaram.

Uma vez que vivem em áreas urbanas, estes deslocados de guerra, na sua maioria, têm acesso limitado à terra ou podem ter de percorrer longas distâncias (horas de caminho nalguns casos), para poderem dedicar-se à produção agrícola. Como resultado, eles têm dificuldade em satisfazer as suas necessidades alimentares essenciais. Ao mesmo tempo, ao viver dentro ou próximo da cidade, estão expostos às graves desigualdades da vida na Angola urbana, sendo regularmente confrontados com o facto de existirem bens e serviços que eles não têm possibilidade de adquirir ou consumir.

Em 10 anos de paz, aumentaram as obras emblemáticas e o número de estradas alcatroadas, além de um enorme crescimento económico e financeiro. Nada disso, entretanto, serviu para combater a pobreza, a má nutrição, as doenças endémicas e perturbações mentais.

CAPÍTULO II – Consequências Psicológicas da Violência Política

Introdução

Neste capítulo apresentamos questões relacionadas com as consequências psicológicas da violência política e as perturbações psíquicas (ansiedade e depressão) que daí derivam. Introduzimos, como temas, a história e percurso da produção de violência armada em que, de uma forma geral, descrevemos os tipos de conflitos armados numa escala do menos violento ao mais violento e os períodos de guerra em Angola. Outro aspecto abordado, foram os factores de risco de violência política, ou seja, factores recursos naturais, sociais e da comunidade, demográficos e factores tecnológicos. A violência política e implicações na saúde mental da população, em que recorremos a teorias que abordam essas implicações, fazendo um retrato da saúde mental em Angola no geral, e em particular na província da Huíla. De seguida faz-se uma resenha histórica dos conceitos de ansiedade e depressão na perspectiva biomédica. Achamos pertinente incluir a comorbidade entre ansiedade e depressão e justificação da delimitação para o nosso estudo destas perturbações. Também foram objecto de abordagem, neste capítulo, as classificações actuais de ansiedade e depressão, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) e uma reflexão crítica a este Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais. No fim do capítulo caracterizamos a prevalência das perturbações (ansiedade e depressão) na população em estudo, apresentamos os resultados descritivos e correlacionais, em suma, um resumo dos resultados quantitativos da investigação e depois um olhar etnopsiquiátrico sobre estas perturbações, em que incluímos histórias de vida dos nossos entrevistados.

2.1 Percurso e produção de violência em Angola

A antropologia da guerra pretende constituir-se como um corpo de conhecimentos sobre os mecanismos sociais de produção de violência, conflitos e guerras (Otterbein, 1973). Num artigo de 1999, Keith Otterbein traça uma história do percurso desses estudos no seio da disciplina (Otterbein 1999: 794-805), demarcando quatro períodos: o período da fundação (1850 a 1920); o período clássico (1920-1960); a idade dourada (1960-1980); e o período recente.

De acordo com este autor, o período da fundação, marcado pelos trabalhos de Lewis Morgan e Edward Tylor, caracteriza-se, essencialmente, pela recolha de dados empíricos e por uma visão marcadamente evolucionista das práticas guerreiras das sociedades primitivas. O período clássico é atravessado por duas tendências distintas: 1)

a continuação de uma linha analítica de cariz ainda evolucionista, concentrada no estabelecimento de tipologias comparativas sobre os procedimentos violentos e guerreiros em diferentes sociedades “primitivas”; 2) o surgimento do mito do “selvagem pacífico”. No primeiro caso o autor destaca um texto de Bronislaw Malinowski (Malinowski 1941) no qual o autor estabelece seis tipos de conflitos armados, segundo uma escala dos menos violentos aos mais violentos. São eles:

- As lutas entre membros do mesmo grupo;
- As lutas como mecanismos jurídicos de regulação de diferenças entre indivíduos;
- Razias militares com carácter recreativo;
- As guerras enquanto expressão política de um protonacionalismo;
- Expedições militares com fins de pilhagem organizada;
- Guerras como instrumento de política nacional. Nesta tipologia só os últimos dois tipos de violência, ou de guerras, assumem um carácter verdadeiramente “moderno” e letal.

No caso que mais nos interessa, o das guerras em contexto africano, esta constatação é ainda mais pertinente. Rara é a produção antropológica que, até aos finais da década de 1960, se interesse pelos impactos do colonialismo sobre as estruturas sociais africanas, sobre a sua estrutura política, económica, simbólica, etc., e sobre as reacções destas sociedades à penetração colonial. Algumas das obras de maior impacto da antropologia desta época, que se debruçam sobre a estrutura política das sociedades africanas, como é sem dúvida o caso da obra de Evans-Pritchard, *The Nuer*, de 1940, ou a colectânea organizada por Evans-Pritchard e Meyer Fortes, *African Political Systems*, de 1940, fazem autêntica tábua rasa das influências do colonialismo sobre essas sociedades.

Como não poderia deixar de ser, os casos apresentados por Otterbein (1999: 794-805) também se verificaram no contexto angolano. Para melhor percepção do fenómeno podemos dividir a guerra em Angola em três períodos a saber: história pré-colonial, chegada dos portugueses, Independência e guerra civil.

Antes da chegada dos portugueses ao actual território de Angola as guerras eram frequentes entre os povos que habitavam o território. Os migrantes mais tardios eram

obrigados a combater os que estavam estabelecidos para lhes conquistar terras. Para se defenderem, os povos construíam muralhas em volta das sanzalas. Por isso, há em Angola muitas ruínas de antigas muralhas de pedra. Essas muralhas são mais abundantes no planalto do Bié e no planalto da Huíla, onde se encontram, também, túmulos de pedra e galerias de exploração de minério, testemunhos de civilizações mais avançadas do que geralmente se supõe (Clarence-Smith, 2008: 176).

Com a sua chegada, os portugueses, explorando as rivalidades e conflitos entre esses reinos instalam-se e procuram delimitar este vasto território e explorar os seus recursos naturais, em particular os escravos. A penetração no interior foi muito limitada, devido a vários conflitos com as populações locais (Clarence-Smith, 2008: 177).

No princípio dos anos 1960, três movimentos de libertação (UPA/FNLA, MPLA e UNITA) desencadearam uma luta armada contra o colonialismo português. O governo de Portugal (uma ditadura desde 1926), recusou-se a dialogar e prosseguiu a defesa até ao limite do último grande império colonial europeu. Para África foram mobilizados centenas de milhares de soldados (Wheeler & Pélissier, 2011: 73-92).

Na sequência do derrube da ditadura em Portugal (25 de Abril de 1974), abriu-se espaço para a independência de Angola. Contudo, a independência a 11 de Novembro de 1975 não foi o início da paz, mas o início de uma guerra aberta que durou até 31 de Maio de 1991 com a celebração dos acordos de Bicesse (Estoril-Portugal) (Wheeler & Pélissier, 2011: 73-92).

Como se nota, tratava-se de vários conflitos civis que se cruzavam no mesmo espaço. Por um lado colocando angolanos contra angolanos, por outro, contra colonizadores e, ainda outro, por interesses económicos e políticos internos e externos. E toda esta guerra se apresentou como a guerra de libertação e, mais tarde, como a guerra anti guerrilha. O prolongamento dos conflitos, aos poucos, foi ganhando forma e a conquista do poder, por qualquer meio, estava explícita.

Em Dezembro de 1998, Angola retornou ao estado de guerra aberta, que só parou em 2002, com a morte de Jonas Savimbi (líder da UNITA).

2.2 Quais os factores de risco de violência política?

A violência política, em suas múltiplas formas, recebe um alto grau de atenção pública. Conflitos violentos entre nações e grupos, terrorismo de Estado e de grupos, estupro como arma de guerra, movimentos de grandes grupos de pessoas desalojadas dos seus lares, guerra entre gangs e vandalismo de massas – tudo isto ocorre

diariamente em muitas partes do mundo. Em termos de morte, doenças físicas, invalidez e perturbações mentais, os efeitos na saúde desses diferentes tipos de acontecimentos são muito grandes (Zwi et al., 2002: 97).

a) Factores de risco para os conflitos

A boa prática da saúde pública requer a identificação de factores de risco e determinantes de violência política, bem como o desenvolvimento de abordagens para a solução de problemas sem recorrer à violência. Foi identificada uma série de factores de risco para conflitos políticos importantes. Especificamente, a *Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict* [Comissão Carnegie para a Prevenção de Conflito Mortal]⁵⁰ Com sede em Washington e tendo como objectivo promover políticas comuns de segurança humana numa série de instituições internacionais e regionais, relacionou indicadores de nações em risco de colapso e de conflito, que aparecem no Quadro seguinte:

⁵⁰ Em 1901, Andrew Carnegie se aposentou da vida empresarial para iniciar sua carreira na filantropia. Em seus novos empreendimentos, ele considerou a criação de uma Universidade Nacional em Washington DC, similar aos grandes centros de instrução que existiam na Europa. Desde meados da década de 90, o conceito de segurança tem sido empregado por um grande número de organizações internacionais e não-governamentais, incluindo a Comissão Carnegie para a Prevenção do Conflito Mortal. Disponível na <www.espada.eti.br/fundações.asp> [consulta em 21-11-2012].

Quadro 2-1- Factores de Risco da Violência Política

Factores políticos	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de processos democráticos;• Desigualdade no acesso ao poder.
Factores económicos	<ul style="list-style-type: none">• Distribuição excessivamente desigual de recursos;• Acesso desigual a recursos;• Controle dos recursos naturais mais importantes;• Controle de produção ou tráfico de drogas.
Factores sociais e da comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Desigualdade entre grupos;• O acirramento do fanatismo de grupo nos aspectos étnicos, nacionais ou religiosos;• A disponibilidade fácil de armas e outros armamentos de pequeno porte.
Factores demográficos	<ul style="list-style-type: none">• Rápida mudança demográfica.

Fonte: Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict, (1997)

Descrevendo os aspectos propostos por esta Comissão, os factores políticos e económicos têm a ver com a excessiva desigualdade de distribuição de recursos, particularmente serviços de saúde e educação, e com o acesso a esses recursos e ao poder político – seja por área geográfica, classe social, religião, raça ou etnia – são factores importantes que podem contribuir para conflitos entre grupos. A liderança não democrática, especialmente se for repressiva e se o poder advém da identidade étnica ou religiosa, é um elemento de forte contribuição para o conflito. Uma redução nos serviços públicos, geralmente afectando os sectores mais pobres da sociedade com maior gravidade, pode ser um sinal de alerta de uma situação em fase de deterioração. O conflito é menos provável em situações de crescimento económico do que em economias em retracção, onde se intensifica a competição pelos recursos.

Com relação ao factor globalização, Zwi et al., (2002), afirmam que as tendências na economia global aceleraram o ritmo da integração global e o crescimento económico para alguns países e para alguns grupos dentro dos países, contribuindo ao mesmo tempo para a fragmentação e marginalização económica de outros. Outros possíveis factores de risco de conflito que podem estar relacionados à globalização são financeiros (as frequentes e rápidas movimentações de capital ao redor do mundo) e culturais (aspirações individuais e colectivas motivadas pelos meios de comunicação

globais que não têm condições reais de ser atingidas). Ainda se desconhece se as tendências actuais de globalização podem levar a mais conflitos e maior violência dentro ou entre nações (Zwi et al., 2002: 97).

Referindo-se ao factor recursos naturais, os mesmos autores afirmam que, com frequência, as lutas pelo acesso aos recursos naturais mais importantes exercem influência no acirramento e prolongamento de conflitos. São exemplos de conflitos deste tipo ocorridos nas últimas duas décadas os relacionados a diamantes em Angola, na República Democrática do Congo e na Serra Leoa; petróleo em Angola e no sul do Sudão; e madeira e pedras preciosas no Camboja. Em outros lugares, incluindo o Afeganistão, Colômbia e Myanmar, o desejo de controlar a produção e distribuição de drogas contribuiu para conflitos violentos (Zwi et al., 2002).

Os factores sociais e da comunidade, segundo Stewart (2000: 102-105), são um risco particularmente importante associado à ocorrência de conflito e à existência de desigualdades dentro dos próprios grupos, especialmente se se estiverem a expandir e forem sentidas como reflexo da desigualdade de alocação de recursos na sociedade. Tal factor é, muitas vezes, observado em países onde o governo está dominado por uma comunidade que exerce o poder político, militar e económico sobre comunidades bastante diferentes. A fácil disponibilidade de armas de pequeno porte e outros armamentos na população em geral também pode aumentar o risco de conflito, o que é particularmente problemático em locais onde já houve conflitos e onde os programas de desmobilização, recolha de armas e criação de empregos para ex-combatentes é inadequado ou onde não se estabeleceram tais medidas.

O mesmo autor refere que os factores demográficos têm a ver com mudanças demográficas rápidas – incluindo aumento na densidade populacional e uma proporção maior de jovens, combinadas com a incapacidade de um país de acompanhar o crescimento populacional com um maior número de empregos e escolas, podendo contribuir para um conflito violento, particularmente onde houver ainda outros factores de risco. Nessas condições, grandes movimentos populacionais podem ocorrer, na medida em que pessoas desesperadas procuram uma vida mais sustentável noutra lugar e isso, por sua vez, pode aumentar o risco de violência nas áreas para as quais as pessoas se mudam (Stewart, 2000: 102-105).

Nos factores tecnológicos verifica-se que o nível da tecnologia de armas não afecta necessariamente o risco de conflito, mas determina a escala de qualquer conflito e a quantidade de destruição que ocorrerá. Muitos séculos atrás, a evolução da flecha para a

balestra aumentou o alcance e a força de destruição de armas de projecteis. Muito depois, armas de fogo simples foram desenvolvidas, seguidas por rifles, metralhadoras e submetralhadoras. O poder de destruição potencial dessas armas aumentou muito com a capacidade de atirar um maior número de balas mais rapidamente e com maior alcance e precisão. No entanto, mesmo as armas básicas, como o machete, podem contribuir para a ocorrência de destruição humana maciça, como se observou no genocídio do Ruanda em 1994 (Prunier, 1995: 74). Nos actos de terrorismo nos Estados Unidos da América, em 11 de Setembro de 2001, quando aviões de passageiros sequestrados foram deliberadamente atirados contra as torres do *World Trade Center* e o Pentágono, matando vários milhares de pessoas, as armas convencionais não foram uma ferramenta importante nos incidentes.

Após esta descrição dos factores de risco na globalidade, passaremos as seguintes questões:

b) Onde estariam os factores que levaram à guerra entre os movimentos de libertação de Angola? Quais seriam as raízes do conflito angolano?

O conflito, no qual se entrecruzam uma guerra civil, intervenções externas armadas e interesses económicos, é anterior ao Acordo de Alvor. Segundo Correia (cit. Por Nguluve, 2006), é necessário considerar quatro componentes na análise e compreensão da complexidade da guerra de Angola:

- a) A luta de libertação: “que opunha os movimentos de libertação ao regime colonial português e no terreno, às Forças Armadas Portuguesas” (Nguluve, 2006: 36).
- b) O conflito regional: “materializado nos apoios antagónicos que os países vizinhos prestavam aos movimentos de libertação e na colaboração, inclusive no plano militar, da África do Sul com Portugal” (ib: 36).
- c) O quadro geral da guerra-fria: com as suas superpotências a disputarem em Angola o alargamento das suas áreas de influência na África Austral (ib: 36).
- d) A guerra civil: que comportou vários elementos como, a rivalidade entre os movimentos de libertação e luta armada entre eles, o facto de Portugal colocar “angolanos dos movimentos de libertação contra angolanos incorporados nas Forças Armadas Portuguesas e nas Forças Auxiliares (Grupos Especiais, Tropas Especiais e Flechas) que participavam nas operações integradas nas forças

portuguesas”. Logo depois das eleições de Setembro de 1992 viriam à tona os pontos fracos, não superados de negociações de Lusaca e Bicesse, resultando novamente o regresso à guerra⁵¹. (ib: 37).

Estas abordagens teóricas sobre violência política levam-nos a concluir que a violência não constitui em si uma questão de saúde pública, mas transforma-se num problema para a área, na medida em que “...afecta a saúde individual e colectiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao sector” (Minayo, 2005: 29-37).

c) Reacções a eventos traumáticos: um aspecto cultural

Enquanto alguns especialistas internacionais argumentam que a reacção a acontecimentos traumáticos envolve padrões conhecidos universalmente (inclusive condições médicas diagnosticáveis, tais como transtorno de stress pós-traumático e de stress agudo, capazes de serem amenizados por tratamentos-padrão), a crítica de outros sugere que os acontecimentos traumáticos têm significados e efeitos muito mais amplos, variados e complexos do que os reconhecidos pela nosologia ou pela prática psiquiátrica convencional (Young cit. por Pedersen, 2006: 30). Esses efeitos, por sua vez, evocam um vasto leque de estratégias específicas de adaptação cultural, cujo entendimento é precário.

Podemos associar estas estratégias de adaptação cultural ao seio do projecto da *Wolksvagem Reconciliation and Social Conflict in the Aftermath of large-scale Violence in Southern Africa: the cases of Angola and Namíbia* em que existe uma linha de pesquisa que se tem dedicado aos processos populares de resiliência em face de, e para lidar com, aspectos económicos, políticos e sociais em Angola. São os estudos levados a cabo por Cláudio Tomás em 2010 com o título “discursos e práticas alternativas de reconciliação nacional e de construção da nação (Angola): o caso da Igreja Evangélica Congregacional de Angola”, nesse trabalho ele procura mostrar que a religião e a etnia sustentam-se mutuamente e que da sua fusão resulta um self de que partilham todos aqueles que, nele, comungam o mesmo sentido de realidade; onde, a

⁵¹ A guerra que começou depois das eleições de 1992 também marca a fase mais destruidora de Angola, desestabilizando as infra-estruturas económicas. Esta criou uma situação social muito precária para as populações, com a destruição completa de cidades como Huambo e Bié.

sua conversão em práticas conjugando elementos de identificação da comunidade religiosa e os da comunidade étnica, enformam as comunidades de práticas.

Outro estudo realizado no âmbito do projecto foi o de Gilson Lázaro em 2010 com o título “Angola: discursos e práticas dominantes de reconciliação e construção da nação”. O trabalho teve como objectivo analisar a reconciliação e a construção da nação por meio de integração política, sociais e económicos. A reconciliação é inserida na problemática das transformações do espaço político em Angola pela guerra civil. Através de uma análise sócio-histórica sustentada pelos referentes históricos, políticos, simbólicos que servem de suporte para o entendimento da “angolanidade”, como identidade social abrangente e que suporta a ideia da reconciliação nacional e construção da nação.

Também verificamos no estudo de Maria de Fátima realizado em 2012 – Populações rurais na Huíla e resiliência social em contexto de guerra: o caso do município da Humpata – trabalho que analisa os aspectos relacionados com a resiliência social das populações rurais da Humpata pertencentes ao grupo étnico muila na perspectiva de um país (Angola) assolado pela guerra durante vários anos e a forma como as populações procuraram encontrar soluções para superar as adversidades.

Summerfield (2000: 27-30), lembra ser precisa cautela para evitar atribuições falsas quando se ignora a presença de variáveis confundíveis na cadeia de eventos que conduzem à doença mental ou aos estados emocionais, acompanhados de nítidas e dolorosas lembranças do passado. Em termos fenomenológicos, no confronto da perda e da violência extrema, as reacções emocionais resultantes não são necessariamente psicopatológicas; pelo contrário, ilustram aspectos de funcionamento cognitivo regular e ficam dentro da gama de reacções psicológicas “normais” à adversidade. A título de exemplo, a entrevista por nós realizada com Kaita, de 45 anos de idade”, técnico comunitário da ALSSA-Xalon-Angola da Igreja Católica, destacado nos Municípios da Matala, Humpata e Lubango durante o período de guerra, é bem esclarecedora:

“Cada caso era um caso. Dependia muito da forma como saíram das suas localidades e do percurso e das condições pelas quais passaram durante o percurso. Havia alguns deslocados que perderam a esperança de viver, outros preferiam a morte, outros eram mais optimistas e outros ainda que preferiam regressar às suas terras de origem, mas havia alguns que tinham muita fé e diziam que Cristo também passou por inúmeras dificuldades no deserto e que o homem também passa por algum sofrimento e tem que

saber ultrapassar esses obstáculos para ter uma vida saudável. Em termos práticos nós dizíamos para eles reaverem os seus bens tinham que ser fortes, fazer esforços e que todo o bem é fruto de esforços”.

Pelo discurso do entrevistado, verifica-se que outras práticas, que não a biomédica, serviram de atenuação ao sofrimento das populações provenientes de zonas de conflito directo por um lado e por outro que existem indivíduos mais resilientes que outros quando expostos a acontecimentos traumáticos.

Outros aspectos que gostaríamos de salientar são o de que a linguagem da violência, do terror e da migração têm combinado com frequência, com o discurso do trauma e do *stress*. Nas tradições populares e profissionais do Ocidente, o “trauma” tornou-se uma categoria dominante para explicar, por vezes, as origens ou as causas de outros problemas, por vezes as consequências da exposição à violência provocada por conflito e guerra. É no Ocidente, onde o “trauma” passou a ser uma categoria emblemática, que ele se faz omnipresente e invasivo no quotidiano. O seu uso atingiu proporções epidémicas: Mídias, o público, os desportos e as artes, os cientistas e os leigos, todos clamam a universalidade do “trauma” como efeito inevitável da exposição à violência (Summerfield, 2000: 27-30).

Cientistas sociais críticos acreditam que a falta de explicitação do contexto (fontes sociais, políticas e económicas da desigualdade) contribui para a leitura inadequada das realidades em que o sofrimento e a doença são produzidos. A omissão das origens sociais da dor e do sofrimento, em geral, resulta em alegações imodestas de causalidade, aumentando a tendência para a medicação dos problemas sociais e, por fim, leva à ampliação das desigualdades sociais. Na avaliação das condições relacionadas com as perturbações mentais e reacção às mesmas, é de crucial importância não só, salientar as narrativas das perturbações e o significado da experiência das mesmas, como também entender e actuar no contexto, isto é, nos determinantes sociais e políticos da saúde e do sofrimento humano, permanecendo consciente dos riscos e interesses particulares de determinada perspectiva e da diversidade cultural da cura e das reacções individuais e colectivas de enfrentamento.

Este caminho conduz à abordagem de temáticas correlatas, tais como as consequências psicológicas, a ansiedade e a depressão, permitindo uma análise sobre as implicações violentas da guerra para os indivíduos e para a humanidade.

Interessa-nos pois, descrever as implicações que a violência política tem na saúde mental das populações que vivenciaram este conflito em Angola e em particular na província da Huíla.

2.3 Violência política e implicações na saúde mental das populações

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição “oficial” de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjectivos, e teorias relacionadas concorrentes afectam o modo como a “saúde mental” é definida (OMS, 2005). Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as actividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de distúrbios mentais (Downie e col., cit. Por Teixeira, 2007: 17).

a) Visões teóricas sobre respostas a acontecimentos traumáticos

O impacto dos conflitos na saúde mental é segundo Summerfield (1991: 84-99) influenciado por uma série de factores: a saúde psicológica dos afectados, antes do evento; a natureza do conflito; a forma de trauma (se é resultado de viver a experiência e assistir a actos de violência ou se é directamente infligido, como no caso de tortura e de outros tipos de violência repressiva); a resposta ao trauma por indivíduos e comunidades e o contexto cultural em que ocorre a violência.

Para Quirk (1994), os stresses psicológicos relacionados com conflitos estão associados a, ou resultam de: desalojamento, (seja forçado ou voluntário), perda e desgosto, isolamento social, perda de status, perda da comunidade e em alguns cenários, aculturação a novos ambientes.

Na visão de Quirk as manifestações desses stresses podem incluir: ansiedade e depressão, doenças psicossomáticas, comportamento suicida, conflitos intrafamiliares, abuso de álcool e comportamento anti-social (Quirk, 1994: 1675-79).

Alguns autores como Bracken, Giller, Summerfield (1995), alertaram quanto à suposição de que as pessoas não têm capacidade e resistência de reagir a condições adversas originárias de conflito violento. Outros como Pupavac (2001: 25), advertiram quanto ao perigo de que os programas de ajuda humanitária possam transformar-se em substituto para o diálogo político com as partes envolvidas no conflito – possivelmente aquelas que são a sua força propulsora principal.

Estudos realizados na África do Sul por Robertson (1999) indicaram que nem todos os que estiveram sujeitos ao trauma durante o *apartheid* se tornaram “vítimas”. Ao invés disso, pelo menos em alguns casos, os indivíduos tiveram a capacidade de reagir com vigor, porque se viam lutando por causas legítimas que valiam a pena. Está mais claro, agora, que a recuperação de traumas psicológicos resultantes de conflitos armados está associada à reconstrução das redes sociais e económicas e das instituições culturais.

Guiando-nos por Silove (2000) que afirma que do ponto de vista da saúde mental, as populações afectadas por conflitos violentos podem ser divididas em três grupos (Silove, 2000: 355):

- Os que apresentam doenças psiquiátricas incapacitantes;
- Os que apresentam graves reacções psicológicas a traumas;
- Os que compõem a maioria e que, uma vez restabelecidas a paz e a ordem, são capazes de se adaptar.

Segundo Silove (2000) os dois primeiros grupos são passíveis de beneficiar consideravelmente de cuidados de saúde mental que levem em consideração factores culturais e socioeconómicos. Justifica-se pois, com base neste raciocínio, a necessidade tanto do modelo biomédico como do modelo biopsicossocial e tal como escreveu Jerome Bruner, “...as fronteiras entre as várias áreas do conhecimento especializado pertencem mais ao domínio da convivência administrativa do que a razões de substância intelectual (Bruner, cit. por Quartilho, 2001: 31). A psiquiatria, enquanto disciplina integradora preocupada não apenas com a explicação mas também com a compreensão dos fenómenos mentais, deverá conviver pacificamente com as ciências humanas, como a Psicologia, a Sociologia e a Antropologia, que se mantêm mais próximas deste mundo imediato e que, por essa razão fundamental, se revelam bastante menos precisas e mais ambíguas. Neste sentido, a experiência subjectiva da doença não é delimitada pelos corpos ou consciências dos doentes. Tem um carácter decididamente transpessoal, afectando o próprio e os que com ele convivem. Não se resume a uma essência de doença, localizada no mundo das células e das moléculas. Habita também o contexto da vida social, e pontua as trajectórias de vida.

b) Sequelas de guerra em contexto angolano

Ora o contexto angolano pode ser descrito pela entrevista que o médico psiquiatra Rui Pires deu ao Jornal de Angola a 12 de Outubro de 2010 onde traçou um retrato da saúde mental em Angola que, segundo ele, é preocupante:

“Um país que viveu décadas de guerra tem seguramente muitos cidadãos com traumas mais ou menos profundos por terem enfrentado situações limite e suportado violências inauditas. Os próprios combatentes foram sujeitos a pressões que provocam “psicoses de guerra” e outros distúrbios mentais e emocionais. Basta referir este quadro para perceber que Angola precisa de uma política de saúde mental que responda a estes e outros problemas herdados da guerra. A sociedade não pode fingir que está tudo bem e muito menos pode esconder os seus “loucos” ou abandoná-los como se fossem filhos de um Deus desconhecido. Eles são nossos camaradas de luta, nossos filhos, nossos irmãos, nossos pais ou nossos avós” (Jornal de Angola – Online. A Saúde Mental, 12/10/2010).

A actual situação do sector da saúde mental decorre de um conjunto de factores remotos e próximos: dos primeiros destacam-se a inexistência de infra-estruturas (hospitais psiquiátricos) pela acção da guerra, a falta de manutenção das únicas unidades no país (Hospital Psiquiátrico de Luanda e Centro Psiquiátrico do Lubango), a pressão sobre o mesmo decorrente da migração forçada da população para locais mais seguros, do aumento demográfico para os centros económicos, e ainda, da dificuldade de recursos humanos e de recursos do Orçamento geral do Estado durante um longo período, em que a prioridade era a Defesa. As razões próximas são os baixos investimentos e a falta de uma política de saúde mental.

Outro retrato da saúde mental derivada do período de guerra em Angola é descrito pelo Presidente da Associação de Psicólogos Angolanos (ANGOPSI), Carlinhos Zassala ao Jornal “O País” em Dezembro de 2010 com o título “Mais de 90 por cento dos angolanos são doentes”:

“...O problema da guerra causou muitos traumatismos, há pessoas que não gostam que se lhes diga isso, mas o 27 de Maio⁵² também causou muitos traumatismos nas pessoas. É

⁵² A seguir ao 27 de Maio de 1977, milhares de angolanos foram torturados e assassinados, sem julgamento. Houve manifestações em Luanda a favor de Nito Alves, então ministro da Administração Interna e membro do Comité Central do MPLA. As manifestações foram

assim que, tendo em conta o estado em que se encontram as pessoas no nosso país, em 1995, tive a preocupação de reunir alguns psicólogos, a maioria trabalhava na SONANGOL, e no dia 16 de Agosto de 1995 proclamámos a Associação Angolana de Psicólogos (ANGOPSI) (O País, Dez. 2010).

Quando se aborda a questão do conflito armado em Angola, geralmente é esquecida a tentativa de golpe de estado de 27 de Maio de 1977. Este movimento articulou-se como dissidência no seio do MPLA, após a independência de Angola, em oposição ao presidente Agostinho Neto. O golpe fracassou devido ao apoio das FAR (Forças Armadas Revolucionárias de Cuba) estacionadas em Angola, e após um breve período de acalmia em que tudo parecia estar solucionado, deu-se um atentado à vida do Presidente Agostinho Neto, que levou a um período de dois anos de perseguição sangrenta dos seguidores e simpatizantes de Nito Alves, culminando em milhares de mortos.

Pelo que se pode entender desta entrevista feita ao Presidente da Associação dos Psicólogos Angolanos, no rescaldo do golpe, imensas pessoas foram submetidas a prisões arbitrárias, torturadas, condenadas sem julgamento ou executadas sumariamente, levadas a cabo pelo então *Tribunal Militar Especial*⁵³, criado para substituir os julgamentos e que ficou conhecido por Comissão das Lágrimas (Pawson, 2007).

c) As marcas psicológicas da guerra

No decorrer do processo de recolha de dados, entrevistámos⁵⁴ o Dr. Faria psicólogo do Hospital Central do Lubango que nos retratou a frequência de utentes no Departamento de Psicologia dessa unidade hospitalar e prevalência de perturbações psíquicas derivadas da guerra.

“ Temos casos de pessoas que relatam que, desde que foram expostas à guerra, já não são as mesmas pessoas e relatam de uma forma detalhadamente incrível. Relatam tudo

reprimidas por militares angolanos e cubanos. Disponível na <http://www.dw.de/falta-saber-a-verdade-sobre-o-27-de-maio> [consulta em: 21/12/2013].

⁵³ As perseguições duraram cerca de dois anos. Tipicamente, após os julgamentos sumários, os “traidores” eram apresentados na TV angolana antes de serem fuzilados. Foram exibidos desta forma aproximadamente 15.000 pessoas (Pawson, 2007: 3).

⁵⁴ Data da entrevista: 15/9/2012.

eparece que estão a reviver aquele momento. Como se esse acontecimento tivesse sido há uma hora, há um dia ou há uma semana atrás, de forma detalhada”.

Dez anos após o conflito armado, perduram perturbações do foro psicológico, pois segundo a entrevista, surgem casos que afirmam que o problema é derivado do período de guerra porque os pacientes experienciam repetidamente memórias muito vividas daquilo que aconteceu. Estas memórias podem ser acompanhadas por sons, cheiros, impressões de tacto e de movimento e o indivíduo descreve a sua experiência como se a “visse” acontecer continuamente. Estas memórias podem ser activadas durante um período de tempo prolongado e a qualquer momento, de dia ou de noite. Se o reviver stressante do acontecimento traumático continua durante bastante tempo, o indivíduo poderá desenvolver ansiedade ou depressão quando confrontado com coisas ou situações que poderá associar ao incidente (UNICEF, 2011).

Em relação à frequência dos mesmos no Departamento de psicologia o entrevistado Faria, acrescentou:

“Esses casos são curiosos. Normalmente esses pacientes não vêm aqui de livre e espontânea vontade. Ou os familiares os trazem ou os médicos os enviam para aqui porque o comportamento não é tão adequado, ou pacientes que já fazem tratamento hospitalar por terem perdido uma perna ou um braço durante os conflitos armados que o país viveu e são pessoas muito agressivas e que inicialmente não aceitam uma intervenção psicológica mas depois de algum tempo elas ganham confiança nos profissionais e abrem-se e durante o processo terapêutico relatam histórias da guerra. Veêm sempre acompanhados por outra pessoa, ou familiares ou responsáveis de outras instituições”.

Um dos aspectos que nos chama a atenção é o facto de os pacientes não recorrerem aos centros de diagnóstico e tratamento por iniciativa própria, mas sim acompanhados pelos seus familiares ou enviados pelos médicos. Isto leva-nos a crer que são atitudes para as quais a pessoa que as vive não pede ajuda, isto é, a própria pessoa não tem consciência clara que lhe facilite tomar decisões. No entanto, uma vez abordada, concorda com a intervenção psicológica.

As ONG's Internacionais e locais desempenharam um papel fundamental na identificação e atenuação dos problemas psicológicos que as populações deslocadas enfrentavam. Um exemplo disso foi-nos descrito pelo entrevistado Kaita que funcionou,

durante o período de conflito armado no sul de Angola, na ONG ALSSA⁵⁵ que trabalhava em colaboração com a MONUA.

“Inicialmente estávamos inseridos numa rede das ONG nacionais e internacionais e trabalhávamos com pessoas mais ou menos vulneráveis e os mais vulneráveis eram os provenientes dos municípios de Chicomba, de Chipindo, de Caconda, já que os de Chipindo tinham sido deslocados do seu município para Chicomba e depois a guerra reacendeu-se em Chicomba e eles tiveram que se deslocar para outras localidades e então o ambiente era super tenso. Eles estavam agitados e pensavam que a guerra iria reacender-se e nós tranquilizávamo-los com palestras e orações na vertente de apaziguamento dos espíritos”.

Torna-se importante referir que as interações verbais e as alterações dos relacionamentos podem modificar os padrões de pensamento, de humor e de comportamento. Os líderes religiosos e espirituais usam técnicas específicas e relacionais que são orientadas para ajudar as pessoas na modificação e cura psicológicas.

A análise dos resultados das entrevistas por nós realizadas sobre os impactos da violência política na saúde mental das populações da Huíla é de que, realmente, há indicadores da prevalência de distúrbios do foro mental nas populações e estes indícios de perturbações inviabilizam as vivências das pessoas no seu quotidiano. Também se confirma que há um desconhecimento das práticas terapêuticas biomédicas e supõe-se que a maior parte dos afligidos recorre a outras práticas terapêuticas. No contexto angolano atribui-se maior importância à autoridade espiritual e às práticas espirituais para a cura pois, acredita-se que os conceitos e as práticas espirituais estão intimamente

⁵⁵ Os trabalhos dessa ONG tiveram início a 14 de Junho de 1994 na paróquia da Lage no Lubango, e depois passou a ser sede da mesma o edifício da Lusolanda e aí o seu desenvolvimento passaram a ser visíveis na sociedade principalmente na região sul criando-se delegações nas províncias do Namibe, Cunene e Kuando-Kubango. As acções tinham que ver com o desenvolvimento humano. No começo de 2000 a CEAST tomou medidas e passou a controlar directamente a ONG. A ONG tinha uma visão virada para o desenvolvimento comunitário, o resgate dos valores humanos, a educação para a paz, como as comunidades despertavam em relação ao desenvolvimento humano, tudo dentro dos princípios que norteavam a igreja católica.

ligados às questões psicológicas⁵⁶. Estes aspectos abordá-los-emos, em pormenor, no capítulo seguinte.

Outro aspecto que ressalta é de que há um deficit de quadros especializados em saúde mental para melhor identificar estas perturbações e fazer as terapias adequadas a cada caso e sobretudo criar estratégias profiláticas. Estas debilidades em termos de diagnóstico e posterior encaminhamento aos poucos especialistas da área são descritos em diversos momentos de entrevistas como as realizadas no município da Humpata no dia 22 de Setembro de 2012 à enfermeira Lúcia do centro de saúde da Humpata e ao entrevistado Tchissongo na cidade do Lubango.

A enfermeira Lúcia quando questionada sobre os índices de prevalência das doenças mentais no centro de saúde da Humpata:

“As perturbações mentais assemelham-se quase ao paludismo cerebral. Quando esses doentes comparecem nos nossos serviços, a primeira coisa que fazemos são os testes de paludismo e mesmo que saiam negativos nós tratamos consoante os sintomas e há os que permanecem no estado em que entraram e daí nós transferimos ao hospital psiquiátrico do Lubango. Por vezes eles não conseguem dizer nada, pois ficam agitados, falam à toa, a família é que descreve o que têm, alguns com febre inicial, delírios, etc. Muitos afirmam que têm problemas de tensão e de imediato nós medimos a tensão arterial e verificamos que está normal”.

Entrevistado Tchissongo, quando questionado⁵⁷ sobre o estado de saúde mental destas populações deslocadas que recorriam ao médico e quais as doenças de maior prevalência, respondeu:

“Os deslocados tinham um maior índice de patologias como a diarreia, malária, cólera, sarampo, tosse convulsa e o próprio estado psicológico pois as pessoas estavam sempre preocupadas tendo saído de um local tenso e quando houvesse tumultos esse estado piorava. Graças à componente religiosa, o evangelho

⁵⁶ Em Angola há uma grande presença de práticas de cura iniciáticas associadas ao campo religioso, visto que em muitas vezes a doença mental é associada a causas transcendentais como “o castigo dos deuses ou como invectiva de uma divindade: quando a família do doente esqueceu uma promessa feita a uma divindade, ou transgrediu uma interdição” (Fontes, 2011).

⁵⁷ Data da entrevista: 20/12/2012

ensinava-as que os tempos são outros e por isso tinham que se dedicar à doutrina da oração para apaziguar os espíritos”.

O efeito directo do conflito armado em Angola na saúde das populações da província da Huíla é evidente através dos dados por nós apresentados. Os indicadores de prevalência das perturbações mentais são um facto pois até ao momento da recolha de dados existe uma grande preocupação dos profissionais da área em lidar com este tipo de doenças.

Passaremos a uma breve resenha histórica para melhor compreensão das perturbações seleccionadas para o estudo.

2.4 Ansiedade e depressão segundo a perspectiva biomédica

Do conjunto de distúrbios mentais classificados na actualidade pelo DSM-IV-TR (2002) achou-se por bem delimitar a ansiedade e a depressão. Passaremos de seguida a uma breve caracterização histórica dos mesmos para melhor percebermos a etiologia destas perturbações.

2.4.1 Ansiedade: percurso histórico no mundo ocidental

Existem descrições clínicas daquilo que hoje chamamos de “estados ansiosos”, desde os séculos que antecederam ao nascimento de Cristo (Peregrino, 1997: 29). Entretanto, é apenas a partir dos finais do século XIX que a ansiedade passa a despertar o interesse da Medicina, sendo então abordada como um quadro patológico específico.

Alusões aos hoje chamados “estados ansiosos” já podem ser encontradas na *Ilíada*, obra clássica do poeta Homero, escrita por volta do século VIII a.C. Na *Ilíada*, estados de medo e ansiedade são descritos como decorrentes da visitação ou intrusão de deuses (Shorter, 1997; Nardi, 2006). Trata-se, portanto, de uma concepção ontológica destes fenómenos, muito embora a ansiedade não seja entendida aqui como patologia. De facto, o termo fobia, que hoje nomeia um subgrupo de “transtornos de ansiedade”, advém do nome atribuído a um Deus grego, Fobos ou Fóibos, um dos filhos de Ares e Afrodite. Segundo a mitologia grega, Fobos, juntamente com seu irmão Deimos e a deusa Ênio, acompanhava seu pai aos campos de batalha, injectando nos corações dos inimigos a covardia e o medo que os faziam fugir. Assim é Fobos descrito na *Ilíada*:

Como Ares, homicida, quando enfrenta o combate,
Seguido pelo filho, Fóibos, o Terror,
Potente e sem temor, que aterra mesmo aqueles
De flâmeo coração.
(canto XIII, verso 295 cit. por Shorter, 1997: 121)

Etimologicamente, a palavra ansiedade deriva do grego *agkho*, que significa estrangular, sufocar, oprimir (Pereira, 1997: 32). Existem outros conceitos correlatos que, de maneira geral, parecem estar relacionados com a experiência subjectiva da ansiedade. Dentre estes, destacam-se os termos angústia – originário do latim “*angustia*” (também derivado do grego *agkho*) – e pânico, do grego “*panikón*” relacionado ao Deus grego Pã, o deus das florestas, campos e rebanhos.

A ansiedade só passa a constar na literatura médica a partir dos finais do século XIX. A descrição da ansiedade enquanto sintoma clínico encontra-se associada à história do conceito de neurose (Cordas, 2004: 44). De facto, a “*Angstneurose*” surge a partir da neurastenia que, por sua vez, é aparentemente derivada da hipocondria, esta última originária da melancolia (Shorter, 1997); (Cancina, 2004).

O século XIX irá assistir ao nascimento da Psiquiatria enquanto disciplina médica. É também nesse século que Pinel descreve quadros psiquiátricos como a histeria, a anorexia, a bulimia, a hipocondria, as obsessões e as compulsões, no seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, que se tornou literatura obrigatória entre os psiquiatras da época (Millon, 2004). A primeira edição desta obra foi publicada em 1801 e dedica-se, principalmente, à caracterização da psicose maníaca, que Pinel considerava ser uma das doenças mentais mais frequentes.

É a partir do século XIX que a identidade entre fenómenos vitais normais e patológicos se torna um dogma cientificamente endossado pela Biologia e pela Medicina, e a distinção entre os estados de saúde e doença passa a ser eminentemente quantitativa (Canguilhem, 2009: 48). Ou seja, à semelhança daquilo que era defendido por Brown e por outros teóricos do século XVIII, a doença é entendida como falta ou excesso de excitação dos tecidos, em um limiar abaixo ou acima do grau entendido como normal (Coelho, 1999: 13-36).

A noção de ansiedade relacionada com alterações orgânicas, decorrentes de um aumento ou diminuição da excitabilidade nervosa, surge a partir da segunda metade do século XIX. Entretanto, já em 1813, o médico francês Augustin-Jacob Landré-Beauvais

(1772-1840), que trabalhou com Pinel, descreve a ansiedade como um sintoma clínico caracterizado por desconforto emocional/inquietude, relacionado com a actividade física excessiva, e afirma que o quadro poderia acompanhar doenças crónicas (Nardi, 2006: 154-160).

Em meados do século XIX, o médico alemão Otto Domrich descreveu o que hoje é denominado “transtorno de pânico”, utilizando o termo “ataques de ansiedade” e apontando a presença de palpitações, tonturas e outros sintomas no quadro clínico, induzidos pelo medo do campo de batalha (Papakostas et al., 2003: 195-204). Poucos anos depois, o americano Jacob Mendez da Costa (1833 – 1900) realizou novas descrições deste mesmo quadro clínico, denominando-o de “síndrome do coração irritável” (Pereira, 1997).

Em 1869, o médico americano George Miller Beard (1839-1883) introduziu o conceito de neurastenia, para designar graus menores de ansiedade e depressão, incluindo a presença de profunda exaustão nervosa, dificuldade de concentração, dores crónicas, insónia e dificuldades sexuais (Nardi, 2006). Alguns anos mais tarde, Karl Friedrich Otto Westphal (1833-1890), psiquiatra alemão, descreve uma série de sintomas presentes em quadros fóbicos e no que posteriormente veio a ser conhecido como “transtorno obsessivo-compulsivo” (Cordas, 2004: 44).

Mas foi com o médico austríaco Sigmund Freud (1856-1939) que a ansiedade adquiriu proeminência na psiquiatria. Freud, ao estudar a ansiedade dita patológica, separou a “*Angstneurose*” (traduzida como “neurose de angústia ou “neurose de ansiedade”) da neurastenia, e a ansiedade crónica, correspondente à actual “ansiedade generalizada”, dos ataques de ansiedade, hoje “ataques de pânico” (Nardi, 2004: 154-160).

Esta alteração foi acompanhada, igualmente, pelo afastamento do conceito de «neurastenia» considerado demasiado impreciso. Esta reorganização dos estados ansiosos manteve-se até à publicação do DSM-III em 1980 e mantém-se ainda hoje, com poucas diferenças, no DSM-IV-TR (2002), ainda que a noção de neurose tenha deixado de ser uma categoria descritiva pertinente (Graziani, 2005: 81).

2.4.2 Melancolia perdendo terreno para a depressão

Na panorâmica da sociedade actual em que vivemos a palavra depressão tornou-se banal e habitual nos diversos meios em que interagimos, seja na família, no trabalho ou no grupo de amigos. Pode ser utilizada de várias formas e com diversos significados.

Admirável é que, desde que existe a humanidade e, principalmente, desde que há documentos escritos, a depressão seja um assunto subentendido na história, descrita como um fenómeno que ocorria nas antigas civilizações, embora com uma linguagem diferente e com interpretações orientadas para o que era credível na época, sendo pouco explícita e compreensível, associada frequentemente como algo alegórico ao desgosto amoroso, mas com certeza um estado de humor agremiado ao ser humano.

Como em quase tudo, a civilização grega teve um papel fundamental na identificação da depressão, então designada melancolia. A primeira menção ao sofrimento melancólico, segundo Peres (1996: 12), aparece na *Ilíada* de Homero. O personagem Bellerofonte era um melancólico, vítima do ódio dos deuses e por eles condenado ao ódio, ao sofrimento e à solidão. Foi em Homero também que surgiu a primeira referência ao medicamento, ao *pharmakon*. Entretanto, a conceitualização da melancolia surgiu mais tarde. A concepção grega de melancolia derivava da teoria dos humores de Hipócrates, de acordo com o qual os distúrbios mentais estavam associados a um desequilíbrio em um dos quatro humores: o sangue, a linfa, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. A melancolia seria causada pelo aumento da concentração da bÍlis negra, do grego *melagkholía*: “*mélas, aina, na ‘negro’ + kholê, ês ‘bÍlis’* “ (Houaiss). Seus sintomas incluíam tristeza, ansiedade e tendência para o suicídio. Na opinião de Hipócrates, as causas da melancolia combinavam factores ambientais e internos. Segundo o 23º aforismo do seu livro VI, “se tristeza (distímia) e temor duram muito tempo, um tal estado é melancólico” (Hipócrates cit. por Frias 2002: 155).

No *Problema XXX*, Aristóteles (384-322 a.C.), seguindo a teoria de Hipócrates, apresenta a visão da época sobre a bÍlis negra e seus efeitos nos homens de excepção. Segundo o filósofo grego, a melancolia era uma doença que afectava sobretudo as pessoas ilustres, mais vulneráveis que as outras a uma maior concentração da bÍlis negra. Uma determinada dose desta bÍlis tornaria o homem um génio, já uma quantidade excessiva o levaria à doença. Dessa forma, Aristóteles compreende a melancolia sob um ponto de vista positivo.

“Se o estado da mistura é completamente concentrado, eles são melancólicos ao mais alto nível; mas se a concentração é um pouco atenuada, eis os seres de excepção. Mas eles são inclinados, se com isso não tomam cuidado, às doenças da bÍlis negra, afectando tal ou tal parte do corpo segundo os indivíduos”. (Aristóteles, 384-322 a.C.).

Desse modo, pode-se ver que, para Aristóteles, uma certa dose de humor melancólico determina a genialidade. Tais melancólicos seriam mais inteligentes e menos excêntricos, superiores ao resto do mundo em várias actividades, na educação, nas artes ou na política. A inspiração poética deixava de ser explicada por causas divinas transcendentais para ser atribuída a causas humanas corporais (Frias, 2002: 155).

No século II, destaca-se o trabalho de Galeno, médico do imperador Marco Aurélio, que segundo Radden (2000), foi um dos médicos que mais influenciou a era romana. Galeno sistematizou os escritos antigos acerca das doenças e agregou novas teorias às já existentes. Radden (2000) afirma que Galeno, num dos seus trabalhos sobre a função e as doenças do cérebro e da medula, havia escrito um capítulo dedicado à melancolia. Segundo Galeno (cit. por Radden, 2000), a doença aguda vinha do sangue ou bílis amarela e a doença crónica da fleuma, ou bílis negra. Galeno classificava a melancolia em três tipos, segundo a sua localização no corpo: no cérebro, na corrente sanguínea ou no estômago. Embora possam apresentar as mais variadas atitudes, a característica em comum dos melancólicos, segundo Galeno (cit. por Radden, 2000: 66), é a tristeza e o medo.

Na Idade Média, apesar da medicina de Galeno ainda ser dominante, o aumento do poder da Igreja Católica fez com que as ideias médicas entrassem em conflito com as religiosas. Assim, Solomon (2001) argumenta que o cristianismo foi especialmente ruim para os melancólicos, pois a melancolia significaria um afastamento de Deus. A vida deveria ser alegre, uma vez que a alegria era uma qualidade da santidade. A tristeza, entretanto, fruto da inspiração divina, conduziria à salvação e seria, por esse motivo, virtuosa. A melancolia estaria longe disso e era considerada uma doença especialmente nociva, porque o desespero do melancólico revelaria a ausência de alegria diante do conhecimento e da certeza do amor e da misericórdia divina (Solomon, 2001: 271).

Assim, pode-se entender o tratamento dado à melancolia na Idade Média. Naquela época, auge do catolicismo, a melancolia era considerada uma doença da alma. De acordo com a doutrina católica uma enfermidade somente poderia afligir ou ao corpo ou à alma, exclusivamente. Não haveria uma doença que afectasse ambos simultaneamente. A melancolia afectaria a alma e era vista como o pecado da *acedia*, um dos nove pecados capitais da época, mais tarde reduzidos a sete.

Porém, e durante muito tempo – até ao começo do século XVII – o debate sobre a melancolia permaneceu preso à tradição dos quatro humores de Hipócrates e suas

qualidades essenciais: qualidades estáveis que, de facto, pertencem a uma substância, que só pode ser considerada como causa (Foucault, 1999: 263).

Desta discussão chegou-se a algumas conclusões relativamente à origem da melancolia, que podem ser resumidas do seguinte modo: a existência do suco da melancolia, que possui qualidades próprias da doença e que são transmitidas entre corpo e alma; a relação entre a personalidade e o tempo, sugerindo neste ponto uma ligação mais estreita entre o tempo e as mulheres; o conflito interno resultante da alteração de uma qualidade e, por fim, as circunstâncias da vida que podem modificar essas qualidades (Foucault, 1999: 263).

A primeira vez que a palavra depressão foi utilizada remonta ao ano de 1750 por Samuel Johnson que associava este estado a espíritos “baixos”. Antes de 1700 à melancolia eram associadas as formas eróticas, religiosas, satânicas, nostálgicas e eruditas. Nesta altura a palavra depressão não fazia parte do vocabulário. O seu termo era mais incerto do que a própria doença. Os termos mais comuns eram melancolia, bílis, vapores, nervos e histeria, noções muito diferentes das actualmente utilizadas (Verztnan, 1995: 77).

A passagem do século XIX para o século XX ficou marcada, em psiquiatria, por dois grandes talentos: Kraepelin e Sigmund Freud.

Emil Kraepelin, célebre organizador da nosografia psiquiátrica, teve fundamental importância na história do conceito de depressão. Na quarta edição do seu *Manual de psiquiatria*, ainda não havia modificado o conceito de melancolia. Dividia as *loucuras periódicas* em quatro formas: as delirantes, as maníacas, as circulares e as depressivas (Verztnan, 1995: 77). Já na sexta edição, publicada em 1899, Kraepelin introduziu a sua principal inovação: o conceito de *loucura maníaco-depressiva*.

“Na mania não se trata somente de um retorno leal aos estados circulares; ela não é senão um episódio da loucura maníaco-depressiva. Ali onde realmente se pode encontrar a excitação maníaca, podemos concluir com a possibilidade de essas excitações se mostrarem algumas vezes durante a vida, além de prognosticar a incursão de estados depressivos entremeados.” (Kraepelin, 1905: 71).

Ele diferenciava-o do conceito de *demência precoce*, com base no prognóstico de que a melancolia não evoluía para a demência. Kraepelin apresentou também a ideia de que a depressão e a mania estariam associadas. E assim a melancolia como entidade

mórbida isolada deixava de ser incluída na nosografia psiquiátrica, dando lugar à interligação de depressão e mania, elucidada por Kraepelin.

Freud através do seu trabalho *Luto e Melancolia*, explicava que esta estava relacionada com a perda do objecto, de onde resulta um luto e conseqüentemente um estado melancólico. Considerava que a depressão era um mecanismo de defesa contra o sentimento de ódio sentido relativamente à perda do objecto amado por este ter “desaparecido”, na infância, traduzido em sentimentos de culpa, direccionados para a própria pessoa, através de uma “auto punição” (Vallejo – Nágera, 2002: 72).

Ambas as correntes ainda subsistem e com provas dadas da sua legitimidade, embora reajustadas às realidades e descobertas mais prementes, o que significa que as duas têm validade científica.

No período entre guerras, analisa Ehrenberg (1998), existe uma estabilização dos grandes conjuntos de doenças, mas elas só irão ganhar força quando da invenção, depois da Segunda Guerra Mundial, dos medicamentos da alma. Os neurolépticos provocaram, em 1952, transformações na clínica psiquiátrica e na neurobiologia. Nesse ano surgiu o primeiro medicamento antipsicótico, a Chlorpromazine⁵⁸, cuja descoberta se revelou importante para as futuras pesquisas de antidepressivos. Então, a psiquiatria ganha *status* de medicina, pois agora baliza-se na neurociência, que dá crédito aos seus modelos clínicos.

Segundo Ehrenberg (1998), após a descoberta dos antidepressivos, que ofereciam uma terapêutica eficaz para uma vasta gama de afecções, estas acabaram sendo agrupadas sob o nome de depressão. Não só a psiquiatria beneficiou dessa invenção, como ela foi um salto enorme também para a neurobiologia. Desde que se puderam conhecer os mecanismos de transmissão de informação do sistema nervoso e a sua influência nas doenças mentais, começou-se a pensar na compreensão dos mecanismos que levam às enfermidades, a partir da deficiência de serotonina⁵⁹.

⁵⁸Chlorpromazine: (Thorazine) é uma droga anti psychotic de baixa-potência. Usada no tratamento do pensar desorganizado e psicótico. Usa-se também para ajudar a tratar percepções falsas (por exemplo alucinações ou delírios). Disponível na <http://www.depression-guide.com/lang/pt/chic>. [consulta em: 12/12/2012].

⁵⁹Serotonina: é um neurotransmissor que actua no cérebro regulando o humor, sono, apetite, ritmo cardíaco, temperatura corporal, sensibilidade a dor, movimentos e as funções intelectuais. Quando ela encontra-se numa baixa concentração pode levar ao mau-humor, dificuldade para dormir e vontade de comer o tempo todo, por exemplo, e uma das formas de aumentar a concentração da serotonina na corrente sanguínea é consumir alimentos ricos em triptofano,

Portanto, a partir do que foi exposto, é possível ter uma ideia de como a melancolia foi perdendo terreno na psiquiatria para a depressão. No entanto, não são a mesma coisa, e do ponto de vista histórico acredito que se pode aqui tentar configurar o que era a melancolia em diferentes épocas. No início, ao falar da Grécia antiga até chegar à psiquiatria da metade do século XVIII, apesar do desalento e do medo estarem sempre relacionados com a melancolia, os mecanismos preponderantes que a caracterizavam eram os delírios, e a sua causa, a bÍlis negra.

O termo depressão, hoje, significa uma patologia de humor que, de forma directa, necessita ser identificada e tratada, e que não está relacionada com o carácter do indivíduo nem com a própria vontade do mesmo (Cordás & Sassi-Júnior, 1998: 61-68).

Sonenreich *et al.*, (1995: 29-40) afirmam que na psiquiatria, o termo depressão é usado para designar entidades nosológicas (psicose depressiva, depressão unipolar, transtorno depressivo major, depressão pós-esquizofrénica), transtornos de humor ou sintomas (nos alcoólicos, esquizofrénicos, demenciados, parkinsonianos).

Têm-se confundido com frequência os sintomas de ansiedade com os de depressão. Para o efeito achamos necessário abordar a comorbidade entre estas duas perturbações no ponto seguinte.

2.5 Ansiedade e Depressão: comorbidade e delimitação na investigação

O aspecto mais difícil inerente ao diagnóstico da perturbação de ansiedade é a temática da comorbidade. Existe uma extensa comorbidade entre a perturbação de ansiedade e a depressão (Ruscio, 2002: 377-400). As categorias do DSM-IV-TR (2002) são designadas de modo a permitir uma diferenciação entre as várias formas diferentes de Perturbação da Ansiedade (Perturbação de Pânico, Perturbação da Ansiedade Social, Perturbação de Stresse Pós-Traumático) e entre as perturbações da ansiedade e a depressão. Contudo, muitos estudos têm demonstrado que pessoas que sofrem de ansiedade e depressão cumprem frequentemente critérios para mais do que um diagnóstico. Os estudos sugerem também que a grande maioria dos indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada (PAG) experienciam um ou mais episódios de depressão clinicamente significativa e muitos desenvolvem episódios depressivos recorrentes, aparecendo a PAG como um estado intercorrente (Gorman, cit. por Oliveira & Lima, 2008).

outra é praticar exercícios físicos com regularidade. Disponível na www.tuasaude.com/serotonina/. [consulta em: 29/9/2012].

Quadro 2-2 – Sintomas específicos e mistos de ansiedade e depressão

Depressão	Sintomas Mistos	Ansiedade
Humor deprimido	Agitação	Hipervigilância
Anedonia	Insónia	Resposta de alerta
Ruminações relativas ao passado	Irritabilidade	Ruminações relativas ao futuro
Perda de interesse	Apreensão, pânico	Agorafobia
Lentificação/inibição	Ruminações negativas	
Perda/ganho de peso	Isolamento social	
	Disfunção	
	Hipoprosexia	
	Dor crónica	
	Fadiga, queixas gastrintestinais	

Fonte: Oliveira & Lima, 2008

Fazendo uma comparação, pacientes com perturbação de ansiedade generalizada geralmente não exprimem sentimentos de desânimo ou ideias suicidas como os pacientes com depressão. Além disso, enquanto nos pacientes ansiosos os medos são acerca de algo que pode acontecer, nos pacientes deprimidos o que era temido é algo que já ocorreu. Reconhecer quando a PAG se torna numa depressão tem implicações terapêuticas importantes (Gorman, 2001: 37-43).

Segundo Graziani (2005: 81), muitas das características da perturbação da ansiedade generalizada são também relatadas e/ou observadas num grande número de perturbações da ansiedade e de perturbações do humor. Por exemplo, os sujeitos que sofrem de perturbação obsessivo-compulsiva referem habitualmente longos períodos de tensão e de preocupações, assim como muitas pessoas que sofrem de depressão. Esta apreensão ansiosa poderia corresponder a um factor geral subjacente às perturbações do humor (Chorpita e Barlow, 1998: 3-21) acompanhado por um retraimento da atenção e uma redução da reactividade autónoma (Borkovec, 1994: 3-35). A síndrome da perturbação da ansiedade generalizada parece estar fortemente saturada deste tipo de factor, o que sugere que a ansiedade possa constituir o núcleo das perturbações da emoção.

Muito embora os actuais manuais de classificação de doenças mentais tratem separadamente os quadros ansiosos dos afectivos, pesquisas e autores têm-se preocupado em estabelecer relações entre esses dois estados psíquicos (Kendell, 1983).

O medo, por exemplo, seja de características fóbicas ou não, reflecte sempre uma grande insegurança e pode aparecer tanto nos Transtornos de Ansiedade quanto nos Transtornos Afectivos de natureza depressiva.

Actualmente tem-se enfatizado muito a teoria unitária, pela qual a ansiedade e a depressão seriam duas modalidades sintomáticas da mesma afecção. As actuais escalas internacionais de Hamilton⁶⁰ para a avaliação da ansiedade e depressão, não separam nitidamente os dois tipos de manifestações. Outras escalas anteriores também mostravam a mesma indiferenciação entre os dois quadros emocionais (Mendels cit. por Ballone, 2007: 43).

A tendência unitária Ansiedade-Depressão reforça-se ainda na eficácia do tratamento com anti-depressivos, tanto para quadros ansiosos, como é o caso do *Pânico*, *Fobia Social*, do *Transtorno Obsessivo-Compulsivo* e mesmo da *Ansiedade Generalizada*, quanto para os casos de Depressão, com ou sem componente ansioso importante (Ballone, 2007).

O número de autores que não acreditam na Ansiedade e Depressão como sendo a mesma coisa, aos quais nos juntamos, é a expressiva maioria. Entretanto, quase todos reconhecem existir alguma coisa em comum nesses dois fenómenos. Acreditamos, pois, na necessidade quase imperiosa de um substrato afectivo e de carácter depressivo. Estes aspectos são evidenciados nos resultados da nossa pesquisa:

- a) Os resultados da prevalência de ansiedade e depressão no meio rural e urbano são, na mesma grandeza, população alvo de estudo, isto é, os instrumentos para avaliação dos índices de prevalência da ansiedade (IDATE – Estado - Traço) e de depressão (Questionário de Beck) foram aplicados a uma amostra de igual tamanho: 150 indivíduos no meio urbano (Lubango) e 150 indivíduos no meio rural (Humpata e Matala);
- b) A ansiedade é bastante elevada, quer nas populações da zona urbana quer rural, manifestando-se em maior número nesta última, enquanto a depressão parece fazer-se sentir mais nas populações da zona urbana.

⁶⁰ A escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) desenvolvida por Max Hamilton (1959), possui 14 itens. Constitui uma medida explícita, ou seja, depende do auto-relato do indivíduo. Deve-se observar que medidas que envolvem o auto-relato, embora sejam muito mais específicas em relação às medidas de natureza autonómica, podem ser susceptíveis a problemas relacionados com limitações impostas pela consciência bem como factores externos à avaliação.

Saber com certeza se a ansiedade pode ser uma das causas de depressão ou se, ao contrário, pode surgir como consequência desta ou, ainda, se uma nova entidade clínica independente se constitui quando ambos os fenómenos coexistem na mesma amostra de população alvo de estudo, leva-nos a classificações destas duas perturbações para melhor clarificação.

2.6 Classificando as pessoas e suas perturbações: a evolução do DSM

A necessidade de recolher informação estatística foi o impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação de transtornos mentais nos Estados Unidos da América. A primeira tentativa oficial foi o censo de 1840, que levou em conta a única posição: idiotice ou insanidade. Quarenta anos mais tarde, o censo distinguiu entre sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo. A partir destas, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) e a Comissão Nacional de Higiene Mental desenvolveram um novo guia para os hospitais mentais, o Manual Estatístico para Uso de Instituições de Insanos (DSM), que incluiu 22 diagnósticos (Dunker & Neto, 2011). O DSM-I (1918) teve grande influência no sistema diagnóstico com predomínio de categorias de extracção psicodinâmica, ressaltando a oposição entre neurose e psicose (Dunker & Neto, 2011).

O DSM-II (1952) evoluiu a partir dos sistemas de colecta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos e de um manual desenvolvido pelo Exército dos Estados Unidos com a finalidade de selecção e acompanhamento de recrutas e das vicissitudes surgidas no contexto da guerra. Nesta versão de 1952, o sistema amplia a classificação utilizada pelo exército desde 1918, de modo a uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica em torno de 180 distúrbios (Dunker & Neto, 2011).

Segundo Dunker & Neto, entre 1952 e 1973 o DSM-II atraiu a ira dos críticos que nele reconhecem uma síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada, isto é, a individualização e patologização de contradições sociais, a segregação de minorias e o controle e neutralização de resistências encontrariam, assim, um referendo psiquiátrico-psicanalítico. Assim surgiu o DSM-III, com a introdução de novas categorias de desordens. A controvérsia surgiu em relação à supressão do conceito de “neurose”, um dos princípios da teoria psicanalítica e uma das justificações para o alcance dessa condição pela psicoterapia. Publicado em 1980, o DSM-III tem sido considerado uma profunda transformação da psiquiatria, propondo-se como um sistema classificatório, teórico e operacional das grandes síndromes

psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica (Dunker & Neto 2011).

O DSM-IV foi publicado em 1994, listando 297 desordens em 886 páginas. Um comité de direcção de 27 pessoas foi introduzido, incluindo quatro psicólogos. A equipa foi coordenada por Allen Frances. O comité director criou 13 grupos de trabalho de 5 a 16 membros. Cada grupo tinha aproximadamente 20 conselheiros. Os grupos de trabalho conduziram um processo: cada grupo conduziu uma extensiva revisão bibliográfica em seus diagnósticos. Então eles colheram dados dos pesquisadores, conduzindo análises para determinar qual critério requeria mudanças. A grande mudança foi a inclusão de um critério de significância clínica para quase metade das categorias, que exigia a causa dos sintomas “afiliação ou afecção clinicamente significativas na sociedade, ocupação ou outras importantes áreas de trabalho”. Em 2002, o DSM-IV foi revisto (DSM-IV-R). Actualmente, o DSM-V está em vigor desde 2013 mas pouco acessível aos vários profissionais de saúde mental.

O DSM-V, oficialmente publicado em 18 de Maio de 2013, é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizadas por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. O objectivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornece uma fonte segura e cientificamente válida para aplicação em “pesquisa e prática clínica” (DSM-V, 2014: 7).

As propostas para revisão dos critérios diagnósticos do DSM-V foram desenvolvidas com base em lógica, alcance das mudanças, impacto previsto sobre o manejo clínico e a saúde pública, solidez do respaldo das evidências de pesquisa, clareza geral e utilidade clínica. As propostas abrangeram alterações nos critérios diagnósticos; o acréscimo de novos transtornos, subtipos e especificadores; e a eliminação de transtornos existentes (DSM-V, 2014: 7).

Neste ponto seguinte da tese apresentamos as classificações normativas de doenças mentais e aproveitamos a ocasião para criticar algumas debilidades neste tipo de padrões universais de diagnóstico de perturbações mentais.

2.6.1 A ansiedade generalizada: escolha para a investigação

Segundo a classificação do DSM-IV-TR (2002), nas Perturbações da Ansiedade enquadram-se: Perturbação de Pânico; Agorafobia; Perturbação de Pânico com Agorafobia; Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico; Fobia Específica; Fobia Social; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação de Stress Pós-Traumático; Perturbação Aguda de Stress; Perturbação da Ansiedade Generalizada; Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral; Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias; e Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação. Note-se que os Ataques de Pânico e a Agorafobia ocorrem em muitas das condições atrás descritas.

Quadro 2-3 – Perturbações da Ansiedade - Classificação (DSM-IV-TR, 2002)

Perturbações da Ansiedade	Caracterização
Ataque de Pânico	É um período discreto em que há uma súbita investida de apreensão intensa, receio ou terror, muitas vezes associados a sentimentos de catástrofe eminente. Durante estes ataques, sintomas como falta de ar, palpitações, dor no peito ou mal-estar, sensações de sufoco, medo de “estar a ficar louco” ou perda de controlo estão presentes.
Agorafobia	É a ansiedade sobre, ou evitamento de, lugares ou situações em que escapar pode ser difícil (ou embaraçoso) ou em que a ajuda possa não estar disponível no caso de haver um Ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico.
Perturbação de Pânico sem Agorafobias	É caracterizada por Ataques de Pânico recorrentes e não expectáveis acerca dos quais existe uma preocupação persistente. A Perturbação de Pânico com Agorafobia caracteriza-se pela existência conjunta de Ataques de Pânico recorrentes, não expectáveis, e por Agorafobia.
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	Caracteriza-se pela presença de Agorafobia e de sintomas parecidos com o pânico sem história de Ataques de Pânico inesperados.
Fobia Específica	É caracterizada por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objecto ou situação temidos, muitas vezes conduzindo a comportamentos de evitamento.
Fobia Social	Caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de <i>performance</i> , conduzindo muitas vezes a comportamentos de evitamento.
Perturbação Obsessivo-	É caracterizada por obsessões (que causam ansiedade marcada ou angustia) e/ou compulsões (que servem para neutralizar a

Compulsiva	ansiedade).
Perturbação de Stress Pós-Traumático	Caracteriza-se pela experiência repetida de um acontecimento extremamente traumático acompanhado por sintomas de aumento da activação e por evitamento de estímulos associados ao trauma.
Perturbação Aguda de Stress	É caracterizada por sintomas similares aos da Perturbação de Stress Pós-Traumático que ocorrem imediatamente na consequência de um acontecimento extremamente traumático.
Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)	Que ocupa o centro do presente estudo, caracteriza-se por uma persistente e excessiva ansiedade e preocupação pelo menos nos últimos 6 meses.
Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral	É caracterizada por sintomas proeminentes de ansiedade que se julgam como uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral.
Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias	Caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade que são julgados como sendo uma consequência fisiológica directa do abuso de uma droga, medicamento ou exposição tóxica.
Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação	É incluída para codificar perturbações com ansiedade proeminente ou evitamento fóbico que não cumprem critérios para nenhuma das Perturbações da Ansiedade definidas no capítulo a elas inerente no DSM-IV-TR (2000) (ou para sintomas de ansiedade acerca dos quais há uma informação inadequada ou contraditória).

Fonte: DSM-IV-TR, (2002)

Delimitou-se, para este estudo, a Perturbação da Ansiedade Generalizada visto que, de uma perspectiva mais restrita, a literatura que enfoca os efeitos directos da violência política e das guerras na saúde, em geral, tenta estabelecer vinculação frontal entre a experiência original do trauma e a severidade e persistência – por vezes durante 50 anos – de determinados sintomas (ansiedade, depressão, consumo excessivo de álcool, drogas e transtorno de stress pós-traumático), em alguns indivíduos (Pedersen, 2006: 30).

De acordo com os critérios apresentados no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* (cit. In Gorman, 2001) da American Psychiatric Association, o diagnóstico da Perturbação da Ansiedade Generalizada aplica-se a indivíduos que experienciem ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) relativas a diversos acontecimentos ou actividades durante a maioria dos dias de forma persistente (6 meses ou mais). Deve haver uma manifesta dificuldade no controlo dessas preocupações e a ansiedade deve estar

associada à presença de três ou mais dos seguintes sintomas físicos e psicológicos: agitação; ficar facilmente fatigado; tensão muscular; irritabilidade; dificuldade de concentração; perturbação do sono. O facto da ansiedade e da preocupação não está confinado a traços de outra Perturbação da Ansiedade.

No estudo por nós realizado Os indivíduos reportam angústia devida a uma preocupação constante, e experienciam uma incapacitação ao nível social, ocupacional, ou noutra área importante do funcionamento.

As pessoas com Perturbação da Ansiedade Generalizada, quando procuram ajuda médica/religiosa/terapêutica tradicional, tendem frequentemente a apresentar primariamente queixas de ordem somática, mais do que referir ansiedade e preocupação, de ordem psicológica (Lydiard cit. por Oliveira & Lima, 2008). Na pesquisa os inquiridos apresentam entre os sintomas mais mencionados podendo-se destacar a tensão muscular, os tremores, as contracções, as dores, o sofrimento, as mãos frias, as náuseas e diarreias, o aumento da frequência de urinar, a boca seca, o suor, sendo também comuns as queixas de insónia, particularmente as dificuldades em adormecer.

Há um grande número de condições médicas capazes de provocar este tipo de sintomas, o que pode dificultar um diagnóstico apropriado. Acresce ainda o facto de haver muitas vezes relutância por parte do paciente em aceitar que sofre de uma perturbação psiquiátrica. Para excluir outras condições médicas gerais ou a hipótese de abuso de substâncias são normalmente suficientes uma história de vida feita cuidadosamente, um exame físico e estudos laboratoriais de rotina (Oliveira & Lima, 2008).

A impressão com que ficamos após estas explicações sobre sintomatologia e diagnóstico é que há uma certa imprecisão da análise do comportamento que tem definido as fronteiras entre o seu objecto de estudo e a fisiologia dos organismos e que se encontra exemplificada de modo singular na literatura que, sob um enfoque analítico-comportamental, discute esta perturbação psíquica (Ansiedade). Invariavelmente, definições ou propostas de análise dos fenómenos tidos como instâncias de ansiedade fazem referência ao que se passa com a fisiologia do organismo. Mais complexo será provavelmente o diagnóstico diferencial entre a Perturbação de Ansiedade Generalizada e outras perturbações psiquiátricas ou emocionais. O primeiro problema consiste na distinção entre ansiedade normal e patológica. Efectivamente, não existe uma fronteira

clara e definida entre o normal e o anormal no que respeita à ansiedade ou à preocupação.

As múltiplas e persistentes buscas de segurança, desencadeadas pelas pessoas afectadas por esta perturbação, raramente lhes proporcionam uma sensação satisfatória duradoura. Com este objectivo, dão-se a imensos trabalhos para evitar os perigos. A hipervigilância encontra-se especialmente presente na ansiedade generalizada: as pessoas com um nível elevado de ansiedade iniciam um exame minucioso dos estímulos potencialmente ameaçadores por meio do estreitamento do foco da atenção enquanto os estímulos são processados.

Outro distúrbio psicológico que foi seleccionado para a investigação foi a depressão. De seguida passaremos a descrição e diagnóstico do mesmo, segundo o DSM-IV-TR.

2.6.2 Depressão Major e os critérios de diagnóstico

Os estados depressivos têm sido objecto de muitas classificações, algumas delas regularmente revistas e repensadas, outras mais históricas. Como se sabe, o princípio de uma classificação é definir afecções caracterizadas por associações estáveis de sinais e cuja evolução é estável e previsível: a melancolia é um bom exemplo disso.

As sucessivas versões do DSM modificaram, com alguma regularidade, a terminologia e a classificação das perturbações do humor que parecia sem dúvida insatisfatória para os técnicos. O DSM-IV-TR (2002) apresenta primeiro os critérios do episódio *maníaco* e do episódio *depressivo major*, do episódio *misto* do episódio *hipomaníaco*, que constituem as perturbações de base que se vão combinar sob diversas formas e constituir as perturbações propriamente ditas. Depois define as *perturbações bipolares*, as *perturbações depressivas* e as outras *perturbações de humor*.

Quadro 2-4 – Perturbações Depressivas - Classificações DSM-IV-TR (2002)

Transtornos depressivos:

- 296.xx – Transtorno depressivo major, que é subdividido em episódio único, ou recorrente.
- 300.4 – Transtorno distímico, que pode ser especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio), e de acordo com a presença ou ausência de características atípicas.
- 311 – Transtorno depressivo sem outra especificação (SOE).

Transtornos bipolares:

- 296.xx – Transtorno bipolar I: inclui a ocorrência de episódio maníaco único. O DSM-IV pede que se especifique o tipo do episódio mais recente: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto, ou in especificado.
- 296.89 – Transtorno bipolar II (hipomania associada a pelo um episódio depressivo-major). Especificar se o episódio actual (ou mais recente) é hipomaníaco ou depressivo.
- 301.13 – Transtorno ciclotímico
- 296.80 – Transtorno bipolar sem outra especificação (SOE)
- 293.83 – Transtorno do humor devido a condição médica geral
- ____- Transtorno do humor induzido por substâncias (referir os códigos específicos para cada substância).
- 296.90 – Transtorno do humor sem outra especificação (SOE).

Fonte: DSM-IV-TR, (2002)

Como uma análise e descrição exaustiva das classificações de depressão fogem ao âmbito deste trabalho será descrita e discutida apenas a Depressão Major no quadro da Classificação do DSM-IV-TR (2002). Esta é a classificação mais conhecida e adoptada entre pesquisadores e terapeutas. Além disso, é a classificação mais polémica, pois traz à tona o problema da etiologia da depressão: causas biológicas ou ambientais. Estas reflexões podem levar-nos à perturbadora afirmação de Kleinman: «a síndrome depressiva é uma categoria cultural construída pelos psiquiatras ocidentais para adaptar às suas próprias exigências um grupo homogéneo de pacientes» (Kleinman, 1977: 85-93).

Segundo o DSM-IV-TR (2002) os critérios de diagnóstico do Episódio Depressivo Major são os seguintes:

1. Presença de, pelo menos, 5 dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas e representando uma alteração do funcionamento prévio: a) humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sentem-se tristes ou vazios) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso); b) diminuição clara do interesse ou

prazer em todas, ou quase todas as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicando pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros); c) perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo: uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; d) insónia ou hipersónia quase todos os dias; e) agitação ou lentidão psicomotora, quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento); f) fadiga ou perda de energia, quase todos os dias; g) sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimento de culpa por estar doente); h) diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros); i) pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer).

2. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.
3. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.
4. Os sintomas não são devidos a efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas), medicação ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).
5. Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

O DSM-IV-TR (2002) especifica por outro lado que o episódio depressivo pode ser classificado como: ligeiro, moderado, grave sem características psicóticas, grave com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão completa; crónico; com características catatónicas; com características melancólicas; com características atípicas; com início no período pós-parto.

A periodicidade pode ser indicada pelas seguintes especificações: especificadores longitudinais de evolução (com ou sem recuperação completa entre os episódios); com padrão sazonal.

Quadro 2-5 – Classificação das Perturbações Depressivas Major

Perturbações	Classificação
Distímica	Caracteriza-se essencialmente por um humor depressivo crónico durante mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos. Pode ser especificado pelas características seguintes: início precoce; início tardio; com características atípicas.
Bipolar I	É caracterizada essencialmente pela presença de um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos. Frequentemente, estes sujeitos também tiveram um ou mais episódios depressivos major. Cada episódio actual pode ser especificado pelas seguintes características: ligeiro, moderado, grave sem características psicóticas, grave com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão completa, sem características catatónicas, com início no período pós-parto.
Bipolar II	Trata-se de uma sequência de episódios depressivo major recorrentes com episódios hipomaníacos. Também aqui se utilizam especificadores para descrever os episódios depressivos e hipomaníacos, assim como a frequência dos episódios.
Ciclotímica	Evolução crónica e flutuante de perturbações do humor que envolve numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos episódios de sintomas depressivos.

Fonte: DSM-IV-TR, (2002)

O campo da saúde se constrói a partir da complexidade das práticas, dos valores e do estilo de vida próprios aos grupos populacionais. Logo, esse campo se revela como um espaço privilegiado para a reflexão antropológica, na medida em que se desenvolve em contextos de relações de alteridade, a partir dos modos de vida e das práticas dos grupos sociais. As pesquisas qualitativas, que ocupam cada vez mais espaço no campo da saúde, evidenciam a prevalência das questões socioculturais e dos marcadores sociais da diferença: "classe social", "etnia", "gênero", "raça" na determinação do processo saúde-doença e das práticas de cuidado, daí ser necessário fazermos uma reflexão crítica sobre estas classificações, no ponto seguinte.

2.6.3 Uma reflexão crítica ao DSM-IV-TR

Conforme apresentaremos no ponto 2.8 deste capítulo (um olhar etnopsiquiátrico sobre ansiedade e depressão) os resultados da maior parte das entrevistas realizadas a profissionais de saúde mental e a alguns dos indivíduos da amostra, estas classificações não têm servido de modelo fidedigno para o diagnóstico e descrição das perturbações de

ansiedade e depressão. Logo, cabe-nos fazer neste ponto uma análise dos factores que estão na base disso e apresentar as posições apresentadas por estes profissionais.

Recuemos para que o argumento fique claro. Entre o DSM-III e o DSM-IV-TR rompeu-se a antiga prática ou o consenso tácito, que fez a psicopatologia depender de duas estratégias de autojustificação: a antropologia filosófica e a filosofia da história. Segundo Dunker & Neto (2011), toda a psicopatologia deve prestar contas e entabular uma resposta para:

- a) O problema da “universalidade das formas do patológico” – uma explicação para a existência de regularidades clínicas que permanecem no tempo e no espaço, apesar de alterações e modulações expressivas e funcionais. É no interior desse problema que vemos emergir a posição biológica ou organicista, que se advoga á universalidade biológica das modalidades do patológico baseado em perturbações genéticas, endócrinas, neuroquímicas, anatómicas. Nasce aqui também a posição contrária, que advogará a fundamentação social da universalidade das formas do patológico, remetendo-a a contradições derivadas do que há de universal entre/ou nas culturas, por exemplo, estruturas familiares, funções de personalidade, gramáticas simbólicas. Ambas as posições devem dar conta ainda de um problema comum: explicar que tipo de relação está prevista entre as formas simbólicas universais e os tipos particulares de expressão, manifestação ou apresentação de sintomas. Esses casos seriam particularidades de tipos universais? Subconjuntos de conjuntos maiores?
- b) O problema da “evolução do patológico” em relação à sua própria história, transformação e reactividade às circunstâncias que se impõem a alguém acometido por uma afecção dessa natureza. O facto elementar nesse caso diz respeito à natureza transformativa ou evolutiva do sintoma. Transformação que justifica e torna possíveis as tentativas de tratamento, cura ou remissão. A lógica transformativa exige que se considerem modos de relação entre o sujeito e seu sintoma, tipos de reacção da personalidade com o processo mórbido, efeitos intersubjectivos de adaptação ou distonia frente a uma determinada patologia. Segundo Dunker & Neto (2011), surgem duas posições. Há aqueles que advogam a natureza essencial, orientada e dirigida dessa transformação, seja ela baseada em argumentos de facto naturalistas (como a psicologia do desenvolvimento) ou ainda em argumentos derivados de uma ontologia

humanista, pré ou pós-metafísica. Em oposição, há aqueles que se sugerem a relativa indistinção entre a história do sujeito e a de seus sintomas, como os que se apoiam na noção de estrutura, mas também nos funcionalistas de todo o género.

Partimos para esta investigação sabendo que o próprio termo psicopatologia está carregado de ambiguidades. Trata-se de uma terminologia fortemente associada às raízes psiquiátricas. Tal termo evoca uma disciplina que trata da natureza da doença mental, das suas causas, mudanças estruturais e funcionais ligadas a ela e das suas formas de manifestação.

Os profissionais de saúde mental, por vezes, sentem-se embaraçados no seguimento destes manuais de diagnóstico como é espelhado na entrevista por nós realizada no município do Lubango dia 16 de Setembro de 2012:

Entrevistada Itelvina:

“ Nós temos poucos instrumentos validados para o nosso contexto, temos alguns como a escala de avaliação ao acontecimento traumático que foi adaptado para a nossa população, temos alguns que estão a ser adaptados, mas normalmente nós utilizamos as escalas de ansiedade e depressão de sintomas psicopatológicos que nos ajudam a entender um pouco melhor os problemas que os pacientes apresentam aqui”.

Concluimos este ponto apresentando, do seguinte modo, o nosso ponto de vista sobre o assunto:

Sabendo que o DSM-IV-TR foi criado para diminuir a lacuna entre o DSM-IV e o futuro DSM-V e que a proposta foi corrigir o desfasamento de mais de 12 anos entre uma publicação e a outra “A maioria das alterações dizem respeito às secções Características e Transtornos Associados (que inclui os Achados Laboratoriais Associados), Características Específicas de Cultura, Idade e Género, Prevalência, Curso e Padrão Familiar. Para uma série de transtornos, a secção Diagnóstico diferencial também foi ampliada de modo a oferecer diagnósticos mais abrangentes” (DSM-IV-TR, 2002).

Contudo, considera-se o DSM-IV-TR (2002) um atropelo Cultural, pelo facto de vários dos critérios de diagnóstico para várias desordens ter ainda um *deficit* cultural. O Manual tem uma orientação definida a cultura ocidental e não considera suficientemente

a norma em outras culturas dentro e fora desses contextos. Por exemplo, muitas características associadas a Desordens de Personalidade Dependente podem não ser consideradas patológicas entre as culturas que são colectivistas e colocam ênfase maior na coesão familiar sobre os desejos individuais como é o caso da Huíla.

O facto de desumanizar, etiquetar indivíduos, com patologias que podem ser buscadas num livro como se a pessoa fosse uma entrada num dicionário. Concentrar-se em critérios de diagnóstico e em sintomas do modo em que muitos clínicos o fazem, pode levar a perder de vista o paciente como indivíduo único com uma personalidade e um conjunto de problemas únicos.

O uso do DSM-IV-TR nas políticas públicas de saúde mental é baseado no seguinte facto: para organizar de forma eficiente os investimentos em saúde pública (incluindo a saúde mental), o gestor deve saber quais são as entidades clínicas mais frequentes e prevalentes em certa comunidade e conhecer a real eficácia das diferentes modalidades terapêuticas disponíveis. Em Angola há uma rede importante de práticas tradicionais de medicina, utilizadas enquanto substitutos da rede oficial, suprimindo as carências de atendimento da oficialmente organizada. O que difere no caso angolano de outros países não é a existência de práticas tradicionais de cura, fenómeno que existe em todas as sociedades, mas o facto de que este sistema não se apresenta somente como complementar. Esta prática é uma escolha que se julga mais eficaz ou adequada que aquela oferecida pela perspectiva biomédica, mas em alguns casos, a única alternativa em busca da cura (Santos, 2012: 35).

O ponto que se segue leva-nos a perceber qual o estado da população estudada, em termos de perturbações psíquicas.

2.7 Quais os índices de prevalência das perturbações psicológicas (ansiedade e depressão) na população estudada?

No nosso trabalho, não fazemos uma distinção entre as variáveis, uma vez que, não se tratando de um estudo experimental, não manipulámos a variável independente. Limitámo-nos, apenas, a aproveitar os “factos” já existentes para correlacionar as variáveis do nosso trabalho que são: intensidade de depressão, intensidade de ansiedade, zona rural e zona urbana.

Partimos do princípio de que a resposta à ansiedade e/ou depressão pode ser destrutiva (reações orientadas para a defesa). O mesmo agente gerador não levará à ansiedade ou à depressão ao mesmo nível em todas as pessoas, tanto do meio rural

como do meio urbano e para tal baseámo-nos nos seguintes graus/intensidade e sintomatologia (Cordás, 2004: 40).

- Ansiedade leve: caracterizada por leve desconforto; aumento da capacidade de lidar com o agente gerador; aumento da consciência das capacidades de resolução de problemas do campo perceptivo e da capacidade vígil, assim como da capacidade de ver mais conexões entre eventos; perda de sono; curiosidade; perguntas repetitivas; busca constante de atenção; depreciação; compreensões erróneas; hostilidade flutuante; inquietação; irritabilidade; aumento da atenção sobre a situação problemática.
- Ansiedade moderada: caracterizada por desconforto moderado, aumento da capacidade de concentrar, focalizar a atenção sobre a situação problemática; concentrar-se sobre dados sensoriais relevantes para o problema e verbalizar; mais alerta; estreitamento do campo perceptivo; desatenção selectiva; alguma capacidade de perceber e compreender as conexões entre os eventos; tremores vocais; alteração no tom de voz; aumento da frequência respiratória e cardíaca e da tensão muscular; tremores.
- Ansiedade alta ou grave: caracterizada por tendência em dissociar os sentimentos ansiosos do eu; negação da existência de sentimentos desconfortáveis para proteger o eu; campo perceptivo grandemente reduzido; foco em pequenos ou fragmentados detalhes; desatenção selectiva; interferência no funcionamento eficiente; verbalizações difíceis e inadequadas; incapacidade de se concentrar; actividade sem propósito; incapacidade para aprender; sentimento de catástrofe eminente; hiperventilação; taquicardia; frequência mictória aumentada e urgência.

Relativamente à depressão, os critérios de diagnóstico em que nos baseámos foram do DSM-IV-TR (2002), sendo os sintomas os seguintes: Rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição da actividade, alteração na capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga constante, problemas de sono, falta de apetite, diminuição da auto-estima e da autoconfiança, lentidão psicomotora importante, agitação, perda da libido, alucinações e outros sintomas psicóticos, e sintomas físicos (desconforto no batimento cardíaco, boca ressecada, constipação, dores de cabeça e dificuldades digestivas).

Os graus de intensidade basearam-se em - sem depressão e com depressão (Correia, 2005: 37).

- Sem depressão: é indicativo de que há períodos sem qualquer sintoma apresentado.
- Com depressão: Neste tipo de perturbação não há alternância de períodos de doença e períodos de sintomas, como ocorre na depressão leve. Os sintomas psicológicos são mais intensos e prolongados e interferem na vida da pessoa, perturbando ou impedindo as actividades normais e dificultando os relacionamentos. Os sintomas físicos da doença manifestam-se claramente e podem chegar ao delírio e alucinações. A maior quantidade de sintomas é angustiante.

Para uma melhor percepção dos resultados da investigação recordemo-nos da população e amostra apresentadas na introdução deste trabalho.

2.7.1 População e amostra

Para determinar o valor da ocorrência e intensidade de ansiedade e depressão considerou-se uma amostra que integrou 300 indivíduos (150 da zona urbana – Lubango - e 150 da zona rural – Matala e Humpata) e é constituída por sujeitos numa faixa etária de 18 a 65 anos de idade em que 64,7% são do género masculino. A selecção destas zonas foi feita na base de informações sobre os locais de fixação dos deslocados provenientes dos municípios que foram palco dos conflitos armados na província da Huíla. Os critérios de selecção da amostra foram feitos em colaboração com as autoridades tradicionais que nos indicaram quem eram os indivíduos deslocados de outros municípios e que estavam sobre controlo destes sobas.

Os critérios utilizados para classificar os indivíduos como tendo ansiedade e/ou depressão, operacionalizados a partir do DSM-IV-TR (2002), relacionam a existência de acontecimentos traumáticos com a sintomatologia a estes associada, bem como a sua repercussão na vida diária do indivíduo.

A amostra por nós estudada tem a escolaridade entre o nível primário 34,3% e o nível secundário 65,7%, subdivididos em 1º ciclo 22,9% e 2º ciclo 42,8%. Outro dado sociográfico que nos interessou saber foi a religião a que pertenciam e os resultados foram de 47,5% católicos, 39,5% de protestantes, e 13% de adventistas.

Tratando-se de uma investigação em que no primeiro momento foram utilizados questionários para a recolha de dados quantitativos, dedicamo-nos, no ponto seguinte, aos pormenores dos mesmos, tal como as suas limitações.

2.7.2 Que Instrumentos de avaliação clínica foram utilizados?

Tendo em consideração os objectivos do estudo, as teorias que nos servem de guia e os dois momentos referenciados no ponto anterior (amostragem) os instrumentos padronizados que utilizamos foram os seguintes:

O Inventário de Beck para Depressão (Beck Depression Inventory – BDI) foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade de depressão. Os seus itens derivaram de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia e posteriormente foram seleccionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com critérios diagnósticos do DSM – III e da literatura sobre depressão.

O BDI foi traduzido para o português em 1982 (Beck et al.) e validado por Gorenstein & Andrade (1996: 453-57).

O BDI discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos (Gorenstein & Andrade, 1996) e é considerado como referência padrão e uma das escalas auto-aplicadas mais comumente utilizadas para avaliação de depressão (Del Porto, 1989: 93-100). Tem sido utilizado em estudos sobre estados depressivos.

Em Angola, mais precisamente no Lubango, foi adaptado e utilizado por Oliveira (2007), num estudo sobre a influência da depressão no rendimento académico dos estudantes; por Gembi e Rangel (2007), num estudo comparativo da depressão entre reclusos detidos e condenados da comarca da Huíla; por Correia (2005) numa pesquisa sobre depressão e comportamento sexual de risco dos seropositivos da cidade do Lubango. Segundo estes autores a adaptação cultural pressupôs a combinação de duas etapas associadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita. Em primeiro lugar, foi feita a tradução literal de palavras e sentenças de português para as línguas nacionais e de um contexto cultural para outro. Após essa etapa ocorreu a avaliação da qualidade da medida adaptada em relação à sua compreensão, validade aparente e de conteúdo, bem como a replicabilidade e adequação da nova versão do instrumento (Correia, 2005: 37).

Cada item exige que a pessoa escolha uma das quatro questões alternativas, ou a que melhor se adequar aos seus sentimentos e ideias. Os valores da pontuação a atribuir a

cada item vão de zero a três, indicando níveis ascendentes de depressão. O resultado final é o somatório dos resultados atribuídos em cada item, que está compreendido entre zero a sessenta e três.

Os níveis de depressão são avaliados em função de uma escala assim estabelecida: 0 a 19 (sem depressão); 20 a 30 (depressão leve); 31 a 40 (depressão moderada); 41 em diante (depressão grave). Por este motivo, o questionário de depressão de Beck foi escolhido por nós por ser um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afectivas e somáticas da depressão. São elas: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, auto depreciação, auto acusação, desejo de auto punição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fragilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido.

a) Limitações do Inventário de Beck (BDI)

- a. O diagnóstico de doenças mentais não acompanha a lógica e objectividade que outros diagnósticos possuem. O que permite diferenciar uma doença de outra, conforme o modelo da medicina moderna é a identificação de um sinal patognomónico. No caso das afecções psicopatológicas, a maioria não possui um sinal biológico que seja único para cada uma delas (Facó, 2008: 67).
- b. Fazendo uma distinção entre o diagnóstico em medicina geral e em psiquiatria, de acordo com o mesmo autor, este último sempre “dependerá da avaliação subjectiva do profissional de saúde mental, não dispondo de exames específicos para garantir, com pequena margem de erro, um diagnóstico diferencial” (p. 77).
- c. Com os transtornos depressivos não é diferente, a subjectividade do examinador sempre está presente. O bom clínico deve saber reconhecer, no discurso do paciente, os sinais de depressão, assim como os seus sintomas, para assim realizar o encaminhamento adequado e, até mesmo, actuar de forma preventiva. Contudo, o que na realidade acontece é que a depressão ainda é sub-diagnosticada e sub-tratada (Fleck et al., 2003: 114-122).
- d. A disseminação dos transtornos de humor entre a população é do conhecimento geral, assim como é notório que o diagnóstico e o tratamento para essa patologia

ainda não são realizados adequadamente ou, simplesmente, não acontecem (Gauer et al., 2003; Botega et al., 2006).

- e. A maioria das pessoas que apresentam quadros depressivos não procura atendimento de saúde e, quando o fazem, buscam auxílio não-especializado. Além disso, segundo Menezes e Nascimento (2000), algumas pessoas que são consideradas como casos novos de depressão podem, na verdade, estar a apresentar uma recaída. Ainda, para estes autores, episódios passados da doença podem ser esquecidos, especialmente por pacientes com sintomatologia moderada, episódios pouco recorrentes ou que não receberam tratamento (Menezes e Nascimento, 2000: 29-36).
- f. Tais “erros” diagnósticos também estão ligados ao facto de que as manifestações do transtorno se dão, muitas vezes, por queixas físicas múltiplas e dores no corpo, bem como pela associação de depressão a outras patologias não psiquiátricas, como cardiopatia, diabetes, hipertensão, etc. (Gauer et al., 2003: 386-406).
- g. Além disso, deve-se considerar que sentimentos de tristeza, desânimo, angústia, fazem parte da vida de qualquer pessoa. Esses sentimentos podem apresentar-se devido a situações de perda, fracassos, desapontamentos, entre outras adversidades comuns da vida; por isso, o quadro psicopatológico pode permanecer mascarado, por serem sentimentos corriqueiros da vida (Del Porto, 2000);
- h. O mais grave é que, conforme dados citados por Fleck et al., (2003), os diagnósticos não são realizados, também, por falta de preparo por parte de profissionais da saúde, descrença destes no sucesso do tratamento ou, ainda, pela atenção apenas às manifestações físicas.

Para a ansiedade utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço – Estado (Stait-Trait Anxiety Inventory – IDATE). Este inventário foi desenvolvido por Spielberger et al., (1970) e traduzido e validado por Biaggio & Natalício (1979) para a população brasileira. Trata-se de um questionário de auto-avaliação amplamente utilizado na monitorização de estados ansiosos (Fankhauser & German, 1987: 2087-2100). Composto de duas escalas distintas elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade, ou seja, estado ansioso (IDATE – Estado) e traço ansioso (IDATE – Traço).

Cada escala consiste de 20 afirmações para os quais os voluntários indicam a intensidade naquele momento (IDATE – Estado) ou a frequência com que ocorrem (IDATE – Traço) através de uma escala de 4 pontos (1 a 4). O score total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.

Este inventário foi adaptado e utilizado em Angola por Gelma, (2009) num estudo da ansiedade nos alunos do IMELUB durante as provas.

A fim de evitar a influência da “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados de maneira inversa, isto é, as respostas marcadas com 1,2,3, e 4 recebem o valor de 4,3,2, e 1, respectivamente. Na escala IDATE-Estado são 10 itens computadorizados desta maneira (1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20). Portanto, os indivíduos que apresentem uma pontuação menor que 34 pontos indicam uma ansiedade leve, quando a pontuação se encontrar entre 34 a 54, indicam ansiedade moderada ou média, enquanto uma pontuação de mais de 55 pontos a indicação é de ansiedade alta.

O estado de ansiedade (A - Estado) é conceptualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e acompanhados de aumento na actividade do sistema nervoso autónomo. Scores em A – estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo (Biaggio & Natalício 1979).

Os itens da escala Ansiedade Estado são constituídos pelas seguintes afirmações: sinto-me calmo; sinto-me seguro; estou tenso; estou arrependido; sinto-me à vontade; sinto-me perturbado; estou preocupado com possíveis infortúnios; sinto-me descansado; sinto-me ansioso; sinto-me “em casa”; sinto-me confiante; sinto-me nervoso; estou agitado; sinto-me em pilha de nervos; estou desconfiado; sinto-me satisfeito; estou preocupado; sinto-me superexcitado e confuso; sinto-me alegre e sinto-me bem.

O traço de ansiedade (A – traço) refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em relação à propensão para a ansiedade, isto é, as diferenças na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Como um conceito psicológico, traço de ansiedade tem as características de uma classe de constructos a que Biaggio & Natalício (1979) se referem como “disposições comportamentais adquiridas”. Os motivos são definidos por Campbell (1963) como disposições que permanecem latentes até que uma situação as active. As disposições comportamentais adquiridas, de acordo com Campbell, envolvem resíduos de experiências passadas que predisõem um indivíduo tanto a ver o mundo de determinada forma, quanto a manifestar reacções objectivas e realísticas.

Já os itens correspondentes à escala Ansiedade Traço são: sinto-me bem; canso-me facilmente; tenho vontade de chorar; gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser; perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente; sinto-me descansado; sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo; sinto que as dificuldades se estão acumulando de tal forma que não consigo resolver; preocupo-me demais com coisas sem importância; sou feliz; deixo-me afectar muito pelas coisas; não tenho muita confiança em mim mesmo; sinto-me seguro; evito ter que enfrentar crises ou problemas; sinto-me deprimido; estou satisfeito; às vezes ideias sem importância entram na minha cabeça e preocupam-me; levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça; sou uma pessoa estável; fico tenso e perturbado quando penso nos meus problemas de momento.

Em geral, seria de se esperar que aqueles que têm pontuações altas de Ansiedade – traço demonstrariam elevações nos sinais de Ansiedade – estado mais frequente do que os indivíduos com pontuações baixas de Ansiedade – traço uma vez que eles tendem a vivenciar uma ampla gama de situações como perigosas ou ameaçadoras. Pessoas com scores altos de Ansiedade – traço também são mais propensas a responder com aumentos na intensidade da Ansiedade - estado em situações que envolvem relações interpessoais que apresentam alguma ameaça à auto-estima. Descobriu-se, por exemplo, que circunstâncias em que se experimenta o fracasso ou em que a suficiência pessoal é avaliada (por exemplo, fazer um teste de inteligência) são particularmente ameaçadoras para pessoas com elevado traço de ansiedade (Spielberger, 1970). As pessoas que diferem quanto a Ansiedade – Traço mostrarão ou não diferenças correspondentes ao estado ansioso dependendo do grau com que a situação específica é percebida por um indivíduo em particular como perigosa ou ameaçadora, sendo isto grandemente influenciado por experiências passadas do indivíduo.

b) Limitações do IDATE Estado-Traço

- i. As análises dos dados apontam que as variáveis sociodemográficas (por exemplo: nível de escolaridade) influenciam o desempenho da escala, podendo justificar as inconsistências entre os diferentes estudos (já realizados ou por realizar);

- ii. As escalas Ansiedade – estado e Ansiedade - traço podem interferir na tomada de decisões clínicas, levando à busca de estratégias para suplantar as limitações do instrumento;
- iii. A desvantagem desse tipo de escala é não permitir dizer o quanto um indivíduo é mais favorável a outro item, nem tampouco medir o quanto de mudança ocorre na atitude, após expor os respondentes a determinados eventos traumáticos.

Depois de recolhidos os dados através dos inventários acima apresentados, dedicamo-nos a análise dos mesmos, tendo sempre como linhas orientadoras os objectivos do estudo e as hipóteses formuladas.

2.7.3 Análise dos dados

A análise dos dados, a interpretação e discussão das informações recolhidas durante a investigação, é feita pretendendo responder às hipóteses por nós levantadas (H1: O diagnóstico e sintomatologia da ansiedade aumentam com a exposição à violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana); H2: O diagnóstico e sintomatologia da depressão aumentam com a exposição à violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana); H3: Existe uma relação entre as perturbações de ansiedade e de depressão e as histórias de vida de elementos que vivenciaram o período de guerra prolongada; H4: Existe uma relação entre o diagnóstico de ansiedade e de depressão e as variáveis sociodemográficas dos indivíduos que constituem a amostra do estudo.

Neste sentido, e sendo no primeiro momento uma amostra probabilística aleatória sistemática, o tratamento estatístico dos dados dos Inventários de Beck e Idate-estado-traço foi feito com base no programa «SPSS for Windows – Base System User’s Guide Release 15.0» (Bryman & Cramer, 2011). Foi testada utilizando-se Análises de Variância (ANOVA – uni e multivariada). O procedimento de Análise de Variância é apropriado para testar hipóteses de igualdade de duas ou mais médias de grupos independentes. Verifica-se assim o efeito de uma ou mais variáveis nas médias de outra variável.

Sendo, no segundo momento, uma amostra não probabilística por conveniência a catalogação das entrevistas decorreram de forma distinta. Transcritas as entrevistas foram catalogadas através de perguntas-chave, seguidas de comentários. Depois de analisada a tabela, foram elaboradas as conclusões, compreendendo como são

construídos os conceitos de consequências psicológicas, ansiedade e depressão, possibilitando a revisão de teorias conceptuais analisadas aquando da revisão bibliográfica.

Os resultados da aplicação dos instrumentos de diagnóstico e prevalência das perturbações ansiedade e depressão na amostra das populações estudadas no meio rural (Humpata e Matala) e meio urbano (Lubango) foram os que passaremos a apresentar:

2.7.4 Resultados quantitativos

Depois da aplicação dos instrumentos, os dados foram lançados no programa estatístico SPSS-Windows versão 15 e foram feitas análises comparando sempre a zona urbana com a rural, com o fim de verificar se há diferenças entre a ansiedade e a depressão nestas duas zonas. É de salientar que as populações da zona rural da província da Huíla (Municípios da Matala e Humpata que serviram de albergue aos refugiados dos municípios do norte da província mais fustigados pela guerra) estiveram mais expostas à violência política do que as da zona urbana (Lubango).

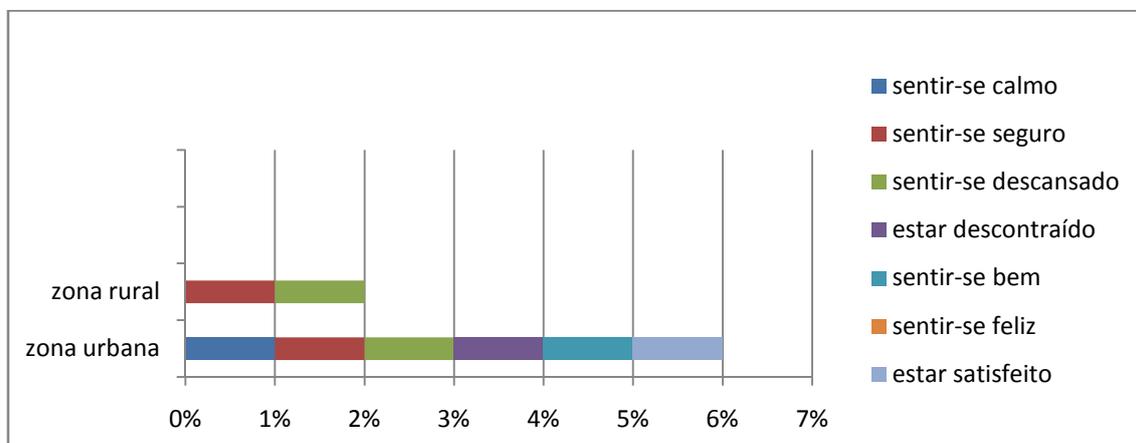
Quadro 2-6 – Frequências e Percentagens da Variável Intensidade de Ansiedade nas Zonas Urbana e Rural (n=300)

Intensidade de Ansiedade	Graus	Zona urbana		Zona rural	
		Frequência	Percentage m	Frequência	Percentagem
Ansiedade	Ansiedade leve	9	6%	3	2%
	Ansiedade moderada	115	76,6%	142	94,6%
	Ansiedade grave	26	17,4%	5	3,4%
Total		150	100%	150	100%

Os indicadores de intensidade de ansiedade espelhados no quadro n.º 2.6 fazem com que nos dediquemos aos índices de maior e menor percentagem das respostas aos itens do IDATE (Ansiedade Estado e Ansiedade Traço). Verifica-se que tanto na zona urbana como na zona rural existe uma pequena percentagem de Ansiedade leve, isto é, 6% e 2% respectivamente já que poucos apontaram que se sentem calmos, descansados,

descontraídos, sentirem-se bem, serem felizes, sentirem-se seguros e estarem satisfeitos, ou seja, a pontuação de diagnóstico foi inferior a 40.

Figura 2.1 – Distribuição das respostas na ansiedade leve (n=300)

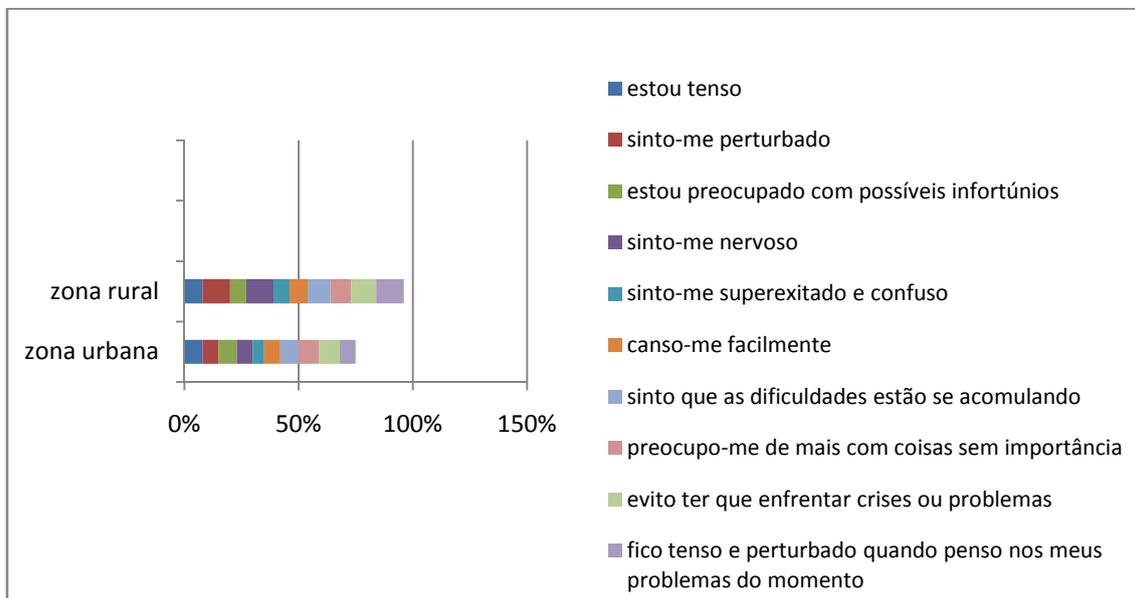


O gráfico n.º 2.1 espelha a distribuição das respostas ao Inventário IDATE-Estado e IDATE-Traço em relação à ansiedade leve. Na zona rural verificou-se uma ausência na pontuação de itens relativos ao sentir-se calmo, estar descontraído, sentir-se bem, sentir-se feliz e estar satisfeito. Presume-se que estes inquiridos da zona rural podem não ter interpretado o termo “calmo” dentro dos padrões sintomatológicos esperados e daí não o marcaram; o mesmo sucede com os termos “descontraído”, “sentir-se bem” e “satisfeito”. Outro aspecto interessante é que ninguém da zona rural ou urbana se “sentiu feliz”. Também só na zona rural assinalaram os itens “sentir-se seguro” e “sentir-se descansado”, que poderá ter a ver com a ausência da guerra em doze anos.

Em relação à ansiedade moderada, o quadro já é bastante diferente, tanto na zona urbana como na rural existem indicadores de estados patológicos, pois este grau já é considerado preocupante. A zona rural (94,6%) supera a urbana (76,6%), isto é, resultados acima dos 50% em cada meio e no rural quase se aproxima do total da amostra (150 indivíduos). A maior parte da pontuação máxima recaiu sobre os seguintes itens: Escala Ansiedade Estado: 3. Estou tenso; 6. Sinto-me perturbado; 7. Estou preocupado com possíveis infortúnios; 12. Sinto-me nervoso; 18. Sinto-me superexcitado e confuso. Na Escala Ansiedade Traço: 2. Canso-me facilmente; 8. Sinto que as dificuldades estão-se acumulando de tal forma que não consigo resolver; 9. Preocupo-me demais com coisas sem importância; 14. Evito ter que enfrentar crises ou

problemas e 20. Fico tenso e perturbado quando penso nos meus problemas do momento.

Figura 2.2 – Distribuição das respostas na ansiedade moderada (n=300)



Todos os itens que foram marcados e que dão indicadores de um alto grau de ansiedade moderada na zona rural (mais de 90%), bem como na zona urbana, ultrapassando os 70% possuem elevada taxa de sintomas ansiosos, sem nunca serem, porém, diagnosticados. É claro que este quadro tem interferido no desenvolvimento diário das suas actividades, mas devido às várias práticas de terapia existentes nesse contexto, tudo nos leva a crer que têm atenuado o sofrimento desta população. Referimo-nos à perspectiva espiritual religiosa e à terapia psicossocial.

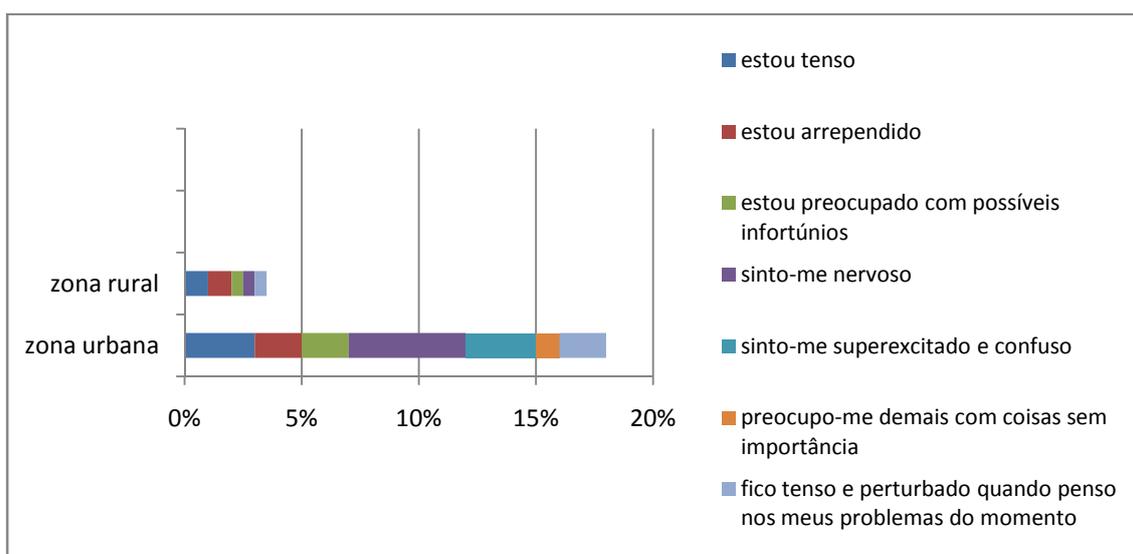
Os estudos realizados com amostras envolvidas no mesmo tipo de acontecimentos – perturbações psíquicas derivadas da guerra – referem que a severidade do trauma, a percepção de perigo e o risco de vida podem influenciar o desenvolvimento de perturbação psicológica (Suárez-Orozco, 1992; Summerfield, 2000; Pedersen, 2006; Ventura, 2002). No nosso estudo 94,6% dos participantes da zona rural sentem-se tensos, perturbados, nervosos e preocupados com possíveis infortúnios e da zona urbana 76,6% responderam de igual forma.

Corroboramos com este pressuposto, uma vez que quanto maior é o perigo percebido pelas vítimas de guerra, mais sintomas de hipervigilância e ansiedade generalizada são identificados. A percepção de perigo, enquanto factor independente, parece ter um poder preditor do desenvolvimento de ansiedade. Recordemo-nos que a população da

zona rural da província da Huíla esteve, durante longo período, exposta à guerra. As localidades eram frequentemente ocupadas, ora pela UNITA, ora pelo Governo, pelo que julgamos ser um dos motivos da maior ocorrência de ansiedade moderada nesta zona. Após o trauma, o normal é continuar revivendo o episódio na memória: é a maneira que o cérebro tem de processar e aprender com o stress para depois prosseguir com a sua programação normal. Nesse caso recordar é viver com medo (Summerfield, 2000)

No que diz respeito à ansiedade alta a zona urbana apresenta 17,4% de intensidade, ao passo que os elementos da amostra que vivem nos municípios da Matala e Humpata têm uma percentagem de 3,4% - mais baixo. As respostas ao IDATE foram praticamente as mesmas da intensidade de ansiedade moderada, só que com um número maior de sintomas e pontuação correspondente, isto é, mais de 42 pontos e mais que 7/8 sintomas.

Figura 2.3 – Distribuição das respostas na ansiedade alta (n=300)



No que toca à distribuição das respostas ao Inventário IDATE-Estado e IDATE-Traço verificaram-se alguns índices de ocorrência de ansiedade alta na zona urbana (17,4%) e uma percentagem significativamente reduzida na zona rural (3,4%). Julgamos que este resultado se deve ao facto de que tudo aquilo que é novo, imprevisível e incontrolável, também podese causar de ansiedade. Por outras palavras, toda a novidade, dado seu carácter imprevisível, pode provocar stress. O stress, como se sabe, pode provocar profundas implicações para o organismo, através de mudanças hormonais, imunológicas e metabólicas, além de resposta comportamental destinada à

sobrevivência. Daí na zona urbana ter pontuado significativamente o sentirem-se “superexcitado e confuso”, “fico tenso e perturbado quando penso nos meus problemas do momento”, “sinto-me nervoso” de entre outros itens.

Muitas vezes é o resultado de um trauma intenso (trauma de guerra, por exemplo) e as revivências espontâneas de certos aspectos do trauma provoca o que conhecemos por distúrbios de ansiedade. A violência observada nas grandes cidades já é tão grande que muitos dos seus habitantes apresentam formas parciais deste transtorno. São as situações de verdadeira guerra trazidas para o ambiente urbano (Suárez-Orozco, 1992: 219-259).

Para avaliar a intensidade de depressão utilizou-se, tal como referido anteriormente, o Inventário de Beck (BDI – II) (Beck, 1996), que é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos. A recente versão é desenhada para pessoas acima dos 13 anos de idade, e é composta por diversos itens relacionados com os sintomas depressivos. Estes itens distribuem-se pelos seguintes tópicos gerais: A. Tristeza; B. Pessimismo; C. Senso de fracasso; D. Insatisfação; E. Culpa; F. Expectativa de punição; G. Auto desgosto; H. Auto acusações; I. Ideias suicidas; J. Choro; K. Irritabilidade; L. Interação social; M. Indecisão; N. Mudança de imagem corporal; O. Atraso para o trabalho; P. Insónia; Q. Susceptibilidade à fadiga; R. Anorexia (perda de apetite); S. Perda de peso; T. Preocupação somática (preocupação com o organismo; em adoecer) e U. Perda de interesse sexual.

Quadro 2-7 – Frequências e Percentagens da variável ocorrência de Depressão nas Zonas Urbana e Rural (n=300)

Intensidade de depressão	Graus	Zona urbana		Zona rural	
		Frequências	Percentagens	Frequências	Percentagens
	Sem depressão	87	58%	96	64%
	Com depressão	63	42%	54	26%
Total		150	100%	150	100%

No quadro n.º 2.7 Estão representados os dados referentes à variável frequência de Depressão. Faremos uma descrição dos índices de maior e menor prevalência desta perturbação psíquica na zona urbana e rural, tendo como ponto de partida o continuum existente entre estas zonas.

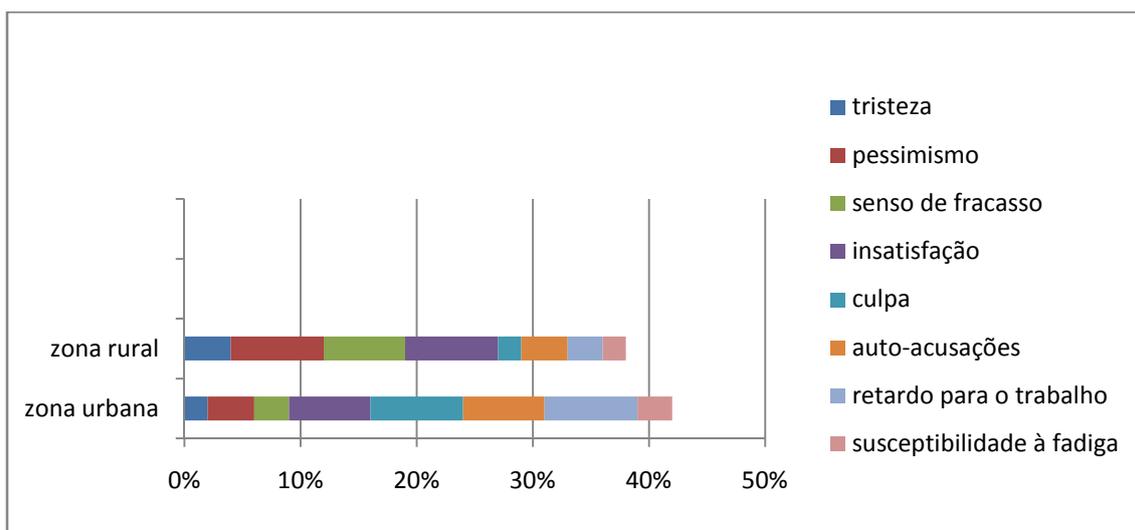
Os dados apontam para uma menor percentagem de perturbações depressivas tanto na zona rural (64%) como na zona urbana (58%) da amostra da população alvo do

estudo. Relativamente às respostas dos itens do Inventário de Beck encontrámos frequências mínimas nos itens relativos a sintomatologias como: ideias suicidas, choro, interacção social, mudança de imagem corporal, anorexia (perda de apetite), perda de peso e perda de interesse sexual.

Contudo, os dados relativos à prevalência e intensidade de depressão são bastante visíveis tanto na zona urbana (42%), como na zona rural (36%), e os itens que mais foram apontados em termos de máxima percentagem foram os seguintes: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, culpa, auto-acusações, atraso para o trabalho e susceptibilidade à fadiga.

Importa frisar que os indicadores utilizados, para o diagnóstico de elementos sem depressão foram de menos de quatro sintomas e abaixo de 10 pontos; com depressão mais de 5/6 sintomas e com uma pontuação acima de 10 pontos.

Figura 2.4– Distribuição das respostas com depressão (n=300)



Fazendo uma apreciação do gráfico n.º 2.4, verifica-se que em ambas as zonas (rural 36% e urbana 42%) existe, de forma equitativa, ocorrência de perturbação depressiva major. A nosso ver estes resultados devem-se às complexas demandas de viver num ambiente urbano que proporciona stress elevado nos indivíduos e afecta o seu bem-estar emocional. Muitas pessoas acabam por experimentar a solidão e o isolamento nas cidades grandes, e as pesquisas mostram que estas sensações podem levar a problemas de saúde mental. Os dados da nossa pesquisa relativos à ocorrência de 42% de depressão na população estudada do município sede (Lubango) corroboram o estudo de (Menezes & Nascimento, 2000: 29-36) em que descobriram que mulheres e homens

residentes em ambientes urbanos apresentam maiores taxas de depressão e psicoses do que os moradores das áreas rurais. Esse estudo revela que os factores mais importantes que tornam os habitantes da cidade grande mais susceptíveis à depressão são: morar sozinho, status de imigrante, deslocado de guerra, nível educacional, contactos sociais e suporte da comunidade.

Em relação á ocorrência de depressão na zona rural, em 36% verifica-se que as conquistas dos 12 anos de paz em Angola são enumeradas com cautela agora que se conhecem os desafios de uma “convivência pacífica”. As pessoas que lutaram nas guerras ainda vivem. Muitas feridas ainda estão por sarar. Até mesmo minas, que ainda se encontram no solo angolano, não deixam esquecer esse passado bélico.

A pobreza rural a guerra limitou o acesso da população às áreas de cultivo e mercados e destruiu os recursos dos camponeses; esvaziou o campo de mão-de-obra e fez afluir milhares de deslocados para as cidades (Circulo Angolano Intelectual, 2013).

Tendo em conta que a pobreza rural foi considerada, em 2005, como uma das áreas mais afectadas e de urgente resolução, o facto de o IBEP de 2011 continuar a destacar que o nível de incidência da pobreza é três vezes superior nas áreas rurais do que nas urbanas, de certa forma, contradiz o optimismo de que a redução geral da pobreza em Angola pode diminuir.

2.7.5 Resultados correlacionais

Uma vez que o nosso objectivo foi verificar se existem diferenças das consequências psicológicas da violência no meio rural e urbano do Lubango, recorreremos ao teste ANOVA (análise de variância) para estabelecer se havia, ou não diferenças estatisticamente significativas entre as zonas rural e urbana, em relação à ocorrência de depressão e ansiedade bem como em relação à intensidade de ambas.

Quadro 2-8 – Existência de diferenças na ocorrência e na intensidade de ansiedade e depressão, entre as zonas urbana e rural (n=300)

Variáveis	F	Significância	Resultados
Intensidade de depressão	.523	.588	Não significativo
Intensidade de ansiedade	.532	.523	Não significativo
Ocorrência de depressão	2.496	.084	Não significativo
Ocorrência de ansiedade	9.707	.000	Significativo

Legenda: Nível de significância $\leq .05$

Recordemo-nos das hipóteses H1 e H2 inicialmente formuladas para este estudo:

H:1 O diagnóstico e sintomatologia da ansiedade aumentam com a exposição à violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana).

H:2 O diagnóstico e sintomatologia da depressão aumentam com a exposição à violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana).

Segundo o espelhado no quadro n.º 2.8, não há diferenças entre as duas zonas com respeito à ocorrência e à intensidade de depressão: (ocorrência) $F(300) = 2.496$; $p \leq .08$; (intensidade) $F(300) = .523$; $p \leq .58$. No tocante à ansiedade, também não existe diferença em relação à intensidade $F(300) = .532$; $p \leq .52$ mas sim em relação à ocorrência $F(300) = 9.707$; $p \leq .000$, uma vez que $p < .05$. daí serem confirmadas, apenas parcialmente, estas duas hipóteses. No meio rural há uma ocorrência de ansiedade significativamente maior do que no meio urbano. Tal como já foi descrito por nós nos resultados descritivos do gráfico, outros factores podem ter contribuído para estes resultados: por um lado, a maior exposição à guerra, que levou as pessoas a manterem níveis elevados de ansiedade e ainda o facto de no meio rural, a luta pelos bens essenciais é maior, não tendo à disposição a oferta de produtos que se encontram no meio urbano. É de salientar que, embora as diferenças entre a intensidade de depressão e ansiedade no meio rural e urbano não tenham sido estatisticamente diferentes, bem como a ocorrência de depressão nestes dois meios, se fizermos uma análise meramente descritiva verificamos que há diferenças entre a ocorrência de depressão no meio rural (36%) e no meio urbano (42%), sendo maior neste último (ver quadro n.º 2.7).

2.7.6 Resumo dos resultados dos questionários

Os questionários aplicados neste estudo, tiveram como principal objectivo recolher dados objectivos sobre ansiedade e depressão nas populações da zona rural e urbana, com vista à comparação entre estas duas zonas.

Os índices de ocorrência e intensidade foram determinados de acordo com as respostas afirmativas às perguntas de sintomatologia (maior frequência em pontuação – quatro ou mais sintomas, graduando-os de ansiedade leve, moderada ou alta; sem depressão ou com depressão).

1. Deste modo, segundo os dados quantitativos deste estudo à data da recolha de informação, existem diferenças quanto à ansiedade e à depressão nestas duas zonas. Assim, a ansiedade moderada é bastante mais elevada na zona rural do que na urbana (94,6% e 76,6% respectivamente), sendo a ansiedade alta mais elevada na zona urbana do que na rural (17,4% e 3,4% respectivamente). Uma explicação para o sucedido é de que as dificuldades económico-sociais vividas pelas pessoas aumentaram em tempo de paz, com a agravante do fosso existente entre ricos e pobres e o aumento das sequelas psicológicas na população.
2. A situação ansiosa referida por um maior número de inqueridos foi: *estou preocupado com possíveis infortúnios* (30,3%), seguindo-se *sinto-me superexcitado e confuso* (22,7%) e *as vezes ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam* (22,2%), bem como *fico tenso e perturbado quando penso nos meus problemas do momento* (20,3%). Se compararmos estes resultados com os referidos por Ventura (1997), o outro único estudo sobre stress traumático e suas sequelas nos adolescentes do sul de Angola em que as variáveis sociodemográficas não influenciaram a ansiedade e a sua relação com o grau de exposição à guerra, consideramos que os nossos resultados apontam para índices de maior prevalência desta perturbação na mesma região.
3. Os dados apontam para que mais de um terço dos sujeitos inquiridos padece de depressão (39%). A prevalência de diagnóstico de depressão é mais elevada no meio urbano do que no rural (42% e 36% respectivamente). As situações depressivas referidas por um maior número de inqueridos foram *sensação de fracasso* (43%), *auto-acusações* (32,3%) e *susceptibilidade à fadiga* (24%). Comparativamente ao estudo realizado por Ventura (1997) em que os dados sugerem que a relação do grau de exposição à guerra com a depressão é influenciada pelo estatuto parental e pelos valores religiosos e valores étnicos, o nosso estudo tratou, de forma geral, as variáveis zona urbana e rural, em que podem estar implícitos estes valores e os resultados são de grandeza comparável.
4. Relativamente aos indivíduos classificados como tendo depressão, verificou-se que, tanto quanto à ocorrência quanto à intensidade, não há diferenças entre o meio rural e o urbano. No tocante à ansiedade, também não existe diferença em relação à intensidade, mas sim em relação à ocorrência, sendo maior no meio rural do que no urbano. Estes valores levam-nos a deduzir que factores internos e externos têm contribuído para o desenvolvimento de uma doença muitas vezes

incapacitante, causadora de intenso sofrimento pessoal, familiar e social e frequentemente de longo curso.

Ao fazermos uma ponte entre a psicologia e a antropologia chamamos a atenção para que estas classificações (depressão e ansiedade) do ponto de vista biomédico são reducionistas e dualistas que dividem os eventos que são determinados por causas físicas ou por causas psicológicas. Julgamos que os fenómenos de ansiedade e depressão não são nem inerentemente psicológicos e nem orgânicos, mas, deveriam ser definidos olhando para o indivíduo como um ser eminentemente bio-psico-social. Passaremos de seguida à caracterização das perturbações ansiedade e depressão do ponto de vista etnopsiquiátrico.

Enquanto especialista da área de saúde mental, e o desejo de compreender com mais clareza a realidade em que vivemos e para a qual contribuímos, enquanto pessoas e profissionais de saúde e da educação, entendi que seria pertinente “um olhar etnopsiquiátrico” em torno da doença mental e dos itinerários seguidos pelos entrevistados, e das pessoas de que eles cuidam, na procura de saúde.

2.8 Um olhar etnopsiquiátrico sobre ansiedade e depressão

Há uma série de factores que podem afectar a padronização dos conceitos de diagnósticos de ansiedade e depressão entre culturas diferentes. Estes incluem a ausência de dados fisiológicos brutos e a imprecisão das categorias diagnósticas, a variedade disponível de modelos explanatórios, o aspecto subjectivo no diagnóstico, além da influência das pressões sociais, culturais e políticas no processo do diagnóstico.

Cada cultura transmite aos seus membros formas padronizadas de adoecer, de modelar o seu sofrimento na forma de uma entidade doença identificável, de explicar as suas causas, e de receber tratamento para a mesma. As explicações leigas para as condições recaem sobre as mesmas categorias etiológicas: comportamento individual e influências dos mundos natural, social e sobrenatural. Assim, as doenças mentais podem ser atribuídas à possessão espiritual, feitiçaria, violação de tabus religiosos, punição divina e rapto de alma do indivíduo por um espírito maléfico. Foster e Anderson (1978: 93-94) salientam que essas explicações do tipo “personalistas” para as doenças são bem mais frequentes no mundo não-ocidental. Em contraste, a perspectiva ocidental das doenças mentais enfatiza os factores psicológicos, experiências de vida e efeitos do stress como aspectos etiológicos importantes.

Como ocorre nas doenças físicas, as culturas determinam a linguagem de sofrimento através da qual o sofrimento psicológico é comunicado a outras pessoas. Essa linguagem inclui as várias definições culturais específicas de anormalidade – tais como mudanças importantes de comportamento, discurso, vestuário e higiene pessoal. Quando se trata da expressão verbal do sofrimento emocional – incluindo a descrição de alucinações e delírios – a linguagem inclui símbolos, imagens e temas do meio cultural do paciente. Por exemplo, no estudo de Littlewood e Lipsedge (1982), 40% dos pacientes caribenhos e africanos com psicoses graves estruturavam as suas doenças em termos de uma experiência religiosa – comparados com apenas 20% dos pacientes brancos nascidos no Reino Unido. Enquanto em algumas regiões da África, são comuns os relatos de possessão por espíritos malignos, entre os psicóticos ocidentais, as “possessões” são frequentemente atribuídas a marcianos ou seres extraterrestres. Cada cultura fornece um repertório de símbolos e imagens sobre os quais as doenças mentais são articuladas – até mesmo no limite externo do espectro, na “anormalidade descontrolada”.

Como refere Quartilho (2001: 17), “a perspectiva do doente tem muito a ver com a sua experiência subjectiva, com as suas interpretações particulares sobre a origem e o significado dos sintomas, no contexto da sua vida social”. Este autor, ao referir-se ao conceito e importância do “comportamento de doença”, acrescenta que esse conceito pode associar uma confluência de variáveis biológicas, psicológicas, sociais, culturais e até mesmo espirituais.

Contextualizando essa problemática em que o estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um pesado fardo de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas e degenerativas bem como de mortalidade prematura evitáveis e sobretudo falta de técnicos em todas as especialidades médicas, colocam-se as seguintes questões:

**a) Como os afligidos em saúde mental têm solucionado os seus problemas?
Como caracterizam e conceptualizam a ansiedade e a depressão?**

A constatação é de que há um “desencontro” entre estes dois paradigmas, na prática clínica e na prestação de cuidados, bem como a percepção de que o paradigma biomédico não é suficiente para abordar toda a problemática da doença mental, e muito menos para a solucionar. Estes aspectos são espelhados nas entrevistas realizadas aos

profissionais de saúde mental da província da Huíla, bem como à população alvo de investigação.

Ao perguntarmos ao Dr. Faria e à enfermeira Lúcia sobre a conceitualização mais frequente apresentada pelos utentes no Departamento de Psicologia Clínica do Hospital Central do Lubango e Centro de Saúde da Humpata eles afirmaram:

Entrevistado Faria: “Há pessoas que vêm aqui e dizem por exemplo “ sinto-me deprimido”, “eu sinto-me ansioso”, mal sabem que para se falar em tal doença é necessário um conjunto de sintomas. Normalmente os conceitos que as pessoas utilizam são “eu não me sinto bem, estou mal da cabeça”, “tenho sensação de um vazio na cabeça”, “sinto que estou de cabeça para o ar”, “eu não sou aquilo que era antes”. Também Normalmente o paciente utiliza “sinto tensão alta” mas ao medirmos a tensão arterial ela está normal. Outras “sinto-me tenso”. Outro “estou maluco”, “será que eu estou maluco?”. E também uma grande maioria fala línguas nacionais e aí temos colegas para traduzir e a designação tem sido a mesma”.

Enfermeira Lúcia: “Por vezes eles não conseguem dizer nada, pois ficam agitados, falam à toa, a família é que descreve o que têm, alguns com febre inicial, delírios, etc. Muitos afirmam que têm problemas de tensão e de imediato nós medimos a tensão arterial e verificamos que está normal. Como agitação, como problemas de família e outros...pela entrevista apercebemo-nos que se trata de estados ansiosos e depressivos, problemas conjugais, familiares e tudo isto entra no contexto da história clínica”.

A terminologia mais utilizada pelos pacientes para descrição do que os aflige é: não se sentir bem, estar com um vazio na cabeça, estar mal da cabeça, não ser o que era antes, o sentir tensão alta e tenso, sentir-se triste e com medo, estar isolado, assustar-se facilmente e almas do outro mundo que os perseguem. Denota-se que a maior parte dos sintomas se enquadram nas perturbações de ansiedade e depressão. Outro aspecto que ressalta é o facto das inúmeras dificuldades que estes técnicos enfrentam durante a entrevista clínica, por não dominarem a língua materna dos indivíduos que se deslocam aos serviços de psicologia e psiquiatria.

Pela experiência acumulada como terapeuta que outros serviços servem de atendimento aos afligidos. Foi outra questão formulada aos profissionais de saúde mental Dr. Faria e enfermeira Lúcia, e as respostas foram as seguintes:

“O que acontece é que temos uma população que está acostumada a vários tratamentos, não têm um acompanhamento contínuo, mudam, existe uma grande percentagem de pessoas que recorrem ao tratamento tradicional. Aqui no nosso país as pessoas estão acostumadas a tomar ervas ou chás para poder resolver os seus problemas e têm uma concepção de que os problemas que estão a sentir são do foro da medicina tradicional e separam o psicológico do médico. Nós não temos a adesão aos nossos serviços que gostaríamos de ter por esse motivo eles dizem “o psicólogo não vai resolver o meu problema”, “o médico não vai resolver o meu problema”, então recorrem aos quimbandas e aos pastores. Acontece isso com frequência. Temos um caso de um jovem que sofre de esquizofrenia que apontava o seu sofrimento como derivado de aspectos espirituais, mas isso é próprio de quem sofre de esquizofrenia, os delírios vão acontecendo. Mas há pessoas que não sofrem dessa perturbação e dizem que isso acontece porque herdaram dos seus antepassados e vão fazer alguns tratamentos porque têm alguns problemas e a igreja resolveu o problema”.

Enfermeira Lúcia: “olhe para ilustrar isso vou-lhe contar um caso, no mês passado apareceu-nos um utente que delirava muito, fizemos o tratamento para malária mas o doente não tinha melhorias e de forma inesperada apareceu a família e disseram: “vamos levá-lo ao quimbanda porque aqui não há solução”, e depois perdemos o contacto destes casos e não sabemos se melhoraram ou não. Outro caso foi o de uma criança que aparentemente tinha 10 anos que esteve muito tempo em tratamentos tradicionais e depois recorreram ao Centro de Saúde e já era tarde porque estava desnutrida já não se podia fazer nada. Eu já não sei se essas terapias têm soluções ou não”.

O facto é existir a percepção por parte dos técnicos de que os pacientes não recorrem apenas aos seus serviços, mas têm outras formas de resolver ou aliviar as perturbações, através da perspectiva tradicional ou da perspectiva religiosa/espiritual.

A maior parte deles são levados a outras práticas de cura pelos familiares ou amigos que tiveram sucessos nessas práticas. Isto ocorre tanto nas populações do meio rural como do meio urbano, pois existe a crença de que nos hospitais não vão obter cura e também pela gritante falta de medicamentos e pelo desconhecimento do papel do psicólogo nas instituições hospitalares.

b) Gramática simbólica para ansiedade e depressão

Perseguindo a trilha de recolha de dados por entrevista e já num contexto rural e com populações deslocadas das suas áreas de origem, as mesmas questões foram colocadas e as respostas deram-nos indicadores surpreendentes. Parece-nos coincidirem com as entrevistas realizadas no contexto rural (Matala) e no urbano (Lubango). Entrevistado João:

“Estou quase sempre sem forças, desde 2004 que sofri de doença nervosa – tensão – e a família levou-me na Matala a Igreja IESA, onde encontrei saúde”.

Como vimos, o paradigma biomédico, centrado numa visão individualista da doença e do sofrimento, ignora muitas vezes as determinantes sociais e culturais envolvidas. Justifica-se pois, com base neste raciocínio unipolar, o olhar para o indivíduo “a partir de fora”, através de uma relação que explora a forma dos sintomas e encara-o como um organismo passivo. Esta atitude redutora confunde-se frequentemente com a actividade científica do psicólogo/psiquiatra e de outros profissionais de saúde, quando orientados por uma visão objectiva do sofrimento humano. É a perspectiva de quem vê a doença, o órgão e desvaloriza a tradução subjectiva da doença, com as suas ramificações pessoais, familiares e sociais, que colocam a própria doença, como que do lado de fora do organismo. Achamos ser conveniente a necessidade da adopção de ambas as perspectivas (biomédica e religiosa/espiritual na prática clínica e de as combinar também numa relação equilibrada, harmoniosa, flexível, geradora de consensos. Garante-se, deste modo, a possibilidade de apreciação dos fenómenos mentais através de uma relação empática com o doente que analisa o conteúdo das suas experiências subjectivas e lhe reconhece a condição de sujeito activo e participativo no processo de cura.

Pareceu-nos claro que a maior parte da população desta região do país utiliza o conceito de “tensão” (gramática simbólica), para indicar perturbações afectivas e de humor como a ansiedade e depressão. Esta gramática simbólica consiste na atribuição de significados convencionais “às coisas ou actos”, sobretudo através da linguagem, ou seja, a cultura é a fábrica de significados nos termos dos quais os seres humanos interpretam as suas experiências e orientam as suas acções; a estrutura social é a forma que estas acções tomam, é a rede de relações sociais tal como ela existe (Geertz, 1973: 144-45).

A necessidade de comparar os diagnósticos psiquiátricos através das culturas tem promovido, igualmente, um interesse pelas relações entre linguagem e psicopatologia (Westermeyer e Janca, cit. por Quartilho, 2001: 157). Este interesse tem a ver, aliás, com a frequência crescente com que os psiquiatras encontram doentes de culturas diferentes, estimulando assim o estudo da psicopatologia a partir de uma perspectiva cultural, valorizando não apenas a fenomenologia clínica, mas também a linguagem. O conceito de “tensão” relaciona-se com o significado específico de uma palavra, independentemente doutros significados ou sentimentos associados. Mas pode ter sido difícil no processo de tradução das línguas locais, encontrar os vocábulos que correspondam, literalmente, às palavras em português. Isto leva-nos a concluir que os instrumentos de avaliação e diagnóstico por nós utilizados e que foram “adaptados” e “traduzidos” podem não ter obedecido a um princípio geral de equivalência denotativa e conotativa da língua local⁶¹.

Violência e saúde mental são dois temas indissociáveis. A leitura do problema da violência política sob a óptica da saúde mental realiza-se, sobretudo, a partir da análise de indicadores de personalidade e/ou psicopatologia que possam predispor o indivíduo, bem como das consequências que a violência possa representar na saúde mental do indivíduo. Assim sendo, no capítulo seguinte, passaremos a uma abordagem da saúde mental em Angola, de forma geral e em particular, da província da Huíla.

⁶¹ A cultura pode influenciar a experiência e a comunicação dos sintomas ansiosos e depressivos. Pode reduzir-se a frequência de subdiagnósticos errados se estivermos atentos à especificidade étnica e cultural das queixas que integram um episódio ansioso ou depressivo major.

Conclusão do capítulo II

O relatório da OMS sobre violência (2003), apontando para mais de 1,6 milhões de mortes violentas por ano, em que o suicídio representa metade, o homicídio perto de um terço e os conflitos militares um quinto, aposta na prevenção e recomenda a elaboração de planos nacionais de prevenção da violência, o que obriga cada país a melhorar a colheita de dados e apoiar a investigação sobre as causas, as consequências e os custos da violência, de forma a definir melhor as prioridades no contexto de cada região. Esperemos que a nossa pequena contribuição seja também considerada um passo nesse sentido.

O efeito directo do conflito armado em Angola na saúde das populações da província da Huíla é evidente através dos dados por nós apresentados. Os indicadores de prevalência das perturbações mentais é um facto pois até ao momento da recolha de dados existiu e continua a existir uma grande preocupação dos profissionais da área em lidar com este tipo de doenças.

Como várias outras doenças mentais, a ansiedade e a depressão não são com frequência diagnosticadas. Elas são frequentemente confundidas como toxicoddependência, alcoolismo, perturbações do sono ou da personalidade ou mesmo esquizofrenia...e verificando que a perspectiva biomédica é praticamente inexistente no nosso país, devido a inúmeros factores que mencionaremos no capítulo seguinte, seria importante que as políticas do Ministério da Saúde priorizassem a problemática da saúde mental em Angola.

Podemos concluir que os muitos anos de guerra em Angola deixaram sequelas psicológicas na população alvo de estudo, sendo que a ansiedade é bastante elevada quer nas populações da zona urbana quer rural, manifestando-se em maior número nesta última, não nos esquecendo que as localidades da Matala e Humpata foram os principais centros de albergue das populações deslocadas dos municípios do norte e leste da província da Huíla, que viveram períodos de guerra intensa. Enquanto a depressão parece fazer-se sentir mais nas populações da zona urbana, embora abordemos esta problemática no âmbito de um continuum.

Outro aspecto que achamos estar relacionado com o fenómeno de elevados índices de depressão na população urbana é que tem havido políticas sociais tendentes a reduzir as discrepâncias sociais e a melhorar as condições de vida da população, mas insuficientemente inclusivas, solidárias, justas e economicamente racionais.

Capítulo III - Saúde Mental em Angola

Introdução

Este capítulo é relativo à problemática da saúde mental em Angola no geral e em particular na província da Huíla. Para o efeito, em primeiro lugar, passamos em revista os indicadores de saúde em Angola, o perfil epidemiológico e as reacções do governo aos indicadores da qualidade de saúde (ainda estão entre os mais baixos da África Subsaariana), considerando-os como ponto de partida para uma percepção do fenómeno. Em segundo lugar, destacamos a análise do Sistema de Saúde em Angola, como está constituído, e as dificuldades no atendimento à população. Em terceiro lugar, descrevemos a saúde mental em Angola, facto de ser descurada, a fragmentação de dados sobre a atenção à saúde mental, o aumento de doenças do foro psiquiátrico, o funcionamento da única unidade de referência – Hospital Psiquiátrico de Luanda – o plano estratégico de desenvolvimento sanitário 2012 – 2025. Posteriormente faz-se a caracterização da saúde mental na província da Huíla. Neste último ponto do capítulo dedicamo-nos à descrição do Centro Hospitalar Psiquiátrico do Lubango, ao estudo junto dos serviços auxiliares dos departamentos/secções de psicologia em unidades de saúde da província, a importância da medicina tradicional como solução no tratamento de doenças e o papel da religião como fonte de cura das perturbações mentais.

3.1 Perfil epidemiológico de um país pouco desenvolvido

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros factores para os diversos países do mundo. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, especialmente o bem-estar infantil. É usado para distinguir se o país é desenvolvido ou subdesenvolvido, e para medir igualmente o impacto de políticas económicas na qualidade de vida das populações dos respectivos países (PNUD, 2013).

O perfil epidemiológico de Angola corresponde, ainda, ao de um país pouco desenvolvido, sendo marcado pela prevalência de doenças infecciosas que são as principais causas de morte (WHO, online)⁶². De entre elas, destacam-se a malária, a VIH/SIDA e a tuberculose.

Os indicadores de Saúde em Angola nos últimos anos melhoraram, mas ainda estão entre os mais baixos da África Subsaariana. A esperança de vida ao nascer é estimada

⁶² Disponível na <http://www.who.int/countries/ago/en/> [consulta em 6/6/ 2012].

numa média de 48 anos⁶³, sendo 47 para o sexo masculino e 49 para o feminino, devido principalmente a deficientes condições de vida, elevada mortalidade infanto-juvenil e elevada mortalidade por causas evitáveis na idade adulta. As taxas de mortalidade infantil e materna estão entre as mais altas do mundo. Estima-se a taxa de mortalidade materna de 610 óbitos por 100.000 nascidos vivos, com uma taxa de fecundidade de 7,2 filhos por mulher⁶⁴.

A taxa de mortalidade infantil estima-se em 116 x 1.000 n.v, com 93 por mil nados vivos nas áreas urbanas e 141 nas áreas rurais⁶⁵. Em 2010 a taxa de mortalidade infanto-juvenil (menores de 5 anos) reduziu para 250 mortes por mil nados vivos⁶⁶ em 2008; para 195 mortes por mil nascidos vivos em 2010, sendo de 150 nas áreas urbanas e de 238 nas áreas rurais. As principais causas directas de mortalidade em menores de 5 anos são as doenças transmissíveis associadas à malnutrição. A malária, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas, o sarampo, o tétano, e as afecções perinatais constituem mais de dois terços das mortes das crianças em Angola⁶⁷.

a) Causas de morte mais frequentes

As más condições sanitárias e de acesso à água potável tornam as populações muito vulneráveis a diarreias e surtos de cólera. A diarreia é a principal causa de morte antes dos 5 anos (OMS, 2009 Online)⁶⁸. Em 2006, um surto de cólera infectou 82,204 pessoas e matou 3,092.

A tuberculose e a febre tifóide engrossam o número de riscos de saúde directamente associados à pobreza e qualidade de vida, assim como, à ausência de implementação de políticas de controlo da doença. A tuberculose é a terceira causa de mortalidade infantil (até aos 5 anos) (WHO, 2010 Online). Ambas as doenças têm crescido a um ritmo exponencial nos últimos anos, pese embora a melhoria do nível médio de vida (GEPE-

⁶³ Ministério do Planeamento: Estratégia de Combate a Pobreza (Edição revista 2005)

⁶⁴ Indicadores, Política Nacional de Saúde 2010

⁶⁵ INE/Ministério do Planeamento: Resultados preliminares do inquérito integrado sobre o Bem-Estar da população (IBEP) 2008-09. Luanda, Dezembro de 2009.

⁶⁶ Inquérito IBEP.INE 2009-2010.

⁶⁷ Direcção Nacional de Saúde Pública/UNICEF: Pacote essencial de saúde materno-infantil: Bases normativas para a sua operacionalização, Luanda, 2007.

⁶⁸ Angola Healthprofile. Disponível em <http://www.who.int/gho/countries/ago.pdf> [último acesso: Junho 2012].

MINSAs). Segundo o relatório da UNICEF (2011), Angola ocupa actualmente a 11ª posição no *ranking* dos países com maior mortalidade infantil.

Quadro 3-1 – Angola: indicadores demográficos e de saúde - 2010

Indicador	Nível
Taxa de crescimento anual da população	2,7%
Taxa bruta de natalidade	43% x 1.000
Taxa bruta de mortalidade geral	17% x 1.000
Taxa global de fecundidade	5,4 filhos por mulher
Taxa de mortalidade infantil	116 x 1.000
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	194 x 1.000
Taxa de malnutrição crónica (moderada e severa)	16%
Taxa de malnutrição aguda (moderada e severa)	8%
Taxa de mortalidade materna	610 x 100.000
Expectativa de vida a nascença	48 anos

Fonte: INE. Inquérito Nacional às Famílias. 2009-2010

A malária representa cerca de 35% da procura de cuidados de saúde, 20% dos internamentos hospitalares, 40% de mortes perinatais e 25% de mortalidade materna⁶⁹. Verifica-se o aumento de doenças não transmissíveis, crónicas e degenerativas, perturbações mentais e traumatismos resultantes de acidentes e de violência que têm contribuído para o aumento de doenças e incapacidades. Estilos de vida pouco saudáveis, associados ao hábito de fumar e consumo excessivo de bebidas alcoólicas estão na base da causa de distúrbios sociais, levando à crescente violência física e psicológica, acidentes de viação, delinquência juvenil e violência doméstica (INE, 2010).

O Governo de Angola, tem vindo a realizar esforços para melhorar os indicadores económicos e sociais do país, particularmente a partir do ano de 2002, altura em que alcançou a paz, traduzidos na criação de condições favoráveis para a implementação de

⁶⁹ Política Nacional de Saúde, pág. 9. Angola 2010 e na Estratégia de Desenvolvimento a longo prazo para Angola 2025 – Cap. VIII: Política de Bem-Estar Social, Angola 2010.

um ambicioso programa de reconstrução nacional, no qual o sector da saúde aparece como uma das pedras angulares⁷⁰.

No âmbito das metas do milénio, Angola comprometeu-se a travar (ou erradicar) a expansão da malária e de outras doenças importantes até 2015. A malária é o principal problema de saúde, sendo também a principal causa de morte. Estima-se que a malária seja responsável por cerca de 40% das mortes perinatais e 25% da mortalidade materna. Prevê-se, também, que esteja associada a cerca de 35% da procura de cuidados curativos, 20% do internamento hospitalar, 60% das admissões de crianças antes dos 5 anos e 10% das grávidas (USAID, 2010)⁷¹. Apesar de diferentes graus de endemicidade, o risco de malária é prevacente em todo o território, pondo em estado de vulnerabilidade toda a população.

b) Reacções do Governo aos indicadores da saúde em Angola

Desde 2008 que o Governo de Angola tem vindo a questionar os baixos Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentados pelas Organizações das Nações Unidas e sobretudo os indicadores da qualidade de saúde em Angola.

Em entrevista à agência Lusa – Notícias José Van-Dúnem (Ministro da Saúde da República de Angola), admitiu que os actuais baixos indicadores da qualidade de saúde em Angola são “muito preocupantes” mas frisou que estão “desactualizados face aos esforços dos últimos anos feitos pelo Governo” (Notícias. Sapo, 2008).

“Se se tiver em atenção que os esforços feitos com as várias campanhas de vacinação, assim como o aumento da oferta de serviços para responder às principais causas de doenças e de mortes, particularmente nas crianças e nas mulheres, esses números (das organizações internacionais) não correspondem à verdade”.

Nos indicadores de diversas instituições internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, Angola surge colocada nos últimos lugares em matérias como a mortalidade infantil ou incidência de doenças curáveis. Mas o governante angolano esclareceu o facto:

⁷⁰ Política Nacional de Saúde – Angola 2010

⁷¹ USAID (2010 a), President’s malaria initiative - Malaria Operationa IPlan — FY2011 Angola. Disponível na http://www.pmi.gov/countries/mops/fy11/angola_mop-fy11.pdf [último acesso em: 6/6/2012].

“Esses números decorrem do facto de não ter sido feita a actualização de dados e baseiam-se no último inquérito de indicadores múltiplos de 2001, numa altura que o país estava em guerra, e não têm em conta os esforços feitos de então para cá”.

O ministro lembra, como exemplo, a contratação de mais de 100 médicos cubanos para trabalhar na periferia de Luanda, cidade com a maior concentração demográfica do país, e desprovida de unidades de atenção primária na altura em que foram recolhidos os dados que ainda hoje servem de referência para algumas organizações.

Considera portanto não serem “racionais nem previsíveis” as estimativas internacionais, acrescentando que a situação do sector está a inverter-se, requerendo a realização do censo populacional ⁷², sendo que o último teve lugar em 1970 (noticias.sapo.pt 17-10-2008).

Fazendo uma análise a esta reacção do ministro da saúde de Angola sobre o Índice de Desenvolvimento Humano, achamos que os resultados definitivos do censo realizado em 2014 ainda não foram divulgados e não deveria ser considerado um factor isolado, já que outros factores poderão estar na base destes indicadores. As decisões no processo de gestão do Sistema de Saúde devem estar baseadas em dados factuais. O sistema de informação sanitária (SIS) deve ser fornecido para disponibilizar a informação sanitária de rotina necessária à tomada de decisões atempadas a todos os níveis do sistema de saúde.

Outro aspecto importante é o de que o nível municipal de saúde deve estar dotado de tecnologias de comunicação que permitem a recolha e o devido tratamento e utilização da informação sanitária, constituindo a base da rede provincial e nacional da informação em saúde. Todos os profissionais de saúde devem ser capacitados para a recolha, análise e utilização da informação sanitária.

⁷²Decorreu em Angola no mês de Maio de 2014 o Censo Geral da População e Habitação, que levantará o número de pessoas a residir no país, a quantidade de habitações construídas e outras características da população. Os resultados definitivos não foram publicados. Este é o primeiro censo a realizar-se após a independência de Angola (1975). A primeira tentativa para registar dados populacionais em Angola aconteceu há 244 anos, promulgado pelo ministro Martinho de Melo Castro. Na época, a iniciativa de 21 de maio de 1770 permitiu obter uma estimativa da população categorizada por idade, sexo, nascimento e morte. Mais tarde, no século 20, houve recenseamento da população entre 1940 e 1970. Segundo dados oficiais, realizado a cada dez anos. Em 1970, Angola tinha mais de cinco milhões de habitantes.

Com base nestes dados não satisfatórios dos indicadores de desenvolvimento humano em Angola, passaremos a um breve retrato do Sistema Nacional de Saúde.

3.2 O Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde em Angola, está constituído por quatro níveis: (i) Central, de carácter normativo, técnico e de âmbito nacional; (ii) Provincial, com dependência normativa e técnica do nível central e administrativa do Governo Provincial, (iii) Municipal, com dependência técnica e operacional do nível provincial e Administrativa Municipal; (iv) Local constituído pelas Unidades Sanitárias (US) (UNGASS, 2012).

a) Desigualdades na distribuição dos serviços de saúde

A rede pública de Serviços de atenção é ainda pequena, distribuída de forma desigual, com limitações na sua estrutura e na qualidade do atendimento. Estima-se que 50 a 60% da população tem acesso aos serviços básicos de saúde, mas esta percentagem é muito mais reduzida nas áreas rurais. A rede sanitária das FAA é mais acessível nas áreas rurais do país. Outras redes de ONGs e Igrejas não têm uma cobertura relevante, também conformam a rede de saúde entidades privadas lucrativas que estão geralmente concentradas nas principais cidades (MINSa, 2012).

A rede de prestação de cuidados de saúde é constituída, actualmente, por 2.376 unidades sanitárias das quais 20 hospitais centrais, 45 hospitais gerais, 165 hospitais municipais e 374 centros de saúde e 1772 postos de saúde⁷³ (onde estão inseridos dados da rede privada, de Igrejas e ONGs) (UNGASS, 2012). Estes dados são o resultado da construção de mais unidades desde 1976 (logo após a independência) até o ano de 2006 conforme se apresenta no quadro seguinte.

⁷³ Dados oficiais do Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. MINSa Jan. 2012.

**Quadro 3-2 – Construção de unidades sanitárias em cinco províncias
1976 –1999 e 2000-2006**

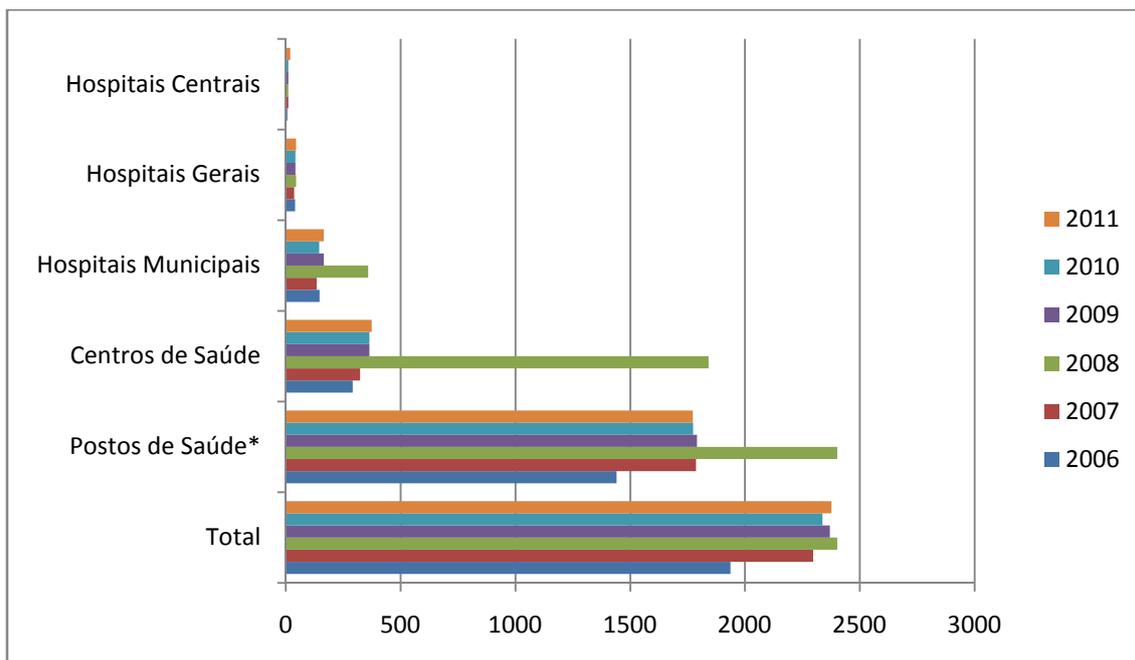
Província	1976-1999	2000-2006	Total
Luanda	18	28	46
Benguela	18	50	68
Huambo	6	90	96
Bié	3	25	28
Huíla	33	66	99
Total	78	259	337

Fonte: MINSA (2008)

Este quadro espelha que no período de guerra a província da Huíla foi das que mais investimentos tiveram na construção de unidades de saúde (33). Este facto deve-se principalmente de algumas regiões da província da Huíla no período de guerra serem consideradas militarmente seguras, isto é, os municípios da Matala, Lubango, Humpata, Quipungo e Gambos. Também é notório que no período pós guerra houve um crescimento da rede de serviços nestas cinco províncias, sendo o Huambo a mais beneficiada devido a guerra que destruiu quase na totalidade as infra-estruturas ali existentes.

Na Figuran.º 3.1, pode-se observar o crescimento anual da rede de serviços funcional no país, as mudanças na classificação dos serviços e unidades sanitárias não funcionais destruídas pela guerra e que explicam ao longo do tempo aparente inconsistência na informação.

Figura 3.1 – Angola: Evolução da Rede de Serviços do Sistema Nacional de Saúde 2006-2011



*Inclui a rede de serviços (Clínicas ou Centros de Saúde Privado, ONGs, Igrejas ou Petrolíferas).

Fonte: Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. Janeiro de 2012.

Passando a uma análise da evolução da rede de serviços do sistema nacional de saúde e tendo em conta os dados do gráfico n.º 3.1 que retrata a evolução dos anos de 2006 a 2011, verificamos o seguinte:

Quanto aos hospitais centrais no país houve pouco investimento na construção dos mesmos, isto é, em 2006 existiam apenas 7, passando para 11 de 2007 a 2010. Apenas em 2011 é que surgem nas estatísticas 20 hospitais centrais, o que significa que nos restantes anos nem todas as províncias do país (totalizando 18) tinham um hospital central. Acharmos que esta situação do sector da saúde decorre de um conjunto de factores remotos e próximos: dos primeiros destacam-se a destruição de infra-estruturas médico-sanitárias pela acção da guerra, a falta de manutenção das existentes, a pressão sobre os equipamentos colectivos decorrentes da migração forçada da população, do aumento demográfico para os centros económicos, e ainda, da dificuldade de recursos do OGE durante um longo período, em que a prioridade era a Defesa. As razões próximas são os baixos investimentos no sector e a falta de uma política de saúde integrada.

Em relação aos hospitais gerais também não houve um grande investimento na criação dos mesmos já que os dados se mantêm praticamente os mesmos, desde 2006

(41), baixando para 37 no ano de 2007, subindo para 45 no ano seguinte (2008), baixando para 42 hospitais gerais em 2009 e 2010 e só retomando o valor máximo de 45 em 2011. Não há, nos relatórios do Ministério da Saúde uma justificação para a diminuição em alguns anos e depois o ressurgimento dos mesmos números no ano de 2011. Esta oscilação de dados leva-nos a acreditar que o sistema de saúde esteve submetido a efeitos de sobre-utilização e destruição de infra-estruturas, pela desmotivação e escassez de pessoal, pelos baixos salários praticados e pela ausência de carreiras profissionais.

O mesmo fenómeno ocorre com os dados relacionados aos hospitais municipais, isto é, um número inicial de 147 no ano de 2006, um decréscimo em 2007 para 135 hospitais municipais, depois dados idênticos em 2008 e 2010 (146) e por fim 165 hospitais municipais em 2009 e 2011 respectivamente.

Os centros de saúde tiveram um aumento significativo desde 2006 a 2011. Os dados apontam para um crescimento de 292 em 2006 aumentando significativamente nos anos seguintes: 2007 (324), 2008 (359), 2009 (365), 2010 (364) e em 2011 o país contava com 374 centros de saúde. Os postos médicos também subiram de forma significativa no país pois as estatísticas aqui apresentadas contam com as unidades privadas, religiosas e das petrolíferas, ou seja, de 1441 postos de saúde em 2006 para atingir o número de 1772 em 2011. Mas, este aumento não se traduziu necessariamente em qualidade de serviços prestados e reabilitação de infra-estruturas; não significou uma assistência médico-sanitária de qualidade. Não somente porque pouco se avançou em termos de pessoal médico e sanitário, como os investimentos feitos em recursos materiais e em equipamentos não se equiparam ao realizado na construção de infra-estruturas, para além de persistirem muitas disparidades sociais, causando enormes desigualdades no estado de saúde das populações.

A falta de dados actualizados ou o facto de os dados disponíveis serem estimados e alguns pouco confiáveis, ocultando questões potencialmente graves ou ocasionando distorções e erros de interpretação, representam grandes dificuldades para o caso de Angola. Assim, deveriam ser o foco das atenções dos formuladores e implementadores de estruturas de saúde, pois a informação sobre a situação em análise é fundamental por ajudar no diagnóstico correcto e por facilitar o consenso, embora este não seja uma dimensão fácil.

Corroboramos a ideia de Artman (2006: 2253-5), ao afirmar que dentro de um sistema de serviços regionalizados, a distância seria um dos critérios mais importantes

para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde. Os dados estatísticos num país com grandes distâncias, diferenças regionais enormes, destacando-se os extremos entre regiões quase despovoadas e centros urbanos super populosos, como é o caso de Angola, deveriam ser contextualizados através de adaptações viáveis, que tragam impactos positivos sobre a situação problemática.

b) Comentários sobre a prestação de serviços de saúde em Angola

Contudo, este crescimento de estruturas da saúde é considerado, por alguns utentes, como positivo, mas não significou nem significa uma melhoria no atendimento às populações em todo o país como nos indicam os comentários de indivíduos ao Jornal angolano Figuras & Negócios em 3 de Abril de 2013 ao abordar o tema “*como está a saúde em Angola*”?

- “Actualmente, já existem bons hospitais que podem prestar muito bons serviços sem necessidade de recorrer ao estrangeiro. Por exemplo, se vamos falar dos hospitais públicos temos o Hospital do Prenda, o próprio Hospital Maria Pia, que actualmente está com óptimas condições e a caminhar para a qualidade. Existem clínicas privadas como a ENDIAMA⁷⁴, Girassol⁷⁵ e outras, sem falar do Grande Hospital de Oftalmologia de Benguela, muito procurado até por utentes de outros países de África. Algumas unidades já oferecem uma boa qualidade no atendimento”.

Este comentário dá-nos indicadores que só nas clínicas oriundas de empresas como a ENDIAMA e a SONANGOL é que há um bom atendimento aos que lá se deslocam, mas é necessário saber que não têm acesso aos serviços todos os populares já que as

⁷⁴ Na saúde, a ENDIAMA EP constituiu a “Clínica Sagrada Esperança, Lda”. Esta subsidiária explora a rede de clínicas Sagrada Esperança cuja unidade principal está situada em Luanda. Criada em Dezembro de 1991. Disponível na <http://www.endiama.co.ao/grupo-endiama/clinica-sa> [consulta em 8/8/ 2013].

⁷⁵ Clínica Girassol inaugura em Setembro de 2008 é um empreendimento da Sonangol, localizada em Luanda, possui 283 camas para um total de 5646 diários e 1129 internamentos por mês, com uma média de permanência de 5 dias. Dotada de recursos humanos e materiais para atender todas as especialidades, concentradas num só local. Disponível na <http://www.sonangol.co.uk/wps/wcm/connect/cbdb>. [consulta em 8/8/2013].

mesmas são direccionadas a funcionários dessas empresas, familiares mais próximos, à “elite” governativa e aos cidadãos com recursos financeiros para suportar altos custos.

Na mesma edição de 3 de Abril de 2013, o jornal mostra o outro lado da problemática do sistema nacional de saúde com os seguintes comentários:

- “Acho o sistema de saúde em Angola péssimo! No público é um horror! No privado é outra coisa, paga-se um balúrdio e nem assim se é atendido como deve ser. É uma catástrofe. Costumo pagar por cada consulta, em média 5000 mil Kwanzas⁷⁶ e raramente vou a hospitais públicos”.
- “No meu ponto de vista, o serviço de saúde de Angola é precário e há carências não só na prestação de serviço como na qualidade em si. Podemos apontar várias falhas como a falta de especialistas e de recursos. Há um problema grave que é a “medicomania” que acontece quando os enfermeiros tendem a comportar-se como médicos, prestando um péssimo e inadequado serviço. No que diz respeito aos recursos, refiro-me, por exemplo, às farmácias hospitalares, tanto públicas como privadas, pela carência habitual de medicamentos básicos. Em Angola, a saúde é gratuita mas esquecem-se de descrever os detalhes: temos de aguardar uma fila de pelo menos três dias, para ser mal atendida pelos próprios funcionários de saúde, e, em alguns casos, se não tivermos “gasosa⁷⁷” no bolso nem chegamos a ver o médico. Temos que estar a um pé da cova para que possam olhar para nós”.
- “O estado do Serviço Nacional de Saúde em Angola é péssimo. O governo investe pouco na saúde e nos quadros formados neste ramo. A falta de material (consumíveis) e (sangue) nos hospitais e a falta de eficiência são as principais razões a apontar para este insucesso”.
- “Sou angolana e vivo em Angola. O Sistema de Saúde é muito pobre, os hospitais estatais atendem os pacientes com muito desprezo. Nunca fui bem atendida num hospital público”.

⁷⁶ 5000 mil Kwanzas equivalem a 35 euros.

⁷⁷ Em Angola, a “gasosa” está presente em quase todos os actos da vida quotidiana dos cidadãos. É sinónimo de corrupção. A “gasosa” está de tal maneira institucionalizada em Angola que parece impossível viver sem ela. Dizem que teve origem no pedido de dinheiro para beber uma coca-cola ou um sumo, vulgo gasosa. Disponível na http://cc3413.wordpress.com/2011/03/29/a_%E2%8a [consulta em: 16/11/2012].

Destes comentários podemos deduzir que, para além da falta de infra-estruturas capazes de dar resposta suficiente à população, outros impeditivos condicionam a sobrevivência daqueles que recorrem ao Sistema Nacional de Saúde de Angola, tais como a cobertura sanitária reduzida, que abrange apenas 50% da população, má gestão dos recursos disponíveis, reduzida força de trabalho especializada, falta de manutenção dos equipamentos, falta de medicamentos básicos e rápida ruptura de *stocks*, entre outras.

O sistema integrado de informação de saúde deve assegurar um fluxo permanente da informação da base ao topo do sistema de saúde, com o devido feedback do nível central e intermediário ao nível primário (MINSa, 2012).

Este quadro do Sistema Nacional de Saúde de Angola leva-nos a uma abordagem mais sectorizada do estado da saúde mental em geral e na província da Huíla em particular visto que a saúde mental é considerada parte integrante da saúde geral e não deve ser encarada como uma entidade em separado. Reflecte a interacção entre a pessoa e o meio que a rodeia e sofre influência de uma gama de factores como género, idade, estado civil, etnicidade e nível socioeconómico (Viana, 2008: 58).

3.3 Quadro sombrio da saúde mental em Angola

Para todas as pessoas a saúde mental, a saúde física e a saúde social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países.

a) Política de saúde mental em Angola

Os dados sobre a atenção dada à saúde mental em Angola resumem-se às publicações da Organização Mundial de Saúde no Atlas de Saúde Mental, entre 2001-2010. Esses dados são fragmentados, indicando uma ausência de documentos oficiais⁷⁸ sobre o assunto. As doenças do foro psiquiátrico e as perturbações mentais têm vindo a aumentar, apesar de não existir um registo de casos no sistema de informação de saúde. Os cuidados de saúde mental estão pouco orientados para a prevenção, não tendo sido integrados nos cuidados primários de saúde. Observa-se, também, uma grande carência

⁷⁸ Os dados sobre este Sector de Saúde Mental surgem de forma descontinuada em Jornais e/ou periódicos e relatórios de ONGs Nacionais e internacionais.

de profissionais com formação orientada para a saúde mental e psiquiátrica (Queza, 2010: 64-69).

“Não existe Política de Atenção à Saúde Mental em Angola; detalhes da legislação sobre saúde mental não estão disponíveis; a principal fonte de financiamento de tratamento da saúde mental é originária dos orçamentos familiares dos pacientes, embora esteja prevista na legislação benefícios para os incapacitados por transtorno mental. O sistema de atenção primária à saúde não oferece atenção à saúde mental. Não existem recursos nem infra-estrutura para tal serviço. Não existe treinamento regular para profissionais da área de saúde mental. Infra-estrutura de serviços de ressocialização ou de atenção comunitária a saúde mental também são inexistentes. Há o registo de actuação de ONGS principalmente nos campos de *advocacy* e reabilitação. Não há registo de informações epidemiológicas sobre saúde mental, excepto aquelas recolhidas pelo Hospital Psiquiátrico de Luanda” (WHO, 2005: 58).

Para uma melhor compreensão do fenómeno recorreremos aos jornais locais que reportam o “estado da Saúde Mental em Angola”. Queremos sublinhar o facto de esta divulgação (sobre a saúde mental em Angola) ser feita, principalmente, quando se aproxima o dia 10 de Outubro, criado pela OMS como dia da saúde mental.

b) Grande procura pelos serviços da única unidade de referência no país

No hospital psiquiátrico de Luanda, antes de 2002, o atendimento, a nível das urgências, não ultrapassava 30 doentes por dia. No ano seguinte, o número subiu para 40 a 60 pacientes diários no Banco de Urgência (Jornal Agora, 2012).

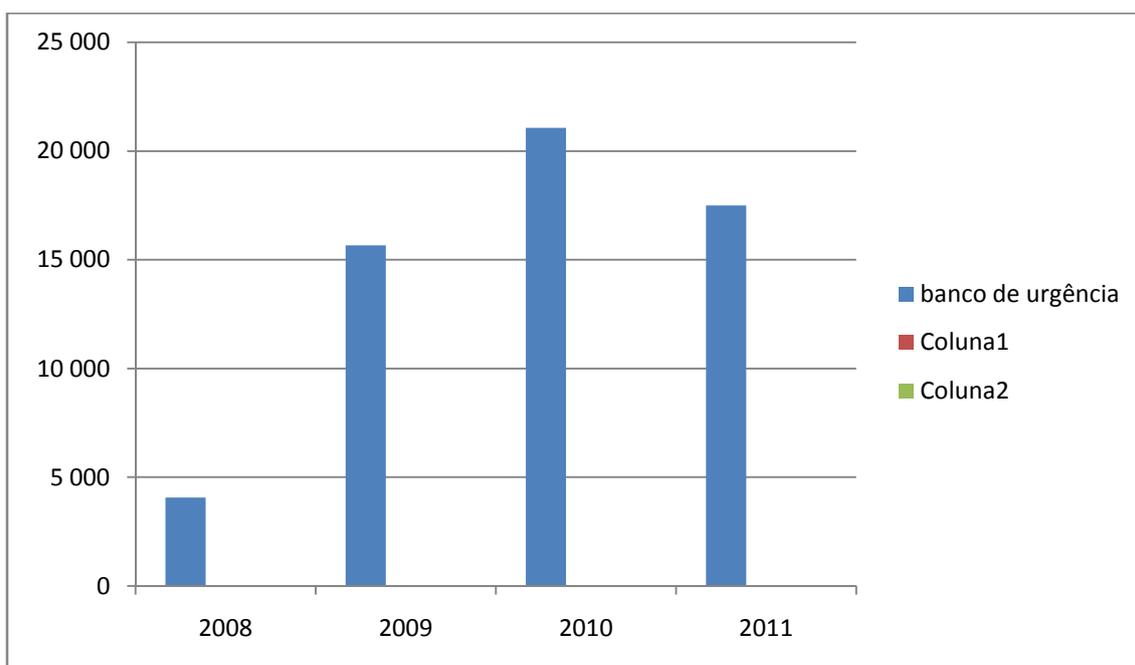
Figura 3.2 – Hospital Psiquiátrico de Luanda



Fonte: Portalangop.co.ao

Os dados estatísticos entre 2008 e 2011 são assustadores: no primeiro ano, a Psiquiatria atendeu 4.073 pacientes no Banco de Urgência e 4.133 em consultas externas. Foram internados 1.701 pacientes. Em 2009 o número de pacientes assistidos no Banco de Urgência aumentou mais de 100%. Nesta área foram atendidas 15.663 pessoas. Em consultas externas, o número baixou para 2.519 (Jornal de Angola, 2012). Segundo esta fonte, na sua edição de 10 de Novembro de 2012, em 2010 o número de internados cifrou-se em 1.778 e o número de pacientes assistidos no Banco de Urgência subiu para 21.061. No ano de 2011, foram atendidos no Banco de Urgência 17.503 doentes e, em consultas externas, 6.243, tendo sido internados 1.816 enfermos. No ano de 2012, entre Janeiro a Setembro, o hospital tinha atendido 3.500 pacientes, conforme apresenta o gráfico.

Figura 3.3– Atendimento no Banco de urgências da Psiquiatria de Luanda



Fonte: Jornal de Angola (2012)

Todo este cenário nos leva a deduzir o seguinte:

Único em Angola, o Hospital Psiquiátrico de Luanda existe desde 1930. Sendo anteriormente um dispensário para a sanidade mental, acoplado ao Hospital Maria Pia, com a redistribuição das estruturas do Ministério da Saúde, em 1978, passou a hospital autónomo. O banco de urgência funciona 24 horas por dia (ANGOP, 2013). Atende

casos de todo o país, embora haja também centros de tratamento na Huíla⁷⁹ e em Benguela. Antes da guerra pós-eleitoral de 1992, o Huambo também tinha uma unidade hospitalar do género (Jornal Agora, 2012).

Quanto ao equipamento médico, não médico e transportes: São feitas aquisições por pessoal não qualificado e compras de meios em quantidade e qualidade inadequadas, para além de muitos dos equipamentos apresentarem especificações técnicas impróprias e sem qualquer garantia. Há igualmente escassez de técnicos qualificados e de outros meios, sendo principalmente estes os constrangimentos com que se debatemos médicos do sector de saúde mental. No que toca aos meios de transporte, não existe uma estratégia definida, o que dificulta a sua planificação, aquisição e gestão (Queza, 2010: 64-69).

O actual corpo clínico angolano é composto por 2.268 médicos, sendo 995 médicos angolanos e 1.273 médicos expatriados. Estes dados são de Março de 2010, e foram fornecidos pelo Ministério da Saúde. Existe uma distribuição desigual dos recursos humanos por especialização e, sobretudo para a área da saúde mental, uma vez que, sendo o número de pacientes sempre crescente, apenas trabalham nesta área 14 médicos angolanos, seis médicos cubanos, 11 psicólogos, 140 enfermeiros, dois sociólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, uma psicanalista e alguns psicopedagogos.

O Governo continua a ser o maior financiador dos cuidados de saúde embora a lei 21-B/92 estabeleça a participação de terceiros no funcionamento dos cuidados de saúde, bem como a comparticipação dos cidadãos nos custos de saúde. O Orçamento Geral do Estado (OGE) é o instrumento do governo para financiar os cuidados de saúde, mas nota-se a falta de uma Política Nacional Farmacêutica (PNF), falta essa que dificulta a regulamentação eficiente da área dos medicamentos no país. A inexistência de normas técnicas destinadas a assegurar a racionalidade e a transparência dos procedimentos de aquisição de fármacos contribui para que os mesmos sejam importados por instituições não vocacionadas para o efeito, e para que esta unidade de saúde fique aquém do que é necessário na aquisição e distribuição de medicamentos específicos para as perturbações psiquiátricas.

Como se pode depreender deste texto, as doenças do foro psiquiátrico não param de aumentar. Porém, mesmo com a melhoria nas infra-estruturas da psiquiatria, o

⁷⁹ Este Centro de tratamento na Huíla é localmente designado por Hospital Psiquiátrico do Lubango que passaremos a descrever no ponto seguinte da tese.

atendimento ainda deixa muito a desejar, quer por insuficiência de instalações nas 18 províncias, quer por falta de equipamentos e de recursos humanos.

Numa entrevista à ANGOP, em Luanda, o médico psiquiatra Jaime Sampaio, director clínico do Hospital Psiquiátrico de Luanda (HPL), afirmou que, sendo este o único hospital psiquiátrico que existe em Angola, atende diariamente uma média de 90 pacientes, na sua maioria jovens, que apresentam um quadro de transtornos mentais ou alterações de comportamento. A causa mais patente, segundo explica Jaime Sampaio, é o excessivo consumo de bebidas alcoólicas ou drogas. O também médico psiquiatra, e responsável pelos serviços de urgência, realçou a prevalência de casos de índole orgânica – resultantes de doenças como a malária, com disfunção cerebral - por norma conduzidos ao serviço de psiquiatria por outros centros, devido ao seu estado avançado (ANGOP, 2013).

Segundo Jaime Sampaio, nos últimos tempos têm sido ainda registadas com alguma frequência, no banco de urgência do HPL, crianças com um quadro caracterizado por crises epilépticas.

Com uma capacidade de internamento de 200 camas, actualmente, o hospital regista nas suas fichas de internamento 460 pacientes: “...não temos alternativas senão internar os pacientes, ainda assim”, explica Jaime Sampaio (ANGOP, 2013).

Este responsável clínico quando questionado sobre o papel da família no contributo do processo de cura, esclareceu:

“...há 120 pacientes internados há mais de dois anos, por abandono dos familiares. Mas não só: nas fichas do HPL, há pacientes internados já desde 1978, igualmente abandonados pelas famílias. Nalguns destes casos, o hospital tentou contactar os familiares, mas estes ignoraram o apelo. Outros há que, depois de algum tempo de convívio com os familiares, regressam ao hospital, na sequência de maus-tratos físicos e psicológicos. Entre os familiares prevalecem algumas questões que constituem factor de preocupação, pela crença de que as doenças do foro mental estão relacionadas com mitos ou magia negra”.

O “adoecer psíquico” é facilmente percebido pois, em geral, os indivíduos que adoecem apresentam comportamentos que não se coadunam com os que são normalmente aceites pela família e pela sociedade. Assim, não sendo a doença psíquica

entendida pela comunidade como tendo uma causa já bem conhecida, a sua definição faz-se pela determinação cultural e de valores, e não apenas por factores biológicos. O estigma que existe em relação à doença mental faz com que se apliquem ao doente os paradigmas da exclusão social, daí resultando o isolamento dos doentes e a sua não-aceitação pelos outros dentro dos padrões habituais.

c) O abandono de doentes mentais

Pelas entrevistas realizadas nesta pesquisa constata-se que as doenças mentais em Angola são muitas vezes atribuídas ao castigo dos deuses, a possessões demoníacas, os remédios e soluções para os males do espírito. Os doentes mentais são na sua generalidade tidos como pessoas que supostamente tentaram, sem sucesso, buscar êxitos na vida com a ajuda do feitiço.

Ao ser abordado sobre o número elevado de doentes nas vias públicas das grandes cidades o director clínico dessa unidade hospitalar esclareceu o facto:

Figura 3.4 – Doente mental na rua – Lubango



Fonte: Chaves, (2014)

“O programa de recolha de pacientes na via pública, até agora existente, foi suspenso devido à nova reforma psiquiátrica em vigor. Antes, parecia que estávamos a recolher animais, com o uso da camisa-de-forças, e isso já não existe em nenhuma parte do mundo. Os países da Europa e da América são mais rigorosos. O doente mental tem direito a um subsídio e, se o familiar não o levar ao hospital, tem de responder judicialmente por esta negligência”.

Acrescentou que, em África, este método deve ser visto de forma cautelosa, uma vez que muitos familiares ainda preferem levar os pacientes a centros tradicionais ou a igrejas, mesmo depois de diagnosticada a doença mental. É também usual os familiares suspenderem a medicação. Depois de algum tempo são reencaminhados à psiquiatria, já com escarificações, ferimentos ou cortes de cabelo – um quadro desolador e que dificulta a sua recuperação (ANGOP, 2013).

Comparando a actual situação com a que existia há dez anos, Jaime Sampaio reconhece consideráveis melhorias no que se refere às infra-estruturas e, acima de tudo, à consciência das pessoas:

“ Com a nova estruturação e municipalidade em termos de saúde, hoje temos um hospital universitário, recebemos vários estudantes nas áreas de psicologia, sociologia e assistência social. Em termos de quadros, também se registam melhorias. Existem 14 médicos angolanos, seis cubanos, 11 psicólogos, 140 enfermeiros, dois sociólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, uma psicanalista e ainda psicopedagogos”.

Como se pode verificar, Angola apresenta antecedentes que tiveram um forte impacto na saúde mental, nomeadamente a exposição às consequências da guerra, enquanto factor de risco. Mais recentemente outros elementos concorrem para o aumento das doenças do foro mental, como o abuso do álcool e de drogas, a violência doméstica e o stress da vida moderna, particularmente no meio urbano. A atenção a estes doentes é ainda muito limitada. Apenas no nível terciário de atenção são prestados alguns cuidados, o que dificulta o acesso de pessoas com perturbações mentais aos cuidados, nas suas comunidades, contribuindo ainda para o estigma e para a discriminação.

d) O Plano de Desenvolvimento Sanitário

Face a este quadro sombrio, que prevaleceu por muitos anos, o Governo de Angola criou um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, sendo a problemática da saúde mental abordada no Projecto 16: Prevenção e tratamento das perturbações da saúde mental.

Este projecto apresenta as seguintes estratégias operacionais: a) elaborar o Plano Estratégico de Saúde Mental; b) capacitar técnicos para prestação de cuidados de saúde mental em todos os níveis; c) Integração nos cuidados essenciais de atenção primária e secundária, de actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com perturbações mentais; d) informar, educar e sensibilizar a população sobre questões de saúde mental; e) promover hábitos de estilo de vida saudáveis e combate ao estigma ligado aos problemas de saúde mental com a participação da população; f) promover e incentivar a reinserção social de pessoas com perturbações mentais e a criação de associações de apoio às mesmas e suas famílias; g) realização de pesquisas operacionais; h) elaboração de um protocolo denominado “Mente Saudável” em conjunto com as unidades sanitárias para recolha de informação sobre saúde mental.

O Plano de Desenvolvimento Sanitário tem as seguintes metas:

1. Até final de 2013 elaborar o plano estratégico nacional de saúde mental;
2. Até final de 2015 criar legislação sobre saúde mental;
3. Até final de 2015 realizar um inquérito sobre a situação de saúde mental a nível nacional;
4. Até final de 2017 implementar programas de capacitação/formação em saúde mental em todas as estruturas de formação em saúde;
5. Até final de 2017, criar um sistema de informação e recolha de dados de saúde mental;
6. Até 2021, aumentar a disponibilidade de serviços de saúde mental nos 18 Hospitais Gerais e em 216 outras unidades sanitárias do primeiro nível de atenção;
7. Até final de 2021, implementar programas de reabilitação psicossocial e intervenção comunitária em todos os municípios;
8. Até 2025, criar 36 unidades de saúde mental com serviços de hospital dia;
9. Até 2025, criar 36 Centros de Reabilitação Psicossocial de pacientes com patologias especiais.

O Governo da República de Angola espera, com este Plano, atingir os seguintes resultados:

1. Plano estratégico nacional de saúde mental elaborado;
2. Legislação sobre saúde mental criada e disseminada;
3. Programas de capacitação/formação em saúde mental em todas as estruturas de formação implementados;
4. Inquéritos sobre a situação da saúde mental a nível nacional realizados;
5. Serviços de saúde mental nos 18 Hospitais Provinciais e em 216 outras unidades sanitárias do primeiro nível de atenção, disponibilizados;
6. Trinta e seis unidades de saúde mental com serviços de hospital de dia criadas;
7. Trinta e seis centros de reabilitação de pacientes com patologias especiais, criados.

Como se verifica, estas estratégias constituem intenção do Governo, e levarão o seu tempo a ser implementadas, ao mesmo tempo que, no terreno, nos deparamos com um estado da saúde mental cada vez mais descurado. Temos a convicção de que as políticas e os planos estratégicos existentes geralmente não são suficientemente conhecidos entre as pessoas exteriores aos ministérios de tutela. Na ânsia de reconstruir, e prestar serviços à população, tem sido dada pouca atenção à necessidade de divulgar e à partilhar informação sobre os planos e as suas estratégias. Reconhecendo o papel essencial das comunidades, especialmente na garantia da sustentabilidade dos serviços e dos bens públicos, deve ser dada a devida atenção à ampla divulgação da informação e à definição dos papéis, tanto dos prestadores como dos beneficiários.

Sendo objectivo geral da nossa investigação a comparação entre as consequências psicológicas da violência política no meio urbano e rural da Huíla, passaremos à caracterização da saúde mental na província e dos resultados obtidos através do processo da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos por nós utilizados.

3.4 Um olhar sobre saúde/doença mental na província da Huíla

Os diferentes estudos da antropologia médica e da saúde mostraram até este ponto que a saúde e a doença são elementos da construção social da realidade produzidos pelo jogo conceptual que confronta as visões leiga, técnica e política. Cada visão tem os seus modelos epistemológicos distintos. A diferença mais discutida é entre modelos leigos e

modelos especializados (técnicos): estes vêem a doença como algo extraordinário, com a sua ontologia própria; aqueles vêem-na como uma experiência que altera a condição de vida. Os primeiros vêem a doença como um Outro; os segundos vêem-na como um Mesmo diferente. A primeira abordagem é do tipo biomédico e é partilhada pelos especialistas; a segunda é biopsicossocial e é própria do leigo (Costa, 2011: 26).

Ao fazermos a análise do estado da saúde mental na província da Huíla julgamos pertinente subdividir este procedimento em quatro vertentes: a) a caracterização do Centro Psiquiátrico do Lubango, b) o funcionamento de serviços auxiliares dos Departamentos de Psicologia noutras unidades de saúde da província, c) a medicina tradicional: uma solução no tratamento de doenças mentais e d) a religião como fonte de cura das perturbações mentais.

3.4.1 Perspectiva Biomédica: o Centro Hospitalar Psiquiátrico do Lubango

Antes de 1985 os serviços de consulta psiquiátrica funcionavam em anexo ao Hospital Central do Lubango e estavam localizados no 6.º piso. Desde 1986 estes serviços foram transferidos para a actual estrutura, (casa particular do Dr. Farrica – médico cirurgião no período colonial, que a cedeu à Delegação Provincial da Saúde). A descentralização ficou a dever-se aos sucessivos suicídios dos pacientes internados no 6º piso do Hospital Central⁸⁰.

¹¹ Um número significativo de pacientes internados no 6º andar do Hospital Central do Lubango suicidavam-se precipitando-se do mesmo edifício.

Figura 3.5 – Centro Psiquiátrico do Lubango



Fonte: Chaves (2012)

Esta instituição localiza-se na encosta da Serra da Chela (Bairro da Mapunda), que fica a 15 quilómetros da cidade do Lubango, uma residência adaptada ao serviço de psiquiatria, cuja via de acesso - uma estrada terraplanada e com muitos buracos - se encontra completamente degradada.

Este Centro Hospitalar, que não dispõe, por isso, de condições adequadas para a assistência a doentes mentais, tem uma capacidade limitada de internamentos, tem falta de energia eléctrica da rede normal e de água potável, tem péssimas condições higiénicas, não dispõe de salas para refeições, de lavandaria e de cozinha e, sobretudo, não possui espaços para reabilitação psicológica e terapia ocupacional, tal como não dispõe de um espaço compatível para farmácia e para consultas de especialidade.

O quadro de pessoal clínico do “Hospital Psiquiátrico” do Lubango era constituído, por volta dos anos 1986-89, pelos seguintes elementos: (i) um responsável clínico, que foi primeiramente um médico cubano e, depois, uma médica de nacionalidade peruana; (ii) cinco enfermeiros civis, um enfermeiro militar⁸¹; (iii) um administrador. A partir dessa altura passou a designar-se Centro Psiquiátrico do Lubango, vocacionado para atender à saúde mental (Dados fornecidos pelo Chefe de Recursos Humanos do Centro Psiquiátrico do Lubango, 2013).

⁸¹ A presença de enfermeiros militares neste Centro deve-se (segundo o chefe dos Recursos Humanos do Centro Psiquiátrico do Lubango) ao facto de na época de guerra os militares traumatizados serem remetidos de imediato para lá.

Os dados de 2012 indicam que o “Hospital Psiquiátrico” do Lubango apenas possuía um psiquiatra e três técnicos superiores formados em psicologia, e necessitava de mais seis nas áreas de desintoxicação, psiquiatria, sociologia e medicina geral, para além de necessitar ainda de 300 técnicos entre enfermeiros, radiologistas, técnicos auxiliares administrativos, para se juntarem aos 78 que ali trabalham (ANGOP, 2012).

Constata-se que os principais obstáculos são: (i) falta de meios de transporte; (ii) enorme dificuldade em garantir a alimentação para os doentes e equipas de serviço; (iii) incapacidade de resposta quanto a internamentos, tendo em conta o elevado número de doentes que têm estado a afluir à instituição, principalmente com indicação de internamento; (iv) o facto de as quotas mensais disponibilizadas pelo Governo provincial não corresponder às reais necessidades com que se depara o Centro Psiquiátrico; (v) a insuficiência de medicamentos específicos de consumo corrente, devida a fraca oferta no mercado por parte dos fornecedores credenciados para o efeito. Em entrevista a Agência de Notícias Angolana (ANGOP), o Director Provincial da Saúde da Huíla, Bernabé Lemos esclareceu o facto:

“O hospital psiquiátrico do Lubango encontra-se na 174^a posição da categoria de hospitais. O número de camas na província para doentes mentais vai aumentar com a construção de um novo hospital psiquiátrico na comuna da Arimba, visto que o actual «hospital psiquiátrico», que se encontra degradado, possui apenas 56 camas e estar sem quaisquer condições para atender os doentes mentais”, (ANGOP, 2012).

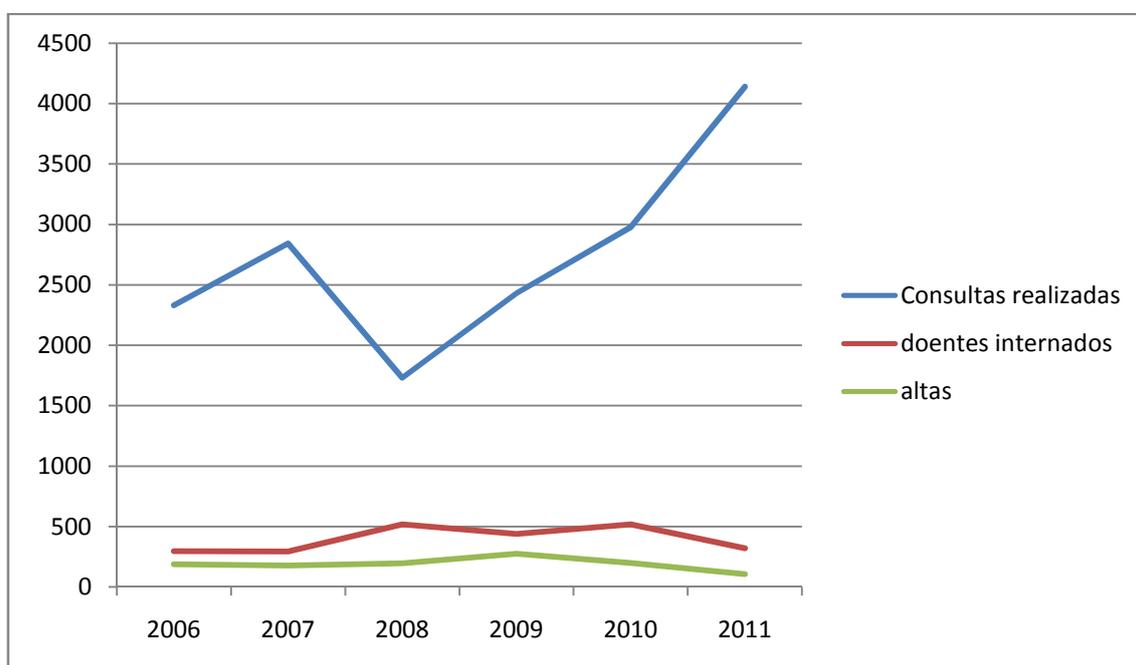
As interpretações que fazemos do depoimento deste responsável da saúde na província são a de que os hospitais são classificados pelo tipo de serviços que prestam: cirurgias gerais e especializadas, acompanhamento de eventos naturais como o parto e o envelhecimento, ou o carácter de urgência/emergência da procura. Assim sendo, o hospital pode ser criado como unidade com um fim específico, acompanhando as divisões da especialidade médica por sexo, idade e/ou pela atenção dada a patologias específicas, ou constituir-se como um hospital geral, o que não é o caso do Centro Psiquiátrico do Lubango.

É nosso parecer, acerca da construção de um novo hospital psiquiátrico, que, com a reforma psiquiátrica em termos mundiais mostra uma tendência para a progressiva substituição dos grandes hospitais por pequenas unidades hospitalares e/ou enfermarias especializadas no tratamento de doenças mentais, seja em hospitais gerais, no caso de

doentes graves ou em crise, seja em pequenos hospitais, autorizados por lei específica. Os doentes com quadros leves e moderados são acompanhados em ambulatórios hospitalares e, de acordo com a actual política de saúde, devidamente regulamentada por lei, devem viver em e na própria sociedade, para promover a sua reinserção social, o que leva à criação dos Departamentos de Psicologia Clínica nos Hospitais Centrais e Hospitais Gerais.

Perante este quadro degradante do Centro Psiquiátrico do Lubango, constata-se que há uma enorme procura de serviços⁸², conforme nos mostra a Figura n.º 3.6.

Figura 3.6 – Consultas realizadas, doentes internados e n.º de altas de 2006 – 2011



Fonte: Hospital Psiquiátrico do Lubango, 2012

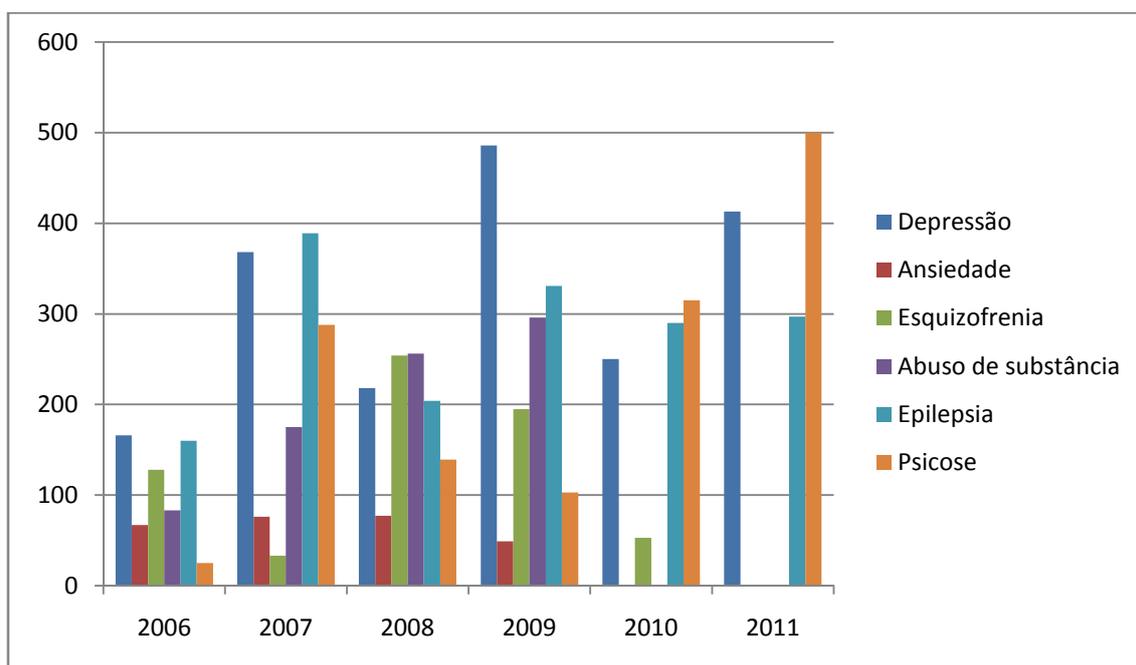
Analisando o gráfico pode-se constatar que o número de consultas realizadas em 2006 é de 2.330 e, paulatinamente, vai crescendo para 2.882 em 2007. Já no ano de 2008 existe um decréscimo de consultas para 1730 e, em 2009, sobe o número para 2.430 ocorrências. Este valor vai subindo significativamente em 2010, passando para 2977 e, em 2011, atinge o valor extraordinário de 4.139. Com relação aos doentes internados verifica-se que foram 297 em 2006, 294 em 2007, 519 em 2008 e 439 em 2009. Em 2010 a taxa de ocupação de camas foi de 97% e, em 2011, o número foi

⁸² Este centro hospitalar serve de atendimento a pacientes provenientes do Cunene, Namibe e Kuando-Kubango.

diminuindo, verificando-se uma taxa de ocupação de camas de 50%. A linha do gráfico que representa as altas ocorridas parece mais estável, visto que em 2006 houve 297 altas, em 2007 houve 179, em 2008 houve 199, em 2009 houve 277 e, em 2010 e 2011, este número foi subindo gradualmente para 498 e 1050 respectivamente.

Outro aspecto que nos chamou a atenção foi o dos dados estatísticos fornecidos sobre a prevalência de perturbações mentais, mais frequentes nesta unidade de saúde mental, de 2006 a 2011, que apresentamos na Figura n.º 3.7.

Figura 3.7 – Diagnósticos mais frequentes entre 2006 - 2011



Fonte: Hospital Psiquiátrico do Lubango, 2012

Fazemos de seguida uma descrição do gráfico por tipo de perturbação, englobando as frequências dos anos de 2006 a 2011:

Depressão: no ano de 2006 a instituição diagnosticou 166 casos, e no ano seguinte (2007) o número de pacientes que ocorreu à mesma instituição duplicou, tendo sido diagnosticados 368 casos. Em 2008 houve uma redução do número de casos para 218 mas, surpreendentemente, no ano seguinte este valor duplicou, passando a ser 486. No ano de 2010 verificou-se novamente um abrandamento de casos e, no ano de 2011, há, de novo, uma subida significativa para 413 casos.

Ansiedade: no que se refere às perturbações de ansiedade, os relatórios fornecidos pela instituição mostram um reduzido número de pacientes relativamente aos que apresentam perturbação de depressão já que, em 2006 houve apenas 67 casos,

verificando-se depois um aumento pouco significativo em 2007 (76 casos) e em 2008 (77) - aumento de um caso - e houve até uma diminuição em 2009 para 49 casos. Os relatórios não espelham os dados relativos a 2010 e 2011 no que se refere a esta perturbação psíquica.

Esquizofrenia: em 2006 estão registados 128 pacientes, e este número decresce para 33 casos em 2007. Já em 2008 eleva-se para 254 casos diagnosticados e, em 2009, registam-se apenas 195 casos, baixando depois consideravelmente para 53 casos no ano de 2010. Os relatórios não apresentam dados sobre esta perturbação relativos a 2011.

Abuso de substância: esta perturbação foi diagnosticada apresentando o seguinte quadro de ocorrências: em 2006 foram 83 casos, subindo para 175 casos em 2007 e em 2008 e 2009 o quadro não foi alterado em termos de crescimento, isto é, respectivamente 256 casos (2008) e 296 em 2009. Os dados são incompletos pois não nos indicam as ocorrências de 2010 e 2011.

Epilepsia: a instituição hospitalar teve um número significativo de utentes com esta perturbação pois em 2006 foram diagnosticados 160 casos, aumentando para 389 em 2007. No ano de 2008 aparecem nos registos 204 indivíduos diagnosticados, e no ano de 2009 verifica-se a ocorrência de 331 casos, que foram diminuindo nos anos seguintes, já que houve apenas 290 casos em 2010 e 297 casos em 2011.

Psicose: no que concerne a esta perturbação psiquiátrica os dados apontam para 25 casos em 2006, verificando-se um aumento significativo em 2007, em que foram diagnosticados 288 casos, retrocedendo para 139 casos em 2008, 103 casos em 2009, tendo ocorrido nos anos seguintes aumentos alarmantes que apontam para 315 casos em 2010 e 500 casos em 2011.

No entanto, entre os anos 2006-2011, os dados relacionados com o diagnóstico e a avaliação psicológica/psiquiátrica apresentam-se fragmentados, devido a algumas falhas nos registos hospitalares.⁸³; A média de atendimento de doentes mentais é de 15 a 50/dia de casos diagnosticados com transtornos mentais epiléticos, secundado pelo

⁸³ Uma das maiores dificuldades na elaboração desta investigação foi o grande deficit de estatísticas confiáveis. Não há dados estatísticos publicados e confiáveis sobre o serviço de saúde mental em Angola e em particular na província da Huíla. Isso motivou-nos a optar pela triangulação de métodos, justamente para comparar informações e procurar dados mais consistentes para trabalhar. Alguns dados foram descartados porque não parecem muito consistentes.

consumo excessivo de álcool e demais substâncias psicoativas sem especificar as demais perturbações.

Fazendo uma relação com os resultados por nós obtidos na aplicação dos questionários para o diagnóstico e prevalência das perturbações de ansiedade e depressão no meio urbano (Lubango) e no meio rural (Humpata e Matala) constata-se que há maior índice de ocorrência/prevalência de depressão e poucos de ansiedade nestes dados apresentados pelo Centro Psiquiátrico ao passo que o nosso estudo apresenta índices de maior prevalência de depressão no meio urbano e de ansiedade no meio rural.

Estes dados obtidos no centro hospitalar psiquiátrico do Lubango, levaram-nos as seguintes questões: se a principal unidade de referência de saúde mental da província da Huíla tem estas condições, como funcionam os serviços auxiliares dos departamentos de psicologia na cidade do Lubango e municípios? Quais os índices de prevalência das perturbações psíquicas nesses departamentos?

3.4.2 Funcionamento de serviços auxiliares dos departamentos de psicologia e unidades de saúde da província

Com o objectivo de aprofundarmos os dados de prevalência e intensidade de casos de ansiedade e depressão na província da Huíla, recorremos a entrevistas aos técnicos dos Departamentos de Psicologia do Hospital Central do Lubango, do Hospital Militar Regional Sul e do Centro de Saúde Municipal da Humpata⁸⁴, que diariamente atendem pessoas que apresentam queixas sobre possíveis perturbações psíquicas. As entrevistas (que têm um índice de respostas bem mais abrangente) foram elaboradas de forma a permitir a recolha de dados que contribuíssem para tornar mais sólidas as informações já obtidas anteriormente através de questionários, e circunscrevem-se à sintomatologia das perturbações de ansiedade e depressão. Permitem igualmente definir as funções e a vocação destes departamentos junto dos hospitais, bem como os instrumentos que têm sido utilizados para a avaliação psicológica, a descrição mais frequente da sintomatologia por parte dos pacientes, a associação das perturbações ao momento de guerra vivenciado, a abrangência em termos de cobertura territorial que estes centros de saúde têm e as dificuldades encontradas na prática clínica.

⁸⁴ Neste Centro de Saúde apenas recolhemos dados por entrevista para saber como atendiam os pacientes portadores de doença mental. Não foi feita uma caracterização do mesmo por não possuir departamento de psicologia clínica, nem técnicos especializados para o efeito.

Figura 3.8 – Hospital Militar Regional Sul (Lubango)



Fonte: Chaves (2013)

a) Localização e tipo de serviços prestados à população

As unidades de psicologia do Hospital Central do Lubango e do Hospital Militar Regional Sul situam-se na cidade do Lubango.

O hospital central do Lubango “António Agostinho Neto” situa-se no bairro do Calumbilo numa área de 40 mil metros quadrados, a unidade conta com um vasto parque de estacionamento, sistema alternativo de energia eléctrica, suportado por um gerador de 1.300 kva. Tem uma capacidade de 523 camas e é assegurado por 97 médicos coadjuvados por 400 enfermeiros de diferentes áreas. É o maior da região, com uma torre de sete andares e outra estrutura de dois pisos e beneficia habitantes da província da Huíla e outras províncias circunvizinhas, nomeadamente o Namibe, Cunene, Kuando-Kubango e Benguela. O hospital beneficiou de obras que iniciaram em 2006, aumentou a sua capacidade de 352 para 523 camas, tendo igualmente acrescido de 22 para 25 as áreas de serviços existentes.

O hospital militar regional sul está localizado no bairro comercial junto ao comando militar da região sul. É uma estrutura com várias naves e um edifício de construção do tempo colonial. Não nos foi permitido visitar todas as áreas do hospital, mas pelo que nos apercebemos tem uma capacidade para mais de 50 camas e serviços de enfermaria, bloco operatório, hemoterapia, estomatologia, entre outros. No dia da entrevista fomos direccionados ao edifício antigo onde se localiza o CATV/VIH e funciona de forma provisória o sector de psicologia. A sala onde se efectua o aconselhamento e

psicoterapia é pequena e desprovida de equipamentos e técnicas específicas para o processo psicoterapêutico.

Estas duas unidades hospitalares têm como objectivo central promover e proteger o bem-estar e a saúde mental e prestar boas práticas clínicas no tratamento psicológico dos problemas emocionais, mentais e comportamentais pertencentes à área de influência dessas unidades.

Figura 3.9 – Hospital Central do Lubango



Fonte: Chaves (2012)

Com esta missão, o Departamento de Psicologia do Hospital Central do Lubango cumpre os princípios de equidade e universalidade de acesso, enquanto o Sector de Psicologia do Hospital Militar Regional Sul presta serviços aos utentes das Forças Armadas Angolanas e suas famílias.

O Centro de Saúde da Humpata é uma unidade de atendimento hospitalar geral, situado na sede do município, com uma capacidade de atendimento de 100 pacientes/dia, tem 20 camas e está preparado para serviços de clínica geral, maternidade, pediatria e os serviços ligados ao Programa Alargado de Vacinação (PAV). A unidade conta igualmente com uma farmácia, laboratório de análises clínicas, área administrativa, consultório médico, sala de observação, lavabos para técnicos e doentes em condições higiénicas, cozinha, arrecadação, bem como uma varanda rodeada de cadeiras que denominam sala de espera. O centro de saúde conta apenas com a presença irregular de um médico de clínica geral (duas a três vezes por semana). Não

possui serviços especializados de psicologia pelo que, quando aparecem casos do foro mental, são encaminhados para o Hospital Central do Lubango.

Figura 3.10 – Centro de Saúde da Humpata



Fonte: Chaves (2012)

Para sabermos quais os serviços disponibilizados por estas unidades de psicologia, e como estão estruturados, entrevistámos o Dr. Faria do HCL e a Dra. Itelvina do HMRS, ambos formados em psicologia clínica. Fazem parte de uma pequena equipa de trabalho, com um atendimento muito limitado de utentes, o que, segundo eles, se deve, por um lado, ao facto de estes departamentos terem sido criados recentemente, por outro ao desconhecimento da população sobre os objectivos e funcionamento dos mesmos:

Entrevistado Faria:

“Este departamento abriu com o objectivo de apoiar e assistir os nossos utentes, sobretudo em termos de aconselhamento. Não trabalhamos apenas com os utentes, mas também com os familiares mais próximos. O departamento de psicologia conta com uma equipa pequena, de três elementos efectivos, e mais alguns colaboradores. Fazemos o atendimento aqui, nas consultas externas e também acompanhamos os pacientes internos que necessitam do nosso apoio. O que acontece é que estamos a constatar *in loco* que o nosso país tem muitos problemas, muitas situações em que o psicólogo deve intervir. Para

além do VIH/SIDA, nós temos também muitos casos de perturbações de humor, de ansiedade, disfunções sexuais, as perturbações psicóticas como é o caso da esquizofrenia. Trabalhamos também com os colegas de outros sectores, aqui do Hospital Central, no âmbito da multidisciplinaridade, porque quando estamos a falar de atendimento psicológico queremos que os demais colegas tratem os utentes de forma humanizada”.

Entrevistada Itelvina:

“O Sector de Psicologia do HMRS tem como efectivo um elemento e mais dois colaboradores: um especializado em enfermagem, e outro colega que ainda não terminou o curso de psicologia clínica. Esta secção conta apenas com dois anos de existência. Os casos mais frequentes que nos surgem são os de abuso de substância, fundamentalmente do álcool; temos trabalhado no aconselhamento aos portadores de VIH/SIDA, casos de PTSD, ansiedade e depressão. Também temos como objectivo institucional abranger os familiares directos neste tipo de acompanhamento, isto é, filhos, cônjuges e pais, porque a saúde psicológica não afecta apenas o indivíduo, mas sim, toda a família. Actualmente o atendimento é sobretudo para os militares da região sul do país.”

b) O exercício da prática clínica, realidade ou miragem?

A prestação de ajuda psicológica e psicoterapêutica tem sido deficitária, devido ao escasso número de quadros que trabalham nos departamentos de psicologia destas unidades, verificando-se ainda que estes só foram criados após a abertura dos cursos de psicologia clínica nas universidades privadas, surgidos após o término do conflito armado vivido em Angola.

O entendimento geral que existe é o de que os Departamentos ou Secções de Psicologia nos Hospitais têm como função o atendimento e aconselhamento de portadores de VIH/SIDA⁸⁵. Em seguida, a prioridade vai para as perturbações de abuso de substância, ansiedade, perturbações psicóticas, disfunções sexuais, PTSD e depressão.

Há uma intenção explícita dos técnicos destes departamentos/secções em incluir os familiares dos utentes no processo de tratamento, mas pelo que constatámos, são apenas intenções que talvez possam ser realizadas a longo prazo.

⁸⁵ No decurso do processo de recolha de dados por entrevista, apercebemo-nos de que estes departamentos foram inicialmente criados para o atendimento/aconselhamento aos portadores de VIH/SIDA.

Quisemos também verificar, através das entrevistas, as dificuldades encontradas na prática terapêutica. Os entrevistados manifestaram-se desta maneira:

Entrevistado Faria:

“O Departamento de Psicologia do Hospital Central do Lubango mantém o seu funcionamento até hoje graças ao esforço dos profissionais que aqui trabalham, pois esta instituição não tem condições. Não temos apoios de outras instituições. São os técnicos e funcionários estagiários deste departamento que vão contribuindo para atenuar o sofrimento dos que padecem de perturbações mentais”.

Entrevistada Itelvina:

“Tem sido muito complicado gerir este processo. Primeiro porque é uma área nova e pouco divulgada, então as pessoas desconhecem os objectivos da psicologia nos hospitais, não entendem bem qual o papel do psicólogo nos hospitais; o Governo só agora despertou para essa necessidade, as instituições de formação dos psicólogos clínicos são recentes no país. Só praticamente há 10 anos é que viram essa necessidade, pois dantes só formavam professores de psicologia nos ISCED (Instituto Superior de Ciências da Educação) e a formação não era para este tipo de cuidados. Esta secção onde nos encontramos é do CATV, para diagnóstico e orientação dos portadores de VIH/SIDA. Ainda não temos um espaço físico para o nosso trabalho específico. Os nossos chefes também desconhecem o papel que desempenhamos nos hospitais, então tudo isso leva tempo até se acostumarem ao verdadeiro papel do psicólogo nos hospitais. Eles pensam que os psicólogos só servem para dar apoio aos portadores de VIH/SIDA, e as restantes perturbações não lhes dizem absolutamente nada”.

Como se pode verificar, a criação de departamentos/sectores de psicologia nestas unidades hospitalares não foi acompanhada de procedimentos essenciais, como a contratação de quadros especializados para o efeito, bem como um enquadramento de acordo com a procura. Por outro lado, a falta de campanhas de sensibilização às populações acerca da existência e da vocação específica desses departamentos. Verifica-se ainda que não existem condições adequadas à prática clínica⁸⁶.

⁸⁶ No Departamento de Psicologia do HCL verificamos apenas alguns instrumentos para a prática psicoterapêutica e verifica-se que os mesmos não têm sido utilizados pelos profissionais e a justificação foi que existem deficits de pessoal profissionalizado para o efeito.

c) Um especialista para o atendimento de uma província com 14 municípios?

Durante as entrevistas realizadas constatamos que estes departamentos carecem de uma figura essencial, o médico psiquiatra, e todos eles remetem os seus pacientes, com necessidade de medicação para distúrbios psíquicos, para o Centro Psiquiátrico do Lubango, que tem apenas um médico psiquiatra. Este facto também nos é descrito pelos dois entrevistados:

O entrevistado Faria:

“Na psiquiatria tem poucos psicólogos e um psiquiatra. Como sabemos que a psiquiatria não tem condições para o internamento dos pacientes nós encaminhamo-los para fazer consultas lá, o médico passa a receita e posteriormente eles regressam e fazemos o acompanhamento aqui. Por exemplo, não temos condições para seguir os casos de esquizofrenia e estes têm prioridade de permanecer lá (no centro psiquiátrico)”.

A entrevistada Itelvina:

“Contamos sempre com a colaboração do Hospital Psiquiátrico do Lubango. Sabemos de antemão que as condições lá não são das melhores, mas aqui, neste hospital, não temos psiquiatra para medicar e lá como existe um, tem sido a nossa solução, principalmente nos casos mais graves. Temos quase sempre diagnosticado casos de esquizofrenia, doenças psicóticas e principalmente abuso de substância, e aí entramos em contacto com eles para resolver o caso. Por vezes verificamos que não têm disponibilidade de camas e aí eles ficam cá, mas a medicação é feita sob prescrição do médico psiquiatra”.

No trabalho de campo que realizámos ao Centro de Saúde da Humpata, também nos foi revelado esse facto pela entrevistada Lúcia:

“Não vejo grande necessidade de psicólogos e psiquiatras nestes centros municipais, mas sim no Hospital Central do Lubango. Quando temos doentes com distúrbios mentais canalizarmos para o Hospital Central, já que cá não há quadros suficientes nem estruturas bem construídas para diagnóstico e tratamento. Imagine que só temos um médico de clínica geral para atender o município, e não é residente, vêm duas vezes por semana. Há dois anos tivemos o contributo de algumas psicólogas, as “irmãs hospitaleiras”, que tinham como missão identificar pacientes com perturbações mentais, mas mesmo assim remetíamos os pacientes ao hospital psiquiátrico do Lubango”.

Contar com um psiquiatra para toda a região sul do país é algo impensável, mas essa é a realidade que se vive nesta parcela do território. Na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo Angola, não existe atenção psiquiátrica para a maior parte da população; os únicos serviços disponíveis são os de hospitais para doentes mentais. Como esses hospitais psiquiátricos geralmente são centralizados e de acesso difícil, as pessoas só os procuram como último recurso. De certa maneira, o próprio asilo converte-se numa comunidade, com muito pouco contacto com a sociedade em geral. Os hospitais operam à sombra de leis que são mais penais do que terapêuticas. Além do mais, o Governo de Angola não conta com programas de formação adequados, a nível nacional, para preparar psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos clínicos, assistentes sociais psiquiátricos e terapeutas ocupacionais. Como existem poucos profissionais especializados, a comunidade vai procurar os curandeiros tradicionais disponíveis (OMS, 2001).

Em Angola há uma rede importante de práticas tradicionais de medicina, utilizadas enquanto substitutos da rede oficial, suprimindo as carências de atendimento da rede oficialmente organizada. O que difere, no caso angolano – e também no de alguns países africanos – relativamente a outros países, não é a existência de práticas tradicionais de cura, fenómeno que existe em todas as sociedades (Rabelo, 2003: 36), mas o facto de este sistema não se apresentar apenas como complementar, caso em que seria apenas uma escolha ou uma prática julgada mais eficaz ou adequada do que a oferecida pela instituição médica, mas é, em alguns casos, a única alternativa para a busca da cura.

Assim sendo, passamos à abordagem, no ponto seguinte, da prática terapêutica mais utilizada pelas populações no continuum urbano e rural do Lubango, para a solução dos seus problemas de saúde.

3.4.3 Medicina tradicional como principal recurso para o combate às doenças mentais

Desde tempos remotos que o homem sempre recorreu à medicina tradicional no tratamento de muitas doenças. Neste sentido, a medicina tradicional tem sido considerada, por muitos autores, como uma das práticas mais antigas para o tratamento de várias doenças/patologias e não só (Oliveira, 1985; OMS, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem vindo a estimular o uso da medicina tradicional ou medicina complementar/alternativa nos sistemas de saúde, de forma a

integrá-lo com as técnicas da medicina ocidental modernas. No seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” preconizava o desenvolvimento de políticas que cumprissem os requisitos de segurança, eficácia, qualidade e uso racional (OMS, 2002).

a) Medicina tradicional uma medida curativa no contexto angolano

Sendo uma prática muito antiga, a medicina tradicional tem sido utilizada por diversos grupos étnicos e não só, de acordo com as suas crenças, hábitos e valores (Melo, 2009: 134). Consequentemente a medicina tradicional é vista como um conjunto de práticas medicinais não convencionais, que envolve agentes sociais e/ou familiares categorizados ou não, no seio dos grupos étnicos, tendo em linha de conta o carácter dinâmico da tradição, o contexto histórico, geográfico, cultural e outros.

“Antes da chegada dos europeus, ao território que, passou formalmente a chamar-se Angola, depois da Conferência de Berlim de 1884/85, que ocorreu (8 séculos depois da chegada dos bantu e quatro séculos depois da chegada de Diogo Cão), já habitavam ali vários povos: hotentotes, bantu entre outros. Esses povos, como todos os outros povos do mundo, também tinham problemas de saúde, desde pestes, epidemias, doenças incuráveis, doenças espirituais e emocionais, bem como tantas outras, que surgiam nas comunidades, pelo contacto com os estrangeiros que ali aportavam para melhorar as suas economias, com as riquezas de Angola” (Queza, 2010: 64-69).

Em Angola, desde os primórdios, a prática da medicina tradicional está estreitamente ligada à vida quotidiana das populações. As plantas medicinais caracterizam a verdadeira medicina tradicional angolana, como fruto das raízes culturais do povo. Há registos sobre a forte utilização no período pré-colonial da medicina tradicional, o que está retratado, tanto nas anotações de Frederich Welwitsch (1862-1868) na sua obra sobre Madeira e Drogas Medicinais em Angola, como no livro de Gossweiller cit. por (POMETRA, 2012), sobre Nomes Indígenas de Plantas de Angola.

Em 1939 alguns naturalistas reportavam cerca de uma centena de espécies colhidas apenas no centro-sul do país, muito utilizadas pelas populações. Os relatos de Welwitsch já apontavam para o uso de plantas medicinais como a única medida curativa utilizada pelos povos do grupo Bosquímano-Hotentote ou Khoisan (POMETRA, 2012).

A Constituição da República de Angola estabelece como uma das tarefas fundamentais do Estado a promoção de políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde, propiciando deste modo que outras políticas sejam enquadradas nas várias tipologias universais de atendimento abrangente às populações, quer nas zonas rurais, quer nos arredores das grandes cidades onde, quotidianamente, já se promove a cura, através da medicina tradicional (PONMETRA⁸⁷, 2012).

b) Política do Governo sobre medicina tradicional

Em 2006 foi criado o Fórum da Medicina Tradicional, que tem como objectivo “explorar e reactivar a medicina tradicional em Angola, melhorar as competências e capacidades terapêuticas, proteger as plantas medicinais e organizar e harmonizar encontros entre diferentes intervenientes do âmbito nacional e internacional⁸⁸. Têm-se realizado diversos encontros e reuniões com participantes do Governo, empresas e terapeutas tradicionais. Em 2008 efectuou-se, na cidade de Luanda, um Workshop sobre o papel da medicina tradicional nos cuidados primários de saúde.

Nesses encontros são discutidas as possibilidades de trabalhos integrados entre os que praticam a medicina tradicional (terapeutas, parteiras) e a convencional e constituem-se grupos de trabalho para a pesquisa de medicamentos tradicionais. Também se importa pôr em prática as recomendações anunciadas, há mais de vinte anos, pela Organização Mundial de Saúde, no sentido de promover práticas de saúde que incorporem o significado de vida saudável, entendido de forma mais ampla (PONMETRA, 2012).

Entretanto a Política Nacional de Saúde, aprovada em 2010, reconhece que a medicina tradicional se encontra num estado de organização ainda incipiente, apesar de muitos pacientes recorrerem a este sector, e carece de um quadro legal, cuja falta leva a que os valores positivos deste tipo de medicina não sejam aproveitados em benefício da saúde da população (POMETRA, 2012). Assim, atendendo ao facto de a medicina tradicional ser de importância transversal e estratégica para a vida da maior parte da população, permitindo a “valorização do terapeuta” e garantindo o resgate das tradições do povo angolano como parte do seu património cultural, estão a ser criados mecanismos jurídico-legais, necessários à promoção de boas práticas, garantindo que o

⁸⁷ Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares.

⁸⁸ Plantas Medicinais abundam em Angola. Jornal de Angola, www.jornaldeangola.sapo.ao [consulta em 23.8.2010].

acesso seja equitativo e que se assegure autenticidade, eficácia e segurança destas terapias.

A Política Nacional de Medicina Tradicional é o instrumento que deverá garantir a prática segura e sustentável da medicina tradicional, com base numa regulamentação apropriada e no incentivo à investigação e desenvolvimento tecnológico, em particular na área da biotecnologia. É um instrumento fundamental, que deve assegurar o papel reitor do Estado na resolubilidade do Sistema Nacional de Saúde, ampliando o acesso de todos os cidadãos de forma eficaz, valorizando e protegendo o conhecimento tradicional das populações. Para tal foram definidos sete eixos estratégicos:

- Integração da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde.
- Incremento, diversificação e sustentabilidade da produção das plantas com fins medicinais e protecção da biodiversidade.
- Fomento de indústrias para o processamento, transformação e comercialização de fitoterápicos e outros produtos naturais.
- Fomento da investigação científica em toda a cadeia da medicina tradicional e práticas complementares.
- Formação e capacitação dos recursos humanos em medicina tradicional.
- Promoção de programas de comunicação social.
- Protecção do conhecimento e da prática da medicina tradicional.

Na nossa opinião, os mecanismos jurídico-legais da importância da formulação da lei sobre a prática da medicina tradicional e da protecção dos direitos de propriedade do conhecimento tradicional, assim como da salvaguarda do conhecimento da prática, devem ser urgentemente implementados, pois em Angola (e o nosso estudo confirma isso) tem-se notado cada vez mais a adesão de indivíduos com perturbações de vária índole (sobretudo do foro mental) aos centros de medicina tradicional, em detrimento da perspectiva biomédica.

c) Estudos locais recentes sobre medicina tradicional

A medicina tradicional, para além de atender a uma concepção distinta de doença, tem em conta um conjunto de valores e normas morais, ou seja, uma cultura, que se articula

com estas práticas, pois possui lógicas particulares, formas específicas de actuação, eficácia, utilidade e sustentação, a partir das práticas do quotidiano, hábitos, costumes e tradições (Oliveira, 1985). A título de exemplo:

“O diagnóstico na medicina tradicional angolana é feito através dos dons espirituais dos curandeiros⁸⁹, que os activa através da mente. Recorre ao apoio de instrumentos tradicionais, tais como o *muxacato*, *jimbamba* (búzios), *ngomboyacisuka* (cesto divinatório dos Lunda), *quiromancia* (mulheres Kwanyama) e o *nkisi* (estatuetas de pau preto, próprias para adivinhação) e aruspicação, consulta aos órgãos internos dos animais dissecados, para vaticínio (*nyaneka-nkumbi*). Através desses métodos, os curandeiros desvendam as causas de doenças, indicam às pessoas as causas ambientais, espirituais ou mágicas das doenças, e aconselham o seu afastamento com receitas da mesma ordem, mas não deixam de recorrer à farmácia da natureza e massagens quando necessário” (Santos, 2012: 15).

A medicina tradicional é considerada como um elemento da cultura nacional e da tradição, integrando o conjunto dos costumes e hábitos dos povos locais. A sua prática tem como ponto de partida a família, estendendo-se depois às comunidades, sendo observada em vários contextos e situações e com vários praticantes. Trata-se, por um lado, de pessoas, como é o caso dos pais, tios e avós, terapeutas tradicionais, e por outro de igrejas e centros de cura (e.g., *Ocimbanda*, *Omunyaneki* e *Onganda*)⁹⁰. Nas comunidades rurais as plantas são classificadas e seleccionadas de acordo com as doenças e sintomas mais comuns, que as pessoas conhecem, por exemplo, a gripe, as dores de barriga, as dores de cabeça e a malária. Na zona rural a medicina tradicional sobrevivia como um fenómeno à margem da medicina erudita (Melo, 2009: 134).

Figura 3.11– Exposição e venda de medicamentos

⁸⁹ Tais práticas podem ser compreendidas como um processo de legitimação social, na medida em já não se constituem como um saber popular de amplo domínio das comunidades, e requerem uma iniciação, uma formação prática.

⁹⁰ Ocimbanda na Língua Nacional Nyaneka-Nkhumbi é um indivíduo com poderes “extraordinários”, capaz de invocar e encarnar espíritos, exercendo por intermédio destes várias funções, a saber: (a) cura de males; (b) protecção contra investidas danosas provocadas pela protecção da inveja, ódio e competição; (c) afastamento dos males; e (d) transmissão de poderes maléficis e adivinhação. Omunyaneki é conhecido como “adivinha” e o Onganda é um terapeuta tradicional, também conhecido como feiticeiro.



Fonte: www.portaldeangola.com

Sendo Angola um país dominado pelas doenças transmissíveis, tais como a malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tuberculose, tripanossomíase (doença do sono), entre outras, o recurso à medicina tradicional constitui uma das principais ferramentas terapêuticas para a prevenção da doença e a promoção da saúde, pois a medicina convencional não tem dado resposta, por vários factores como a carência de recursos financeiros, a falta de estruturas adequadas nos centros urbanos e rurais, a inexistência de estruturas no interior do país, a falta de pessoal especializado, entre outros (Krapp & Longe, cit. por Santos, 2012).

O estudo sobre medicina tradicional, realizado por Santos, indica que os elementos mais usados nas plantas medicinais na província da Huíla são as folhas e as raízes. De entre os medicamentos mais usados pelos terapeutas tradicionais para a cura de doenças destacam-se: plantas, raízes, ervas, chás, infusões, cascas de árvore, fumaça, alho, santa maria, cola, gengibre, pele de jacaré, dialamiango, raízes de coqueiro, brututo, pele e óleo de jibóia, pele de macaco, de coelho, etc. (Santos, 2012: 30). O mesmo estudo aponta como exemplo as unhas de pássaro, que servem para tratar a meningite, o *Kuwananaque* é usado para a cura da malária, a *Filanganga*, ervas usadas para a dor de barriga/cabeça, a *Utivotavossa* usada para as crises de epilepsia, a *Bunda Kateka*, erva usada para as dores nos rins, a raiz *Ngadiola* que serve para curar a febre tifóide, o sisal que, muitas vezes, serve para tratar doenças como o paludismo e febre tifóide, a *Sunga* usada para estancar hemorragias, a *Chandala grande* para o tratamento de infecções do fígado, a *casca de mangueira* para diarreias e a *Kakeleta* para várias doenças mentais, não só em crianças como em pacientes adultos.

Importa aqui salientar que Santos (2012) concluiu que os terapeutas tradicionais da Huíla não fazem uma distinção clara entre o tratamento das doenças somáticas e das mentais. O indivíduo passa sempre pelos dois procedimentos, independentemente dos sintomas que apresente. As queixas relativas aos aspectos orgânicos têm uma base psicológica e vice-versa.

d) Considerações sobre saúde/doença dos terapeutas entrevistados

Como o principal recurso para a cura no combate às doenças mentais tem sido a medicina tradicional, a nossa investigação debruça-se sobre no meio urbano e rural do Lubango.

Recorrendo às entrevistas visitámos dois terapeutas tradicionais, um na comuna da Huíla (município do Lubango) dia 9 de Dezembro de 2012, outro residente no município da Humpata dia 12 de Dezembro de 2012.

O método empregue na recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada, sendo que os dados recolhidos foram: (i) Como e quando se tinham tornado terapeutas? (ii) Como eram identificadas as doenças nos pacientes? (iii) Quais os procedimentos de cura das doenças no geral e especificamente das doenças mentais? (iv) Qual a percepção que tinham da cura de doenças através da perspectiva biomédica? (v) Se nos seus serviços apareciam pacientes com doenças mentais decorrentes do período de guerra que assolou o sul do país?

A primeira entrevista, com o terapeuta Domingos de 50 anos de idade, foi ajudante de mecânico e mais tarde esteve incorporado nas FAPLA (Forças Armadas Populares de Libertação de Angola) e actualmente exerce a actividade de camponês em paralelo com a de terapeuta. A actividade de terapeuta, segundo ele, “não proporciona grandes ganhos e muitas vezes só dá para comprar “uma cabeça⁹¹”, ou alguns cabritos e galinhas, e alguns doentes no “tempo de cultivo” ajudam na lavra. Achamos interessante esta forma de “pagamento” por um lado, e por outro a forma “empírica” de terapia ocupacional que ele emprega com seus pacientes. Reside na comuna da Huíla a 20 quilómetros da cidade do Lubango, uma localidade agrícola por excelência. A entrevista realizou-se juntamente com um tradutor da língua nyaneka-nkhumbi, porque segundo ele alguns medicamentos precisavam de tradução para português. O tradutor, seu filho Capita de 25 anos mostrou-se disponível e muito simpático alegando estar também a aprender a “arte” do pai. Como vivem no sopé da montanha vão lá uma vez por semana para extrair

⁹¹ Termo usado para se referir a um boi, que geralmente é uma fêmea.

medicamentos. A entrevista foi realizada sob forma informal, com o objectivo de criar uma atmosfera de confiança, interesse e espontaneidade entre o inquiridor e o informante.

A entrevista com o segundo terapeuta foi um pouco mais “difícil”, pois tivemos que utilizar um intermediário residente no município da Humpata, que já tinha usado estes serviços e ganhara amizade com o terapeuta Pedro. Ele é que o contactou inicialmente e mais tarde deu um aval de que a entrevista poderia se realizar. Pedro de 55 anos de idade, camponês, não concluiu a 7ª classe devido a problemas de saúde e então decidiu dedicar-se a vida no campo. Vive a dois quilómetros do mercado informal da Humpata. Também tem uma “barraca” na praça da Humpata onde vende algumas hortofrutículas que tira da sua horta e a mulher “kahula⁹²” também produtos noutras fazendas, já que a semelhança de Domingos ele diz que, “o trabalho de terapeuta não chega para sustentar à família”. De início pediu-me para descalçar os sapatos porque no local onde iríamos conversar não se podia entrar calçado. Perguntou-me se era natural da Humpata e respondi-lhe que não, tendo que explicar os motivos da minha investigação ele aos poucos foi se tornando mais aberto e sorridente. Falando bem português perguntei se a “conversa” seria em língua portuguesa, tendo respondido que não. Porque segundo ele. “...quando se fala em medicamentos usamos a nossa língua”, tendo chamado de seguida um irmão mais novo para traduzir.

Indo ao encontro da primeira questão formulada “Como e quando se tinham tornado terapeutas”, o quimbanda residente no município da Humpata Pedro esclareceu:

“Antes de ser quimbanda, sonhava com plantas e, ao mesmo tempo, sonhava com alguém ao meu lado. No início não ligava e fui atacado por uma doença chamada pontada (*pontele*) nas costas (*omonomphati*) e pescoço (*omuvyino*); antes de fazer o tratamento a minha mãe levou-me a um adivinho (*omutapi*) para saber a causa da doença. Depois do diagnóstico, o indivíduo disse-me que tinha sido possuído por um espírito (*ohande*) do meu tio materno, que nunca conheci, que também era quimbanda, e o espírito queria que eu fosse quimbanda. Não hesitei porque o espírito mostrava plantas para curar. Após o diagnóstico fui recomendado a matar um boi que foi estrangulado com a cabeça virada para oeste. Depois de despelar abriram a barriga e fiz sinais da cruz com o sangue na língua e têmporas, o resto de sangue cozinhou-se e consumimo-lo com os demais,

⁹² Processo de compra de produtos agrícolas nas fazendas e revender no mercado informal a um preço um pouco mais elevado.

debaixo de um estrado (*omutala*). Dançámos durante toda a noite, o meu coração tremia, mas não entrei em estado de transe (*okutuntungua*). Ao despertar do dia comecei a sentir os sinais de melhoramento, não tomei nenhum medicamento (*ovihemba*), o sangue que provei fez-me bem”.

Entrevistado Domingos sobre a mesma questão respondeu:

“Eu não nasci quimbanda. Para o ser, adoeci, tinha hemorragia nasal (*omukota*), como era frequente; os meus parentes decidiram levar-me ao adivinho, para saberem as causas. O quimbanda tirou a prova com a caneca, água e cinza por cima da água. Depois do diagnóstico, o adivinho disse-me que tinha sido atacado por um espírito do meu pai, que era falecido, e para melhorar tinha que matar um boi e arranjar vinho. Quando se matou o animal, bebi o sangue numa colher e instantaneamente entrei em estado de transe, dancei, sem querer, com os assistentes. Depois de terminar a festa sonhava com o espírito do meu pai quase todos os dias, que me mostrava as plantas medicinais com as respectivas doenças que combatiam. A partir daquele momento aceitei e tornei-me quimbanda”.

Verifica-se que o processo de os tornar terapeutas acontece por intermédio de espíritos, provocando-lhes doenças mais ou menos prolongadas. Os terapeutas entrevistados por nós passaram por este processo e afirmaram que os primeiros sinais de iniciação se manifestaram durante o processo onírico, isto é, a aprendizagem, inclusive o conhecimentos de doenças, plantas e aplicações, concretiza-se durante o sonho, e durante a sua própria doença.

Os familiares próximos é que os encaminham para os adivinhos e estes, por sua vez, indicam se o indivíduo está possuído por um espírito proveniente de um familiar muito próximo já falecido.

Há casos distintos em que durante o tempo de prática clínica o pré-iniciado depois de fazer todas as cerimónias traçadas pelo adivinho, o candidato passa algum tempo a exercitar-se com o quimbanda e nesse processo tem que matar um animal, geralmente um boi.

Após verificarmos como se tinham tornado terapeutas, quisemos saber como eram identificadas as doenças nos pacientes?

Entrevistado Pedro disse-nos:

“As doenças surgem devido às desgraças causadas por acidentes, intoxicação alimentar, alucinações, mau-olhado, contágios e espíritos malignos (*onohande*)”.

Já o terapeuta Domingos referiu: “As doenças são os “*ovilulu*”, agentes especiais que os feiticeiros enviam, em geral à noite, para causar doenças aos adversários destes ou quando lhes são solicitados. A forma mais comum de contrair doenças é o redemoinho (*ocipepe*), enviado por um feiticeiro para provocar enfermidade ou uma desgraça a alguém que não tenha boas relações com o paciente”.

Os mufla apresentam as doenças mentais como decorrendo de duas categorias fundamentais: natural e sobrenatural; fazem parte da primeira categoria, as desgraças causadas por acidentes, intoxicação alimentar, alucinação, mau-olhado e os chamados “*onohande*”, e da segunda categoria, os chamados “*ovilulu*”, agentes especiais que os feiticeiros enviam.

Quais os procedimentos de cura das doenças no geral, e das doenças mentais em particular?

Entrevistado Pedro:

“Aviso sempre que, para combater as doenças, é preciso vir cedo (atempadamente), e emprego sempre infusões, maceração, cataplasmas e sobretudo meios purgativos de raízes, cascas, folhas de plantas ou bolbos vegetais. Só te vou dar um exemplo de como faço a adivinhação. Uma pessoa traz uma galinha e essa é morta num círculo feito no chão, de seguida corto-lhe a cabeça com uma faca e a partir desse momento começo a interpretar a origem da doença ou da má sorte, mediante os movimentos de estrebuchamento e de esvoaçar do animal. Depois de depenada, antes de abrir o abdómen, inspecciono a carne com muita atenção (*kutalako-hito*) e depois vejo todos os sinais do corpo atentamente, se por acaso os sinais calharam no esterno a origem ou o azar é masculino. Se a doença ou a má sorte for estranha (enviada por pessoas de fora) os sinais ficam na pele da galinha (*ocilavelela*). Ao abrir o abdómen, se apresentar sinais positivos então é porque posso tratar a doença. Se for “*epamba*” – doença mental – meto um carvão aceso, no meio da cabeça do paciente e o retiro imediatamente de modo a que o paciente não se queime e profiro algumas palavras de encantamento. De seguida dou-lhe vomitórios de “*omuntikovei*” misturado com chás de raízes para expulsar a espuma no coração (*etutu*). E por fim sopro-lhe com pós na cabeça para se curar”.

Entrevistado Domingos:

“Depende do tipo de doença. Por exemplo, no tratamento da epilepsia (*ocitonya*) o paciente é submetido a vômitos, para expulsar a espuma que envolve o coração, responsável pela doença, e com o miolo do cabrito morto para o efeito; esfrega-se o corpo do paciente para tirar a sujidade cutânea (*onkhoko*), e esta é metida no crânio do cabrito imolado e tapado com um objecto qualquer, enterra-se num lugar escolhido por mim. Se não tiver um cabrito pode ser um gato, uma fatia do pulmão deste animal mistura-se com raízes para de novo provocar vômitos ao paciente. O paciente também é proibido de comer carne de porco, carne fresca de um animal abatido e bebidas alcoólicas. Além de comidas que podem provocar azia e a fermentação da barriga, a selecção é feita assim porque esses alimentos irritam. Isto é suficiente para curar esta doença”.

O processo de cura é diferenciado. Passa primeiro pela adivinhação, que consiste em sacrificar um animal (geralmente uma galinha preta) e identificar os sinais da doença nos órgãos do animal sacrificado. Para casos mais complicados são geralmente utilizados abates de animais de grande porte, como cabritos e bois, bebe-se o sangue e comem-se alguns órgãos significativos como o coração, rins, testículos, miolos e outros.

Figura 3.12 – Terapeuta tradicional no processo de adivinhação



Fonte: paginaglobal.blogspot.com

Há doenças que são de fácil tratamento, mas também há aquelas que se tornam muito difíceis de tratar como por exemplo as enviadas por feiticeiros através de pássaros ou redemoinhos.

Estas doenças são, na sua maior parte, tratáveis através de meios terapêuticos tais como infusões, macerações, cataplasmas e meios purgativos de raízes, cascas, folhas de plantas ou bolbos vegetais, fumigações e inalações de vegetais. Por meios não

farmacológicos utilizam-se, por exemplo, ritos, sacrifícios, purificações (banhos), orações e outros procedimentos.

Figura 3.13 – Purificações através de banhos



Fonte: angonoticias.com

Procurámos saber, junto dos entrevistados, qual a percepção que tinham da perspectiva biomédica na cura de doenças?

Entrevistado Pedro:

“Não gosto muito de falar nisso. Eles acusam-nos de ser feiticeiros mas o que sei é que existem doenças que eu curo, e que eles não dão conta. Os médicos curam algumas doenças que os brancos trouxeram e outras que vieram de lugares longínquos. Só sei que muitos que eu trato vêm dos hospitais muito mal e eu consigo curar, por exemplo eles não conseguem curar “*gandu*” (esterilidade feminina), “*ocitonya*” (epilepsia), “*ondjila*” (doença de pássaro) e muitas outras doenças”.

Entrevistado Domingos:

“Acho que também é importante, eu já fui ao hospital quando fracturei uma perna e eles curaram-me, mas tive que concluir o tratamento aqui no meu “*eumbo*” (casa). Tem doenças que eles curam e também há doenças que só nós sabemos curar, por exemplo nunca vi num hospital curarem “*omaluinge*” (desmaios constantes) ou “*omphamphala*” (palpitações)”.

Existe a convicção, por parte dos terapeutas tradicionais, de que há doenças específicas que podem ser tratadas nos hospitais através da perspectiva biomédica e de que há doenças do foro mental que só eles sabem curar. Uma característica que se

evidencia é a separação das práticas de cura entre a biomedicina e a medicina tradicional, não havendo formas de remissão de uns aos outros e vice-versa. Também têm a ideia de que muitas doenças vêm de fora, isto é, acreditam que se disseminam por contaminação.

e) Doenças mentais em antigos combatentes e os processos de purificação

Sabendo que o Serviço de Saúde Angolano não abrange todas as áreas e não atende toda a população, principalmente quem tem perturbações psicológicas, perguntámos se havia ocorrência de pacientes com doenças mentais decorrentes do período de guerra que assolou o sul do país. A resposta do entrevistado Domingos foi a seguinte:

“Muitos vieram cá, principalmente ex-militares e as suas famílias. Afirmavam que não conseguiam dormir por causa dos mortos que viram morrer ao seu lado, ou que tiveram de matar para sobreviver. Aí tive que fazer um tratamento prolongado a alguns deles e tiveram de trazer bois para o tratamento e pagamento, mas ficaram curados”.

O que se constata é que os terapeutas tradicionais por nós entrevistados afirmam que, entre os pacientes, houve alguns que estiveram envolvidos directamente na guerra, e que o tratamento das suas patologias tem sido de longa duração por envolver ritos e práticas de cura mais aprofundadas, ou seja, abater uma ou mais cabeças de gado, bebidas para purificação, festas e outros procedimentos. O sangue é um elemento de sacrificio. O quimbanda oferece um animal a uma entidade, prepara a carne e entrega a primeira porção ao espírito. O resto do animal, que se tornou agora alimento, é compartilhado com a comunidade se isso acontece em data festiva. O quimbanda, não está interessado em “sacrificar” (tornar sagrado), ele está preocupado com poderes mágicos do sangue, vísceras e couro do animal.

Segundo eles, se os espíritos dos indivíduos que matamos durante a guerra não forem bem venerados podem causar infortúnios às comunidades. Os muila têm o culto dos mortos. Têm-lhes respeito e temem as suas almas. Este é um dos motivos porque promovem festas *kuricutila*, destinadas a contentar os mortos, para que não volte para fazer mal, dado terem a convicção de que a alma do morto volta sempre.

No sentido de diferenciar os “civilizados” dos “não civilizados”, a guerra aproximou o campo da cidade. De tal ordem que, mesmo nos centros urbanos, e com algumas adaptações, certas práticas rituais (como as de morte, as de cura, as de iniciação

masculina e feminina, as de adivinhações, etc.) se desenrolam, sem grandes restrições (Melo, 2009).

Em épocas de crises extremas – luto, por exemplo – os rituais promovem padrões de comportamento que ajudam a minimizar sensações de perda ou insegurança. Todos sabem o que fazer e como agir sob tais circunstâncias, o que gera uma sensação de ordem e continuidade nas suas vidas. O comportamento padrão possibilita também que a vítima da perda se adapte gradativamente à ideia da morte, e passe a encará-la como o final de um ciclo e o início de outro. A aceitação gradual ocorre ao longo de estágios rituais bem definidos, que variam nas diferentes culturas. Assim, a cada estágio, as vítimas recebem o apoio social e a compreensão necessários (Eisenbruch, 1984: 315-347).

Segundo Granjo, (2011) normalmente recrutados muito jovens, os veteranos moçambicanos passaram por uma experiência semelhante, tanto mais que – particularmente em contexto rural – a sua idade lhes fornecia, antes, uma longa lista de pessoas com autoridade sobre si. E, surpreendidos por eu levantar a questão, vários deles confirmaram que, independentemente do maior ou menor sucesso com que conseguiram gerir o seu regresso a uma relativa insignificância social, a percepção do poder de vida e de morte que detinham lhes suscitava prazer, mesmo que não gostassem de matar.

Por exemplo em Moçambique, trata-se dos ritos públicos envolvendo toda a aldeia, que parecem apresentar uma estrutura estável e muito abrangente em termos geográficos: quando o veterano chegava, era-lhe enviado um delegado da família ou da comunidade, que o recebia fora da aldeia e supria as suas necessidades imediatas, mas sem o autorizar a entrar. O veterano era segregado da zona residencial até se submeter a uma limpeza ritual, posto o que era anunciada aos antepassados a sua chegada e ele era recebido festivamente por todos. Durante todo o processo, contudo, não se deveria falar daquilo que o veterano fez ou presenciou durante a guerra, considerando-se que fazê-lo seria perigoso tanto para ele como para a comunidade (Granjo, 2011: 21).

Os rituais também proporcionam um meio de expressar e aliviar emoções desagradáveis, ou seja, têm um efeito catártico. Isto vale particularmente para os rituais públicos de sociedades menores. Segundo observa Beattie (1967: 211-231), “os rituais representam uma via de expressão e alívio de alguns stresses interpessoais e tensões, inalienáveis à vida em sociedades de pequeno porte”. A função de “válvula de escape” beneficia tanto o indivíduo quanto a sociedade, particularmente nos casos de muitas

sociedades não-ocidentais. Nesses casos, o diagnóstico e tratamento ocorrem na presença de toda a família, amigos e vizinhos do paciente. A sua participação na etiologia da doença é discutida abertamente, bem como a conduta mais apropriada para ajudar o paciente.

f) Visão dos profissionais de biomedicina sobre a medicina tradicional

Para além dos terapeutas tradicionais, outra parte da nossa amostra deu a sua opinião sobre a importância da medicina tradicional no processo de cura dos mentalmente perturbados.

Entrevistado Faria, fez o seguinte comentário quando questionado por nós sobre a concepção que os pacientes têm acerca da perspectiva biomédica e das outras práticas, como por exemplo, a espiritual/religiosa e a prática terapêutica tradicional:

“O que acontece é que temos uma população que está acostumada a vários tratamentos, não têm um acompanhamento contínuo, mudam, existe uma grande percentagem de pessoas que recorrem ao tratamento tradicional. Aqui no nosso país as pessoas estão acostumadas a tomar ervas ou chás para poder resolver os seus problemas e têm uma concepção de que os problemas que estão a sentir são do foro da medicina tradicional e separam o psicológico e o médico. Nós não temos a adesão aos nossos serviços que gostaríamos de ter por esse motivo dizem: “o psicólogo não vai resolver o meu problema”, “o médico não vai resolver o meu problema”, então recorrem aos quimbandas e aos pastores”.

Referindo-nos ainda aos resultados da investigação, os profissionais de saúde mental afirmaram que as famílias/pessoas que recorrem aos seus serviços têm encontrado eficiência nos tratamentos, embora apresentem limitações em relação ao tratamento de algumas patologias “tradicionais”.

Entrevistada Itelvina:

“Eu acho importantes, mas um profissional é um profissional e os psicólogos deveriam ser chamados a intervir nesses casos. Eu julgo que as outras práticas são um auxílio”.

As dosagens nem sempre são as mais adequadas conforme nos refere a entrevistada Lúcia:

“Há doentes que já tinham feito algum tratamento com ervas ou outros fármacos, mas depois pioram e, quando chegam ao nosso centro de saúde, já estão numa fase muito avançada da doença e, muitas vezes, já é tarde. Outros fazem inicialmente o tratamento aqui e depois fogem do hospital e, passado algum tempo, regressam num estado grave porque misturaram os nossos medicamentos com ervas e paus muito fortes, isso é lastimável”.

Quanto aos sonhos, não se refere somente ao sonhar dormindo, mas também ao “sonhar acordado”; a pessoa terá a sua mente cheia de fantasias e passará a fazer planos que não conseguirá concretizar, pois perdeu o sentido de direcção e os objectivos de vida. Se, pelo contrário, estiver correctamente enraizada, a pessoa fará os seus planos e traçará os seus objectivos de forma coerente e realizável (Santos, 2012: 29).

Entrevistado João quando questionado sobre se tinha dificuldades em se concentrar, referiu:

“Sim, costumo ter muitas dificuldades, a cabeça fica muito quente e o coração começa a bater acelerado, então eu descanso para isso parar, mas de repente começo a sonhar com a guerra ou o rebentamento de bombas, e sei que isso é magia, porque o quimbanda disse que para me livrar disso tenho que matar um boi e beber o sangue quente, se não vou sonhar sempre. Mas a pobreza em que estou... como vou comprar o boi?”.

As informações de que dispomos não nos permitem traçar um quadro completo da assistência à saúde mental por parte dos terapeutas tradicionais na província da Huíla. Há, de facto, um número considerável de terapeutas, e é incontestável que esta é a principal fonte de assistência. Mas não podemos afirmar que se trata de uma rede na qual os participantes mantenham interações constantes, com trocas de informação, recursos e saberes. Parece-nos, ao contrário, que se trata de pequenas organizações, muitas vezes constituídas quase exclusivamente pelo terapeuta (que por vezes também é líder local e religioso), que conta com poucos recursos nas localidades onde actua. Na maior parte dos casos, aparentemente, o espaço territorial é uma das características centrais destas instituições, que recebem pessoas da comunidade para cuidados; a fonte de autoridade é a tradição e a confiança no saber ancestral, gerido pelos terapeutas tradicionais.

Durante a guerra civil no sul de Angola, que ocorreu após a independência e que perdurou até 2002, os terapeutas tradicionais tiveram um papel preponderante, pois eram eles que ofereciam assistência psicológica às vítimas de guerra (vítimas de estupro, soldados traumatizados, órfãos, viúvas e outros). Para além destes, a população recorria também a outra fonte de cura, não menos importante, que eram os pastores, sacerdotes e catequistas das várias congregações religiosas espalhadas pela província da Huíla. Esta será a nossa abordagem no ponto que se segue.

3.4.4 Religiosidade e enfrentamento em contexto pós-conflito armado

O homem nasce dentro de um sistema comunicacional, dentro da família e da sociedade, em geral. À medida que vai crescendo, o homem enquadra-se nesse sistema comunicacional, relacionando-se com a divindade, com os outros seres humanos e com o cosmos. É nesse contexto que se pode compreender o processo da institucionalização que inclui, não só a comunicação com a divindade, mas também a criação de relações entre os membros de um determinado grupo (Martins, 2006: 94).

a) Doutrina cristã e monoteísmo em Angola

A introdução da doutrina cristã naquilo que é o actual espaço que se chama Angola, teve início com a «evangelização sistemática feita a partir de 1490, quando os missionários católicos chegaram às “novas terras” e baptizaram sucessivamente o governador do Soyo, em Abril de 1491, e Nzinga Nkhuvu, rei do Congo, em Maio desse mesmo ano» (Rodrigues, 2009).

A implantação da Igreja Católica nas áreas do Congo, do Ndongo e Matamba estendeu-se ao extremo leste, nordeste e sudeste, até ao século XX. A igreja cristã terá iniciado a sua actividade em Angola na década de 1850, com maior incidência na parte norte e centro. Tanto a igreja católica como a protestante comportam várias denominações e congregações. A partir do ano de 1980, assistiu-se à entrada em Angola de expatriados de várias nacionalidades, oriundos sobretudo da África Ocidental, região de populações maioritariamente muçulmanas (aderentes da religião Islâmica) (Rodrigues, 2009).

Como consequência da chegada desses imigrantes, começou a implantar-se a religião muçulmana, primeiro em Luanda, estendendo-se actualmente a todo o país. Assim, em Angola regista-se hoje em dia a presença das religiões cristãs (Católicos, Protestantes e Adventistas) e Islâmica como universais. O aparecimento de uma variedade de organizações religiosas esteve na base de diferentes interpretações dos textos bíblicos.

Assistiu-se ao surgimento do movimento dos antonianos em Mbanza Congo e, mais tarde, como consequência lógica, ao tokoísmo no século XX, uma das mais importantes igrejas nacionais, fundada pelo Simão Gonçalves Toko (Rodrigues, 2009).

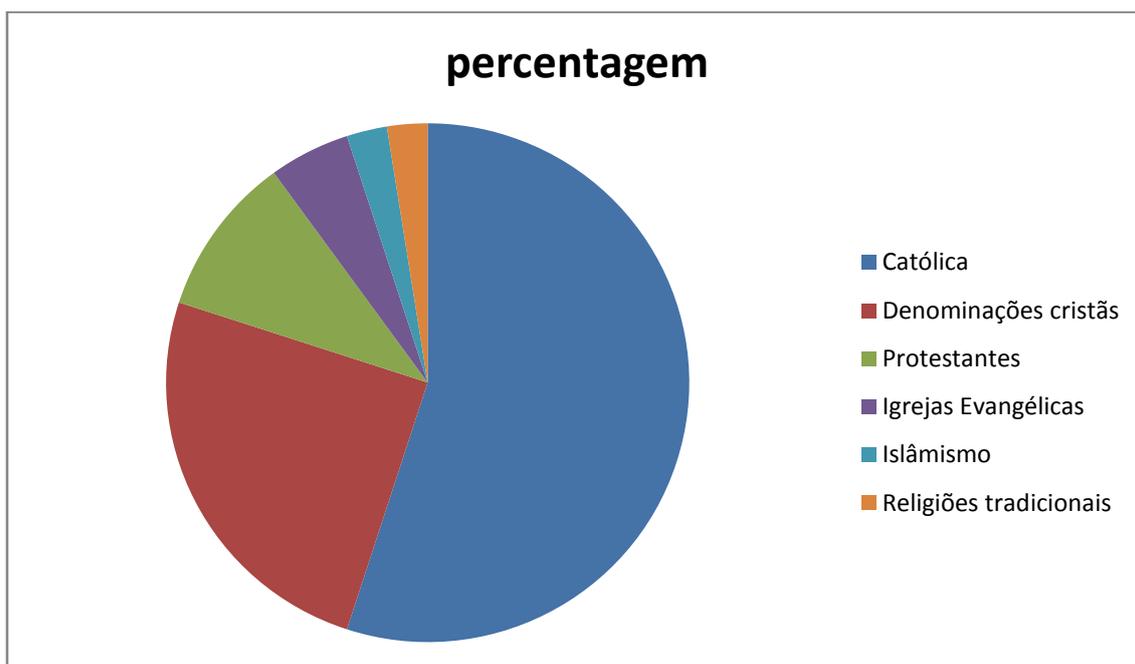
Uma outra religião sincrética, que tem emergido e encontrado um lugar de destaque na sociedade angolana, é o Kimbanguismo (Rodrigues, 2009). Como consequência desse fenómeno verifica-se hoje uma grande proliferação de organizações religiosas que podem ser classificadas em:

- a) Igrejas espiritualistas;
- b) Igrejas dissidentes da doutrina cristã;
- c) Igrejas não cristãs. Algumas dessas igrejas, surgiram como resposta à situação colonial tendo, durante esse período, sobrevivido na clandestinidade, enquanto outras foram introduzidas pelas comunidades angolanas que a partir de 1974 regressaram ao país.

O monoteísmo, actualmente predominante, fundamenta-se na crença da existência de um Ser Poderoso e Supremo designado *Nzambi* (entre Bakongo, Tchokwe e Ambundo), *Klunga* (entre os Ngangela, Kwanyama, Axindonga e Herero), e *Suku* (entre os Ovimbundo e Nyaneka-Khumbi). Essa entidade suprema, considerada como criadora e supervisora do universo, é coadjuvada, segundo os povos bantu, por outros deuses menores mas também poderosos, através dos quais se chega a ela. É o caso dos deuses da fecundidade, da caça, das chuvas, da sorte, da protecção, do gado, entre outros (Rodrigues, 2009).

Os dados do Instituto Nacional dos Assuntos Religiosos (INAR) indicam: que 55% da população é católica; que as denominações cristãs africanas representam 25% da população; que 10% da população segue as principais denominações protestantes como Metodista, Baptista, Congregacionista (Igreja Unida de Cristo) e Assembleia de Deus; que 5% pertence a várias igrejas evangélicas brasileiras; que uma pequena parte da população rural pratica o animismo ou religiões tradicionais indígenas. Há também uma pequena comunidade islâmica, estimada em 80.000 a 90.000 fiéis, composta sobretudo por emigrantes da África Ocidental e famílias de origem libanesa (INAR, 2009).

Figura 3.14 – Representação Gráfica das Religiões em Angola



Fonte: Instituto Nacional para Assuntos Religiosos, 2009

A Constituição da República de Angola consagra a liberdade religiosa e garante, através de outras leis e políticas a prática religiosa livre, em geral. Contudo, as normas sobre a necessidade de registo e da legalização de igrejas pode constituir, na prática, uma barreira à liberdade religiosa. O Governo de Angola exige que os grupos religiosos requeiram a sua legalização nos Ministérios da Justiça e da Cultura. A legalização concede aos grupos religiosos o direito de actuarem como pessoas jurídicas no sistema judicial, garante a sua posição como grupos religiosos oficialmente registados, e permite-lhes construir escolas e igrejas. Os grupos devem fornecer informação de carácter geral sobre os seus antecedentes e ter pelo menos 100.000 fiéis adultos para se poderem registar (INAR, 2009).

A religião tem merecido estudos exaustivos por parte de várias disciplinas: História, Sociologia, Antropologia, Teologia e outras. Em geral é comumente aceite considerar a religião como um fenómeno universal, com diferentes manifestações, porém presente em todas as sociedades historicamente conhecidas. Tentar abordar a religião a partir de uma perspectiva geral e transcultural tem-se mostrado difícil. É mais fácil analisar o fenómeno religioso quando a abordagem se centra numa cultura específica e num determinado período histórico. Assim sendo, a nossa reflexão sobre o recurso a esta

prática como processo de cura de perturbações mentais delimita-se ao período pós-conflito armado na província da Huíla-Angola.

b) O crescimento e reavivar das crenças religiosas como resposta à crise social, política e económica provocada pela guerra

Depois da independência (1975) muitos estudos desenvolvidos sobre crenças e religião produziram explicações que pouco se aplicam aos impactos psíquicos da violência no sul de Angola. Tais explicações foram o resultado de preocupações meramente teóricas de muitos pesquisadores e investigadores, e nem sempre reflectiram o contexto no interior dos grupos estudados. A principal ideia é de que o recente crescimento e reavivar das crenças religiosas em Angola, particularmente na província da Huíla, representa uma resposta à crise social, política e económica provocada pela violência da guerra civil (milhares de mortes, mutilados, deslocados, órfãos, etc.), pela crescente exclusão social e pelas dificuldades do estado em prover os cidadãos de cuidados essenciais básicos, tais como o acesso à saúde, à educação, à água e saneamento, ou seja, em garantir o bem-estar social da população em geral. Estes aspectos são evidenciados nas entrevistas por nós realizadas aos elementos da população alvo de estudo e aos técnicos de saúde mental que lidavam/lidam com esta franja da população.

Os entrevistados Kaita e Lúcia quando questionados sobre o papel das religiões na reabilitação psicossocial das populações nos centros de acolhimento da Humpata e Matala responderam da seguinte forma:

Entrevistado Kaita:

“Nós tínhamos várias formas de resolução das perturbações mentais em colaboração com outras ONGs tais como a ADRA, e o Governo que criou uma rede do MINARS e Ministério da Saúde. A oração fazia parte do processo de reabilitação psicossocial e a UNICEF fornecia-nos quites tanto para à saúde como para à educação. Tínhamos dois enfermeiros para fazer face às emergências. Também contávamos com duas congregações de madres, uma em Capelongo⁹³ e outra na Matala que nos ajudavam neste trabalho, que foi valioso, para a reabilitação psicológica das populações”.

⁹³ A comuna de Capelongo, cerca de 70 quilómetros do município da Matala, leste da província da Huíla, no perímetro irrigado da Matala.

Entrevistada Lúcia:

“É evidente que a nossa sociedade tem os seus costumes tradicionais e eles ajudam bastante na cura de problemas do foro psicológico. Mesmo na igreja católica temos a “doutrina da libertação dos demónios” na base das orações e bênçãos com água benta no âmbito do espírito canónico. O que interessa é a cura dos indivíduos mentalmente perturbados. Fazíamos ver aos afligidos que a palavra de Deus é importante e quando surgisse uma desgraça, então rezávamos em conjunto e eles se sentiam aliviados no fim das sessões”.

Existe a concepção, por parte da população huilana, de que a prática biomédica não é a única fonte de cura das perturbações mentais, e que existem outras formas de aliviar/resolver estes problemas, sendo uma delas o recurso à perspectiva espiritual/religiosa.

Outro aspecto que nos chama a atenção nestas entrevistas é o facto de esta percepção não ocorrer apenas no meio rural mas também no meio urbano (continuum rural e urbano), pois existe a crença de que “nos hospitais não vão obter a cura”, também pela falta de medicamentos e pelo desconhecimento do papel do psicólogo nestas instituições.

Quando questionado sobre o estado psicológico das populações deslocadas chegadas aos centros de acolhimento, a reacção do nosso entrevistado Kaita foi a seguinte:

“Inicialmente estávamos inseridos numa rede de ONGs nacionais e internacionais e tratávamos de pessoas mais vulneráveis e os mais vulneráveis eram provenientes dos municípios de Chicomba, Chipindo, Caconda. Os deslocados do município de Chipindo já tinham saído do seu município para o município de Chicomba e mais tarde vieram parar na Matala por causa do reacender da guerra em Chicomba. Estes estavam tensos, agitados e pensavam que a guerra iria reacender também na Matala. Para o efeito nós tranquilizávamos os mesmos através de palestras e orações, no sentido de apaziguamento dos espíritos”.

“...não tivemos, mas tocávamos nesses aspectos através de orações e a IESA⁹⁴ com a sua ONG chamada SOLE⁹⁵ cujo presidente era um pastor protestante também focavam as

⁹⁴ IESA – Igreja Evangélica Sinodal em Angola

suas actividades na reabilitação psicológica por intermédio de orações. Trabalhamos em conjunto (igreja católica, protestante e adventista) para a diminuição do sofrimento das pessoas”.

Nota-se que a prática terapêutica fundamental era baseada no existencialismo, isto é, independentemente de tudo eu existo, logo tenho de aceitar a minha condição e enfrentar as questões essenciais da vida que são a morte, o isolamento, a liberdade e a falta de significado da vida. Todos estes aspectos são transmitidos através de orações feitas nas várias congregações religiosas.

Também nos interessou saber quais as práticas religiosas mais frequentes entre os deslocados de guerra.

Entrevistado Kaita:

“A maioria era católica, depois os adventistas e os provenientes de Caluquembe eram maioritariamente protestantes”.

O absentismo que veio depois da guerra, a falta de confiança no futuro que leva ainda hoje alguns angolanos a ter um espírito de “viver ao dia”, com medo que amanhã tudo seja destruído e ainda a corrupção de alguns grupos, deve constituir matéria de corajosa profecia na Igreja angolana de hoje. A actual situação depois de 30 anos de guerra, sem falsificar ou simplificar o passado ainda recente, deve levar as religiões a empenhar-se e a olhar para a sociedade com o realismo do sofrimento que provocou este ou outro angolano que nos é vizinho, e que pode fazer nascer a vingança, e então apresentar um projecto sério de reconciliação que saiba sarar as feridas ainda vivas. Estes aspectos foram abordados durante o processo de recolha de dados por entrevista e uma das reacções do entrevistado João foi:

“A nossa sociedade é complexa para a resolução desses problemas e esperemos por acções pontuais para resolver esses problemas. Há poucos profissionais de saúde mental. As concepções de cura são muito diferentes e há falta de abertura na abordagem do tema da reconciliação nacional, e existem muitos problemas. As sequelas da guerra estão a ser vistas agora, há todos os tipos de violência na nossa cidade do Lubango e de uma forma assustadora”.

⁹⁵ SOLE – ONG da Igreja Evangélica de Angola, ligada a reabilitação social.

O desenvolvimento humano de Angola faz-se através da “pacificação dos espíritos” e da “formação das mentes”, sendo certo que, neste caso, a prioridade pastoral em Angola deve ser a de se dedicarem a entrar neste caminho para que se crie uma Angola que seja “prelúdio do paraíso”.

Conclusão do capítulo III

A situação do sector da saúde em Angola, caracteriza-se pela falta e degradação das infra-estruturas, nomeadamente hospitais, centros e postos de saúde, pela falta de pessoal técnico e auxiliar em número suficiente e com aqualidade requerida, pelo não aprovisionamento das unidades de saúde com os materiais necessários, e ainda por outros factores como o saneamento básico, a falta de abastecimento de água potável às populações, o número de casos de endemias correntes, nomeadamente malária, tuberculose, lepra, VIH/SIDA e outras, sendo a falta de autonomia, no que concerne à gestão dos recursos financeiros, um dos mais preocupantes, pese embora os esforços empreendidos pelo governo no período pós-guerra.

O quadro da saúde mental em Angola não foge ao estado da saúde em geral, ou seja, no âmbito da biomedicina existe apenas um hospital de referência (Hospital Psiquiátrico de Luanda) para o atendimento à população de todo o país, população essa que vivenciou 30 anos de guerra e é, por isso, propensa a perturbações mentais de vária índole. Esta estrutura, (HPL) e os demais centros/departamentos/secções dos hospitais da província da Huíla, apresentam inúmeras dificuldades, desde logo pela degradação das estruturas, pela falta de pessoal especializado (psiquiatras, psicólogos clínicos, assistentes sociais), pela limitada capacidade de internamento e pelo insuficiente financiamento para os gastos correntes. Importa salientar que apenas em 2012 surgiu um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, no qual são traçadas estratégias de saúde mental para Angola. Dos dados fragmentados que obtivemos, as doenças mais diagnosticadas nestes centros são o abuso de algumas substâncias (álcool e canábis), a epilepsia, a ansiedade, a depressão, a psicose e as disfunções sexuais.

Os departamentos de psicologia das unidades hospitalares da província não estão suficientemente preparados para o diagnóstico, intervenção e orientação dos pacientes, e constatamos que o seu principal objectivo é o aconselhamento aos portadores de VIH/SIDA, descurando outras perturbações psíquicas.

Os meios utilizados na busca do processo de cura das doenças mentais são variados, recorrendo as populações da província da Huíla a outras práticas terapêuticas para além da perspectiva biomédica, encontrando como solução a medicina tradicional (sendo certo que a maior parte dos entrevistados a utilizam confiam na sua eficácia) e a perspectiva religiosa que serviu (sobretudo no período de guerra), e serve, de suporte no alívio de perturbações de ansiedade e depressão. Verifica-se que estes procedimentos abrangem não só populações do meio rural, mas também e sobretudo populações do

meio urbano, isto é, não é exclusivo de sociedades tradicionais que vivem no meio rural, mas faz parte da própria concepção de alívio e cura das doenças mentais e são práticas que em alguns momentos se tornam dominantes, isoladamente ou em associação com a prática biomédica tanto no meio rural como no urbano. Estes conhecimentos inscritos na tradição de um povo são compartilhados sobre hábitos saudáveis, usos de medicamentos e busca de alívio psicológico através da religião.

Conclusão

O presente trabalho *Consequências Psicológicas da Guerra em Angola: o caso das populações rurais e urbanas da Huíla* teve como finalidade investigar a ocorrência e intensidade das perturbações de ansiedade e depressão nas populações dos meios urbano e rural da Huíla, no período pós conflito armado em Angola. Em décadas recentes tem aumentado significativamente o número de pessoas expostas a eventos traumáticos, bem como formas de violência como guerras e revoluções políticas, que subjagam populações civis em todo mundo. A atenção dada à avaliação do impacto psicológico e ao peso das doenças, mortes, e situações de invalidez provocadas pela guerra contra populações civis, tem sido insuficiente. Este estudo teve em conta a violência política a que estiveram durante longo tempo expostas as populações da província da Huíla, sobretudo na condição de deslocadas e instaladas em locais mais seguros (Lubango, Humpata e Matala).

No seu termo, verifica-se que a estratégia seguida permitiu responder às hipóteses que nortearam o presente estudo e relativamente às quais se podem concretizar as respectivas conclusões.

Assim, relativamente à hipótese de *o diagnóstico e sintomatologia da ansiedade aumentar com a exposição à violência política vivenciada no Lubango (zona rural versus urbana)*, concluiu-se que não existe diferença em relação à intensidade, mas sim em relação à ocorrência, sendo maior na zona rural do que na urbana. Significa que existem diferenças, sobretudo no seu grau moderado (que já é considerado clinicamente como patológico), sendo bastante mais elevada na zona rural do que na urbana. No que se refere à ansiedade alta é mais elevada na zona urbana do que na rural.

Relativamente à hipótese de *o diagnóstico e sintomatologia da depressão aumentar com a exposição à violência política vivenciada na zona rural versus urbana*, concluiu-se que mais de um terço dos sujeitos inquiridos padece de depressão. Relativamente aos indivíduos classificados como tendo depressão, verificou-se que, tanto quanto à ocorrência, como quanto à intensidade, não há diferenças entre o meio rural e urbano. A prevalência da perturbação depressão é mais elevada no meio urbano do que no rural.

No que se refere à terceira hipótese por nós formulada, *se existe uma relação entre as perturbações de ansiedade e depressão e as histórias de vida de elementos que vivenciaram o período de guerra prolongada*, chegou-se à conclusão de que, embora o tipo de estudo por nós utilizado (correlacional) não permita tirar conclusões em termos

de causa-efeito, não se podendo dizer que a exposição à guerra causou ansiedade e depressão, as entrevistas realizadas à amostra do estudo indicam uma associação muito forte entre o grau de sintomatologia de ansiedade e depressão à exposição à guerra.

No tocante à hipótese de *existir uma relação entre o diagnóstico de ansiedade e de depressão e as variáveis sociodemográficas dos indivíduos que constituem a amostra do estudo*, este estudo permitiu concluir que as variáveis zona urbana vs zona rural têm relação com a ocorrência e intensidade das perturbações de ansiedade e depressão. Contudo, os sintomas são mistos, levando-nos à comorbidade entre estas duas perturbações, até porque o termo mais utilizado na realização de entrevistas foi o de “tensão” que engloba sintomas das duas perturbações (ansiedade e depressão).

Durante o processo de entrevistas também concluímos que, nas histórias de vida, há sempre a associação entre o período de guerra vivenciado e as perturbações psíquicas, aspecto este confirmado pelos profissionais de saúde mental dos departamentos/secções de psicologia das unidades hospitalares da província da Huíla.

As entrevistas realizadas permitiram-nos perceber que a perspectiva biomédica de tratamento das doenças mentais é pouco credível, e que factores socioculturais estão na base da preferência das populações pela medicina tradicional. Mesmo aqueles que recorrem à perspectiva biomédica consultam, em simultâneo, o terapeuta tradicional e os pastores/sacerdotes, para aliviar os seus pensamentos ou comportamentos desajustados.

Outro aspecto que ficou patente é o facto de, no processo de adivinhação e tratamento realizado pelos terapeutas tradicionais entrevistados, não haver separação entre as doenças somáticas e as psíquicas. Há um diagnóstico que envolve e associa sempre as doenças mentais ao mau funcionamento ou degradação de órgãos, e cada doença psíquica tem como causa o ataque de um órgão do próprio organismo, ou a incorporação de um espírito maligno no corpo que, por sua vez altera o funcionamento do mesmo.

Dados importantes que constatamos nesta investigação são o de que as igrejas, para além de existirem em grande número, têm uma presença muito real na nossa sociedade. São instituições com grande prestígio, representatividade e implantação na província da Huíla, fazem parte das redes de capital social das populações, e constituem uma fonte de cura de perturbações psíquicas, sobretudo onde não existem outras instituições para o efeito.

Bibliografia

- ADRA (2010). Pesquisa Sobre Diferendos e Conflitos de Terras e as Formas da Sua Resolução. Elaborado por Guilherme Santos e Inácio Zacarias, Março de 2010, pp. 88-95.
- Ajuriaguerra, Jean & Marcelli, Daniel (1991), *Manual de Psicopatologia Infantil*. 2.^a Edição. Porto Alegre. Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., rev. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amnesty International (2001), *Annual review 2001*, London, A.I. Publications.
- Arnaut, Luís & Lopes, Ana Mónica (2008), *História de África: uma introdução*, 2.^a Edição, Belo Horizonte, Crisália.
- Artman, Elizabeth (2006), Regionalização dos Serviços de Saúde: desafios para o caso de Angola. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006. (22), Rio de Janeiro, pp. 2253-5.
- Bardin, Laurence (1977), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Almedina.
- Bastos, Cristina – *Bruxas e Bruxos no nordeste Algarvio: Algumas representações da doença e da cura*. I Encontro Nacional de Sociologia da Saúde., 1985, 12-13 de Dezembro; Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Beattie, John (1967), *Divination in Bunyoro, Uganda*. In: Middleton, J. (ed.) *Magic, Witchcraft and Curing*. Austin: University of Texas Press, pp. 211-231.
- Beck, Aaron (1963), *Thinking and Depression I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions*, *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.
- Beck, Aaron; Freeman, Arthur e Col. (1996), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Nova Iorque, The Guilford Press.
- Beck, AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbauch G. (1961), *An inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry*, 4: 53-63.
- Bennett, David; Ambrosini, Paul; Mets, C. Rabinovich, H. (1997), *Relationships of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents*, *J. Affect Disord*, 45: 127 –.134.
- Biaggio, Angela & Natalício, Luiz (1979), *Manual para Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE)*, Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), Rio de Janeiro.
- Bogdan, Robert e Biklen, Sari (1991), *Investigação Qualitativa em Educação*, Porto, Porto Editora, p.50.
- Borges, Almeida (2005), *The profile of spinal injuries in Porto Alegre*, SCIELO.
- Borkovec, Tom (1994), «The nature, functions, and origins of worry», *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment*, Sussex, Wiley & Sons, pp. 5-35.
- Bracken, Patrick; Giller Joan & Summerfield, Derek (1995), *Psychological responses to war and atrocity: The limitations of the current concepts*, *Social Science & Medicine*.
- Breslau, Naomi (1996), *Epidemiology of trauma and Post-traumatic Stress Disorder in Yehuda* R. ed. Washington, DC. American Psychiatric Press, pp. 1-29.
- Breslau, Naomi (1998), *Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder*. In: *Yehuda R*, editor, *Psychological trauma*, Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc. pp.1-30.

- Bryman, Alan & Cramer, Duncan (2008), *Quantitative Data Analysis With SPSS 14, 15 & 16: A Guide for Social Scientists*, UK, Editorial Reviews.
- Campbell, Donald (1963), Social attitudes and other acquired behavioural dispositions, In S. Koch (ed.), *psychology: a study of a science* (vol.6), pp. 94-172.
- Cancina, Pura (2004), *A fadiga crónica – neurastenia*, Rio de Janeiro, Editora Companhia de Freud.
- Canguilhem, Georges (2009), *O normal e o patológico* (1966), 6ª. Edição, Rio de Janeiro: Forence Universitária.
- Carmo, Hermano & Ferreira, Manuela (1998), *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict, (1997), *Preventing deadly conflict: final report*, New York, NY, Carnegie Corporation.
- Carvalho, Cruz (1963), *Esboço da Zonagem Agrícola de Angola*, “Fomento”, Vol. 1, 3, Lisboa.
- Carvalho, Eduardo (2009), *Metodologia do Trabalho Científico. Saber Fazer Dissertações e Teses*, 2ª Edição, Lisboa, Edição/reimpressão.
- Chissingui, Marcia. *Implementação dos Sistemas de Informação Geográfica na Área da Saúde no Município do Lubango/Angola*, Faculdade De Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, FCSH, 2012.
- Chorpita, Brown; Barlow, David (1998), «*The Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment*», *Psychological Bulletin*, 124 (1), pp. 3-21.
- Clarence-Smith, Gervase (2008), *O III Império Português (1824-1975)*, Lisboa, Sextante, ISBN.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (1993), Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Coelho, Maria (1999), *Normal-patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem*. *Physis: Revista de Saúde Colectiva*, 9 (1), pp. 13-36.
- Cordás, TA & Sassi-Júnior (1998), *Depressão: Como diagnosticar e tratar*. *Revista Brasileira de Medicina*, 54 (edição especial), pp. 61-68.
- Cordás, Táki (2004), *Uma breve história dos transtornos ansiosos*, São Paulo, Lemos Editorial.
- Correia, Palmira (2005). *Depressão e comportamento sexual de risco dos seropositivos da cidade do Lubango*, Monografia para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Educação, Lubango, ISCED, 2005.
- Correia, Pedro (1996), *Angola: do Alvor a Lusaka*, Lisboa, Hugin Editores – Lda.
- COSEP/ICT. (2011). *Olhar a pobreza em Angola: causas e consequências*. Publicado pela OMS, 2011, p.2.
- Costa, José. *As representações biomédicas da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros no contexto multicultural da prestação de cuidados da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão*, Tese de Doutoramento em Antropologia, FCSH, 2012.
- Creswell, John (2003), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed approaches*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, p.18.

- Dattilio, Frank (2004), *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise*, Porto Alegre, Artmed.
- Del Porto, José (1989), *Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão* In: Centro de pesquisa em psicofarmacologia clínica AFIP (Coord.) – Escalas de Avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos, pp. 93 – 100.
- Del Porto, José (2000), *Conceito de depressão e dos limites*, Porto Alegre, Artmed.
- Denzin, Norman & Lincoln, Yvonna (2006) (eds.), *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage, p. 5.
- Devereux, Georges (1981) *Etnopsiquiatria, Análise Psicológica*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, n.4, pp.521-525.
- Diehl, Astor Antonio (2004), *Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas: Métodos e Técnicas*, São Paulo, Prentice Hall.
- DSM – III (APA) (1980), *Associação Psiquiátrica Americana – Manual Diagnóstico e Estatístico*, 3.^a Edição revisada (DSM-III-R) Washington, D. C.
- DSM – IV - TR (APA) (2002), *American Psychiatric Association, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (48.^a ed.).
- DSM-IV (APA) (1994), *American Psychiatric Association, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (48.^a ed.).
- Durkheim, Emile (2002), *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totémico na Austrália*, Lisboa, Presença.
- Ehrenberg, Alain (1998), *La fatigue d'êtresoi*, Paris, Odile Jacob.
- Eisenbruch, Maurice (1984), *Cass-Cultural aspects of bereavement. II. Ethnic and Cultural variations in the development of bereavement practices*, *Cult. Med. Psychiatry* 8, 315-347.
- Eth, Pynoos (1984), *Post-Traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, American Psychiatric Press, Inc.
- Facó, Maria Lopes (2008), *Um Mosaico da Depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*, São Paulo, Escuta.
- Fankhauser, M. & German, M. (1987), *Understanding the use of behavioral rating scales in studies evaluating the efficacy of antianxiety and antidepressant drugs*. *AM.J.Hosp. Pharm.* 44, pp. 2087-2100.
- FAO, (2007). *Capacitação para a Gestão Sustentável de Terras (SLM) em Angola*. Síntese do Projecto em www.fao.org/.../UNDP_AngolaLDCSIDS_SLM_draft9of12november [consulta em: 5/12/2012].
- Fátima, Maria (2012). *Populações rurais na Huíla e resiliência social em contexto de guerra: o caso do município da Humpata (sudoeste angolano)*, ISCTE – IUL, 2012.
- Fleck, Marcelo; Lafer, Beny; Sougey, E; Juruena, Mário (2003), *Diretrizes da Associação Médica Brasileira para Tratamento de Depressão*. Ver. Bras: *Psiquiatria*, 25 (2), 114-22.
- Fleming, Manuela (2003), *Dor sem nome, pensar o sofrimento*, Porto, Edições Afrontamento, (Coleção “Ciências do Homem”).
- Flick, Uwe (2004), *A Companion to Qualitative Research* – Google Books, Social Science.

- Fontana, Andrea & Frey, James (2000), *Interviewing: the art of science*, In N. Denzin e Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, Califórnia: Sage.
- Fontes, José (2011), *A Arte da Paz – ONU e Portugal no Combate ao Terrorismo*, Estudo de Direito e Política Internacional ed.1.
- Fortin, Marie e Côté, Vissandjée (1999), *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, pp.74-101.
- Foster, George & Anderson, Barbara (1978), *Medical Anthropology*, New York. Wiley, pp. 93-94.
- Foucault, Michel (1999), *História da Loucura*, São Paulo, Ed. Perspectiva, (Coleção Estudos).
- Freud, Sigmund (1974), *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (vol. XIV), Rio de Janeiro, Imago, (Original publicado em 1915).
- Frias, Ivan (2002). *Medicina e filosofia na Grécia clássica e o conceito de melancolia: um estudo da relação corpo-alma sob o ponto de vista do binómio saúde-doença*, Tese de doutoramento, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Mimeu, 2002.
- Gauer, G.; Furlanetto, L.; Juruena, M. & Viena, R. (2003), *Transtornos do humor. Psiquiatria para estudantes de medicina*, Porto Alegre, EDIPUCRS, pp. 386-406.
- Geertz, Clifford (1973), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Gelma, Rodrigues. *Estudo da Ansiedade nos Alunos do IMELUB durante as provas*, Monografia para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Educação, Lubango, ISCED, 2009.
- Gembi, Francisco e Rangel, Paulo. *Estudo comparativo da depressão entre reclusos detidos e condenados da comarca da Huíla*, Monografia para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Educação, Lubango, ISCED, 2007.
- Gorestein, Clarice & Andrade, Laura (1996), *Validation of a Portuguese Version of The Beck Depression Inventory and The State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects*, Braz. J. Med, pp. 453 – 457.
- Gorman, Jack (2001), *Generalized Anxiety Disorder*, Clinical Cornerstone, pp. 37-43.
- Governo Provincial da Huíla (1999). *Caracterização sociodemográfica da Província. Lubango: GPH.*
- Governo Provincial da Huíla (2009). *Caracterização sociodemográfica da Província. Lubango: GPH.*
- Governo Provincial da Huíla (2012). *Caracterização sociodemográfica da Província. Lubango: GPH.*
- Granjo, Paulo (2011), *Trauma e Limpeza Ritual de Veteranos em Moçambique*, Cadernos de Estudos Africanos, Cea.revues.org/204.
- Graziani, Pierluigi (2005), *Ansiedade e Perturbações da Ansiedade*, Climepsi, Lisboa, p.81.
- Guba, Egon & Lincoln, Yvonna (1985), *Effective evaluation*, New York: Jasey-Bass Publishers.

- Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso*, Editora, Príncipeia.
- Henderson, Laurence (1979), *Angola Five Centuries of Conflict*, Ithaca, (N.Y.).
- Hernandez, Leila (2005), *A África na Sala de Aula – Visita à História Contemporânea*, São Paulo, Selo Negro.
- Hill, Manuela e Hill, Andrew (2000), *Investigação por questionário*, Lisboa, Edições Sílabo, 2.^a Edição.
- Ignatiev, Oleg (1977), *Uma arma secreta em África*, Moscovo, Edições Progresso.
- Igreja, Victor (2013), *As Implicações de Ressentimentos Acumulados e Memórias de Violência Política para a Descentralização Administrativa em Moçambique*, Revista de Estudos Políticos, n (6), ISSN, 2177-2851.
- INE (2009-2010). *Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População Angolana*.
- Instituto Nacional de Estatística de Angola (INE). (2010). IBEP: Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População 2008-2009. Luanda, INE, p. 13.
- Jong, Hyun Jean (2008). Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 – PNUD. Disponível na www.pnud.org.br/hdr/.../rdh2007/2008/hdr [consulta em: 6/9/ 2012].
- Jornal – O País, “Mais de noventa por cento dos angolanos são doentes” – O País, Dez.2010,<http://www.opais.net/pt/opais/?id...> [acesso em: 11/12/2012].
- Jornal – O País: *Saúde mental considerada ‘fardo pesado’ na CPLP – Sociedade – 2011, O País*.<http://www.opais.net/pt/opais/?id=1657&det=22832> [acesso em: 1-10-2013].
- Jornal Agora (2012), *Loucura Cresce na Metrópole*, p.6. 10 de Novembro de 2012.
- Jornal Angolano Figuras & Negócios. *Como Está a Saúde em Angola?* 3/4/2013.www.figurasenegocios.com/content.aspx?1211. [acesso em: 12/1/2013].
- Jornal de Angola – Online.12/10/2010. *A Saúde Mental*, http://jornaldeangola.sapo.ao/opiniao/editorial/a_saude_mental. [acesso em: 11/12/2012].
- Jornal de Angola: *As maravilhas da medicina tradicional*: http://jornaldeangola.sapo.ao/25/0/as_maravilhas_da_medicina_tradicional_____ [acesso em: 16/2/2013].
- Júnior, Miguel (2007), *Forças Armadas Populares de Libertação de Angola*, Lisboa, Prefácio.
- Kendell, Eric (1983), *Companion to psychiatry studies*, Churchill Livingstone, Edimburgh.
- Kleinman, Arthur, (1977), *Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*. Soc, Sci. Med., 12, 85-93.
- Kraepelin, Emil (1905), *Introdução à psiquiatria clínica*, Terceira lição: demência precoce, Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v.4, n.4, pp. 130-137.
- Lázaro, Gilson. *Angola: discursos e práticas dominantes de reconciliação e construção da nação*, ISCTE – IUL, 2010.
- Littlewood, Roland and Lipsedge, Maurice (1982), *The butterfly and the serpent: Culture, Psychopathology and Biomedicine*, Cult. Med. Psychiatry 11, 289-335.

- Lopes, Carlos (2011), *Candongueiros et Kupapatas: Acumulação, Risco e Sobrevivência na Economia Informal em Angola*, Lisboa, Príncípia, p. 208.
- Maia, Ângela. *Narrativas, Protótipo e Organização no Reconhecimento da Depressão*, Braga, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1998.
- Martins, Darci (2006), *Religião e Saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração*, Maringá, Ciência, Cuidado e Saúde.
- Matos, Daniel. *Violência Política e o Conflito Intraestatal*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH), 2012.
- McIntyre, Teresa e McIntyre, Christa (1995), *The Psychological Impact of War Trauma on Civilians: Na Internacional Perspective*, Greenwood Publishing Group.
- Melo, Rosa (2009), *Para lá da manipulação dos espíritos. Crenças e práticas de cura entre os Handa no sul de Angola*. Codesria.
- Menezes, Paulo Rossi & Nascimento, Andreia (2000), *Epidemiologia da depressão em diversas fases da vida*, Porto Alegre, Artmed, pp. 29-36.
- Merriam, Sharan (2002), *Case Study Research in Education*, São Francisco, Jossey-Bass.
- Mesquita, Raul & Duarte, Fernanda (1996), *Dicionário de Psicologia*, Lisboa, Plátano Editora.
- Millon, Theodore (2004), *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*, Hoboken, John Wiley & Sons.
- Minayo, Maria (2005), *Violência e Saúde*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, pp. 29-37.
- Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS) (2010). Relatório das actividades do Ministério, período de 2002 a 2009, Luanda: MINARS. Disponível na <http://www.minars.gov.ao/verpublicações.aspx?id=500> [consulta em: 7/9/2012].
- Ministério da Saúde (MINSÁ) (2012). Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitária (SIS).
- Ministério da Saúde. Gabinete de Estudo, Planeamento e Estatística (2008). *O sistema local de saúde em Angola. Conceitos e modelo para a planificação municipal e provincial*. Documentos de trabalho. (Maio)
- Ministério do Planeamento (MINPLAN) (2010). *Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. Luanda. MINPLAN, p. 84.
- Ministério do Planeamento (MINPLAN). (2005). *Estratégia de Combate à Pobreza. Cadernos da População et Desenvolvimento*, 9 (1): 32-33.
- Molinowski, Bronislaw (1941), *Causes of War: Na Anthropological Analysis of War*, American Journal of Sociology, 46, 4:521-50.
- Monteiro, Ana Sofia (2011), *Gestão de trauma de sobreviventes do genocídio ruandês*, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Nardi, António (2006), *Some notes on a historical perspective of panic disorder*, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55 (2): 154-160.
- Nguluve, Alberto (2006), *Política Educacional angolana (1976-2005)*, Organização, desenvolvimento e perspectivas, Livros no Google Play.

- Nunes, Berta (1997), *O saber Médico do Povo*, Edições Fim de Século, Lisboa.
- ODMS, (2005). Relatório sobre os objectivos de desenvolvimento do milénio 2005-2010 (ODM).
- Oliveira, Elda (1985), *O que é medicina popular?* São Paulo, Abril Cultural Brasiliense.
- Oliveira, Sílvia (2012), *Olhar a pobreza em Angola: causas, consequências e estratégias para sua erradicação*, Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, Vol. 48, N. 1. Pp. 29-40, Jan/abr 2012.
- Oliveira, Tânia. *Estudo sobre a influência da Depressão no Rendimento Académico dos Estudantes do ISCED-Lubango*, Monografia para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Educação, Lubango, ISCED, 2007.
- OMS (2002), *Estratégia de la OMS Sobre Medicina Tradicional*. Genebra: WHO/EDM/TRM/2002.
- ONU, Organização Mundial de Saúde (Escritório Regional Africano). *Estratégia da OMS de Cooperação com os países*. Angola 2002-2005.
- Otterbein, Keith (1973), *The Antropology of War: New Haven: Human Relations Area Files Press*.
- Otterbein, Keith (1999), *A History of Research on War fare in Anthropology*, Files Press, pp. 794-805.
- Pain, Rodrigo de Sousa. *Desafios da participação social em um país de conflito agudo: estudo a partir da ONG angolana Acção para o Desenvolvimento e Ambiente (ADRA)*, Tese de doutorado – Instituto de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Seropédia, 2007.
- Papakostas, George; Eftychiardis, A.; Christodoulou, G. (2003), *A historical inquiry into the appropriateness of the term 'panic disorder'*, *History of Psychiatry*, 14(2): 195-204.
- Patton, Michael (1990), *Qualitative evaluation and research methods*, New bury Park, CA.
- Pedersen, Ducan (2006), *The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands*. *Soc Sci Med*. 67 (2) p. 30.
- Pedersen, Ducan et al. (2003), *Violencia política y salud mental en las comunidades alto andinas de Ayacucho*, Peru.pp. 289-307.
- Peregrino, António (1997), *Ansiedade normal e patológica*, Rio de Janeiro, Editora Científica Nacional.
- Pereira, Mariana (1997), *Mudanças nos conceitos de ansiedade*, Rio de Janeiro, Editora Científica Nacional.
- Peres, Urânea (1996), *Melancolia*, São Paulo, Escuta.
- PNUD (2013). *Pululu: Relatório do IDH 2013, do PNUD*. Disponível na www.com/2013/03/relatório-do-idh-2013-do-pnud.html [consulta em: 20/11/2012].
- PNUD, (2002). *Relatório de Desenvolvimento Humano – Angola 2002*. Disponível na www.pnud.org.br/.../RDH2002/RDH%202002%20portuguese [consulta em: 5/8/2011].
- PNUD, (2006). *Objectivos do Desenvolvimento do Milénio. Relatório de progresso 2005*, PNUD, Sistema das Nações Unidas e Ministério do Planeamento de Angola, Luanda.

- Popper, Karl (1972), *A lógica da pesquisa científica*, 2ª ed. São Paulo, Cultrix.
- PRH (1999). *Estimativa da População da Província da Huíla*. Governo Provincial.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2005). Relatórios do Desenvolvimento Humano. Disponível na <http://www.undp.org> [consulta em: 24/06/2012].
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2010). Relatório do Desenvolvimento Humano, p. 253. Disponível na <http://www.undp.org> [consulta em: 24/03/2012].
- Prunier, Gérard (1995), *The Rwanda crisis 1959-1994: history of a genocide*, London, Hurst.
- Pupavac, Vanessa (2001), *Therapeutic Governance: Psycho-Social Intervention and Trauma Risk Management*. Article First Published online: 16 Dec 2002.
- Quartilho, Manuel João Rodrigues – Sintomas e Cultura, *Psiquiatria Clínica* vol.16 n.º1, Coimbra, 1995, pp. 5-10.
- Quartilho, Manuel João Rodrigues (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência*, Quarteto Editora, Coimbra.
- Queza, Armindo. *Sistema de Saúde em Angola: Uma proposta à luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal*, Mestrado Integrado de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto (UFMUP), 2010.
- Quirk, Gregory (1994), *Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras*, *Social Science and Medicine*, 39: 1675-1679.
- Rabelo, Miriam (2003), *Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostantismo e espiritismo*, Caxambu, ANPOCS. (mimeo).
- Radden, Jennifer (2000), *The Nature of Melancholy*, Oxford University Press.
- Ratilal, Ana (1997), *Moçambique: Que caminhos para a reintegração psicossocial da criança?* *Revista de Psiquiatria*, vol X (Supl 1) pp. 23-29.
- Ribeiro, Wagner; Andreoli, Sérgio; Ferri, Cleusa; Prince, Martin; Mari, Jair (2009), Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 31. São Paulo, Outubro de 2009.
- Richardson, Roberto Jarry (1989), *Pesquisa Social: métodos e técnicas*, São Paulo, Atlas.
- Roberts, Timmons (2008). Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 – PNUD. Disponível na www.pnud.org.br/hdr/.../rdh2007/2008/hdr [consulta em: 15/7/2012].
- Robertson, Mary (1999), *Counselors' Appraisals of the Trauma Counselling Model: Strengths and limitations*, Johannesburg, South Africa.
- Robson, Paul e Roque, Sandra (2001), “Aqui na cidade nada sobra para ajudar”. *Buscando solidariedade e ação colectiva em bairros peri-urbanos de Angola*, Development Workshop Occasional Paper n.º3, Guelph (Canada).
- Ruscio, Brown (2002), Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: differentiating high worriers with and without GAD, *Anxiety Disorders*, 16, pp. 377-400.
- Salomon, Andrew (2001), *O Demónio do Meio-Dia: Uma Anatomia da Depressão*, São Paulo, COMENTAR.

- Santos, Pedro. *Recurso à Medicina Tradicional no tratamento de Crianças Angolanas: Estudo Exploratório no Hospital Pediátrico do Lubango*, UC/FPCE, Universidade de Coimbra, 2012.
- Selltiz, Claire; Wrightsman, Lawrence; Cook, Stuart (1987), *Métodos de pesquisa nas relações sociais*, Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira, 2ª edição, São Paulo, EPU.
- Shorter, Edward (1997), *A history of Psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*, Nova Iorque, John Wiley & Sons.
- Silove, Derrick. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, 1999 Apr., 187 (4), 200-7, *University of New South Wales*, Sydney, Australia.
- Sonenreich, Carol; Estevão, Giordano; Friedrich, Sónia; & Silva, Luís (1995), A evolução histórica do conceito de depressão, *Revista ABP-APAL*, 17 (1): 29-40.
- Sousa, Maria & Baptista, Cristina (2011), *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha*, 3ª ed, Lisboa, PACTOR.
- Spielberger, Charles; Gorsuch, Richard; Lushene, R. (1970). *Manual for State – Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*.
- Stewart, Frances (2000), The root causes of humanitarian emergencies, In: Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen, R. eds. *War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies*, Oxford. *Oxford University Press*.
- Suárez-Orozco M. (1992), A Grammar of terror: Psychocultural responses to state terrorism in dirty war and post-dirty war Argentina, Berkeley, Univ. of California Press. P. 219-259.
- Summerfield, Derec (1991), *Low intensity war and mental trauma in Nicarágua: a study in a rural community*, Med. war, 7(2), pp. 84-99.
- Summerfield, Derec (2000), *Low intensity war and mental trauma in Nicarágua: a study in a rural community*, Med. war.
- Tacq, Jacques (1997), *Multivariate Analysis Techniques in Social Research: From Problem to Analysis*, Sage, London-UK, pp. 23-31.
- Taylor, Steven & Bogdan, Robert (1998), *Introduction to qualitative research methods*. New York. Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, John Wiley & Sons, Inc.
- Teixeira, José. (2007), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção*, Lisboa, Climepsi, p.17.
- Tomás, Cláudio. Discursos e práticas alternativas de reconciliação nacional e de construção da nação em Angola: O caso da Igreja Evangélica Congregacional de Angola, ISCTE – IUL, 2010.
- UNDP, IDH (2002), *The Angolan Civil War and its Impact in the Development of Public Primary Education*, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa.
- UNGASS (2012). O Sistema Nacional de Saúde. Relatório sobre o progresso do país para dar seguimento aos compromissos da sessão especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, período 2010-2011. UNAIDS.
- Vallejo – Nágera, Juan (2002), *La locura en la guerra. Psicopatología de la guerra española*, Madrid, Valladolid.
- Ventura, Margarida & McIntyre, Teresa (1997), *Crianças de Guerra: Um estudo de PTSD em Adolescentes Angolanos*, *Revista de Psiquiatria*, Vol X (Supl 1) pp.15-18.

Ventura, Margarida (2002), *O Stress Pós-Traumático e suas sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola*, Luanda, Editorial Nzila.

Verzuman, Julio (1995), *Mental – Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica*, Barcelona, Unipac – GV.

Viana, Vanessa. Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2008.

Wheeler, Douglas & Pélissier, René (2011), *As Raízes do Nascimento Angolano*, Publicações de Protesto dos Assimilados, Lisboa, pp. 73-92.

WHO (2005). O sistema de atenção à saúde mental em Angola. Relatório Económico de Angola 2005, Universidade Católica de Angola. Dados recolhidos no Hospital Psiquiátrico de Luanda (WHO, 2005, p. 58).

Zak, Itai (1982), *Stability and Change of Personality Traits: Possible effects of the yomkippur war on Israeli Youth*, In Spielberg, Sarason e Milgram. *Stress and Anxiety*, vol. 8, Washington, D. C., Hemisphere.

Zlotnick, C.; Johnson, J.; Kohn, R.; Vicente, B.; Rioseco, P.; Saldivia, S. (2006), Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med.* 36 (11), pp. 1523-33.

Zwi, Anthony; Fustukian, Suzanne; Sethi, D. (2002), Globalisation, conflict and the humanitarian response, Cambridge, *Cambridge University press*.

Consultas internet

African Economic Outlook (2011). Programme, United Nations Economic Commission for Africa, Disponível em [www.afdb.org/afdb/EN-AEO_2011_\[consulta em: 16/12/2012\]](http://www.afdb.org/afdb/EN-AEO_2011_[consulta em: 16/12/2012]).

Angola, Ministério das Finanças. Orçamento do Ministério da Saúde, Exercício 2008 Disponível na <http://www.minfin.gv.ao/fsys/MINISTERIO-DA-SAUDE.pdf>[consulta em: 19/12/2012].

Angop (2012). Governo Constrói novo Hospital Psiquiátrico no Lubango. Disponível na www.portalangop.co.ao/.../2012/governo_constroi_novo_hospital_psiquiatrico_agosto/2012[consulta em: 2/7/2011].

Angop (2013). Hospital Psiquiátrico atende mais de noventa pacientes por dia. Disponível na http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias.outubro/2013[consulta em: 23/3/2012].

Ansiedade/Psicobiologia: Disponível na http://psicobio.com.br/curso_dmentais/Ansiedade.pdf [consulta em 14/8/2011].

ANTUNES, Marina Lina. Especialidades Médicas, que prioridades? III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. Lisboa, Fevereiro de 2009. Disponível na http://stk1.outbox.ativism.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0578305001235651981-125.pdf [consulta em: 25/5/2011].

Ballone, Geraldo (2007). Depressão e Ansiedade –in. Psiqweb.internet. Disponível na <http://www.psiqweb.med.br/> [consulta em: 30/3/2010].

Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. View the highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Disponível na www.psychiatry.org/dsm5 [consulta em: 21/6/2014].

Circulo Angolano Intelectual. Combate a Pobreza e Exclusão Social. Disponível na <http://www.circuloangolano.com/?p=21161>[consulta em: 21/5/2013].

Cristian Children's fund (1995). The trauma of war – UNICEF. Another survey in 1995 in Angola. Disponível na www.unicef.org/sowc96/7trauma.htm[consulta em: 2/2/2011].

Dunker, Christian & Neto, Fuad (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – Breve história. Disponível na www.ip.usp.br/portal/index.php [consulta em: 21/11/2012].

Filho, Eduardo. (2012). Um Olhar sobre Angola: Contexto histórico pós guerra civil. Disponível na [www.http://edmelander.blogspot.pt/2012](http://edmelander.blogspot.pt/2012) [consulta em 11/4/2013].

Gonzáles de La Rocha (2001). Redes Sociais, Cultura e Poder. Disponível na www.Books.google.pt/books?sbn=8576502208 [consulta em: 12/12/2012].

INAR (2009). Gráfico das Religiões em Angola. Disponível na <http://www.portalangop.co.ao/angola/pt> [consulta em: 4/7/2012].

Indicadores de Saúde em Angola Continuam Fracassados. Disponível na www.angonoticias.com/.../indicadores_de_saude_em_angola_continuam_fracassados [consulta em: 17/8/2012].

Ludke, Menga e André, Marti (1986). Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. Disponível na www.lite.fae.unicamp.br/papet/2003/ep145/pesq.htm [consulta em: 17/7/2013].

Medicina tradicional contribui para promover saúde pública. Disponível na http://www.portalangop.co.ao/motix/pt_pt/noticias/saude/2012/7/32/Medicina-tradicional [consulta em: 11/4/2012].

Ministério das Finanças (MINFIN) (2011). *Evolução Recente, Situação Actual e Perspectivas da Economia Mundial*. Luanda. MINFIN, p. 14. Disponível na <http://www.minfin.gov.ao>. [consulta em: 15/4/2012].

Ministério da Saúde (MINSÁ) (2010). Avaliação do Sistema de Saúde em Angola. Disponível na www.healthsystems2020.org/.../2770_file_Angola_HSA_report [consulta em: 23/8/2012].

Noticias.sapo.pt. Angola: Ministério da Saúde refuta indicadores internacionais. Disponível na <http://noticias.sapo.pt/lusa/artigo/267fd1691780> [consulta em 5/5/2012].

Oliveira, Mariana & Lima, Jefferson (2008). Transtorno de Ansiedade Generalizada – Causas, sintomas e tratamento. Disponível na www.minhavidacom.br. [consulta em: 2/3/2011].

OMS (2001). Sistema de atenção à saúde mental em Angola. Disponível na www.xiconlab.eventos.dype.com.br. [consulta em: 2/3/2011].

OMS (2009). Angola Health Profile. Disponível na <http://www.WHO.int/gho/countries/ago.pdf> [consulta em: Junho de 2012].

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). Estratégia Global do Sector da Saúde (2011-2015). Disponível na <http://www.who.int>. Acesso em: 20/03/2012 [consulta em 7/6/2013].

Pawson, Lara (2007). Purga em Angola. Disponível na <http://www.mazungue.com/angola/index.php> [consulta em: 18/9/2012].

POMETRA (2012). Angola abre portas à medicina tradicional <http://www.ptjornal.com/geral/mundo> [consulta em: 12/3/2013].

Ritos de Angola: Medicina Tradicional Angolana. Disponível na <http://www.ritosdeangola.com.br> [consulta em: 16/2/2013]

Rodrigues, Mateus. (2009). As Seitas Religiosas em Angola. Disponível na [www.http://omaiorcentrodetesesdocumentospublicaçõesrecursoseducativosdarede](http://omaiorcentrodetesesdocumentospublicaçõesrecursoseducativosdarede) [consulta em: 15/7/2012].

Saúde mental considerada ‘fardo pesado’ na CPLP. Disponível na <http://www.opais.net/pt/opais/?id=1657&det=22832> [consulta em: 01-10-2013].

UNICEF (2011). Internacionalização do Sector de Saúde Nacional. Mercados. Disponível na www.portugal.dobal.pt/pt/biblioteca/livrariadigital/cadernoangola.pdf [consulta em: 30/4/2012].

UNOCHA (2002). Angola Impact of Drought on Food Security and Nutrition. Disponível na www.unocha.org/cerf/cerf-worldwide/.../ago-2012 [consulta em: 3/3/2012].

USAID (2010). President’s malaria initiative – Malaria operational plan-Fy2011 Angola. Disponível na http://www.pmi.gov/countries/maps/fy11/angola_mop_fy11.pdf [consulta em: 30/4/2012].

WHO, online: Angola – World health organization. Disponível na <http://www.who.int/countries/ago/en> [consulta em: 6/6/2012].

WHO (2010). Avaliação do Sistema de Saúde de Angola 2010. Disponível na www.healthsystems2020.org/2770_file_Angola_HSA [consulta em: 6/6/2012].

Anexos

ANEXO A

Termos tradicionais e seu significado em língua portuguesa

Anexo A

Termos tradicionais e seu significado em língua portuguesa

Termo tradicional	Significado em português
<i>Brututo</i>	É um arbusto com cujas raízes se prepara uma infusão que ajuda a limpar o fígado e a vesícula.
<i>Chandala</i>	Cacto que ajuda a baixar a febre, anestésico, anti-inflamatório, cicatrizante, desintoxicante e antibiótico
<i>Diala miango</i>	Pó que se mistura com mandioca macho para cura de impotência sexual
<i>epamba</i>	Doença mental
<i>etutu</i>	Espuma no coração
<i>eumbo</i>	Casa
<i>Filanganga</i>	Erva usada para curar dor de barriga e dor de cabeça
<i>gandu</i>	Esterilidade feminina
<i>Jimbamba</i>	Búzios
<i>Kakeleta</i>	Erva utilizada no tratamento de doenças mentais
<i>Kateka</i>	Erva usada para dores nos rins
<i>Klunga</i>	Ser Poderoso e Supremo
<i>Kutalako – hito</i>	Inspeção aprofundada do animal abatido
<i>Kuwananaque</i>	Casca usada para a cura de malária
<i>Muxacato</i>	Búzios
<i>Ngadiola</i>	Raiz para curar febre tifóide
<i>Ngomboyacisuka</i>	Cesto divinatório dos Lunda
<i>Nkisi</i>	Estatuetas de pau-preto, próprias para adivinhação
<i>Nzambi</i>	Ser Poderoso e Supremo
<i>Ocilavelela</i>	Sinais na pele dos animais
<i>Ocimbanda</i>	Indivíduos com poderes “extraordinários”, capaz de invocar e encarnar espíritos
<i>Ocipepe</i>	Redemoinho
<i>ocitonya</i>	Epilepsia
<i>Okutuntungua</i>	Entrar em estado de transe
<i>omaluinge</i>	Desmaios constantes
<i>omphamphala</i>	Palpitações
<i>Omukota</i>	Hemorragia nasal
<i>Omunomphati</i>	Costas
<i>omuntikovei</i>	Raízes
<i>Omunyakeni</i>	É conhecido como “adivinha”
<i>Omutala</i>	Estrado
<i>Omutapi</i>	Adivinho
<i>Omuvyino</i>	Pescoço
<i>ondjila</i>	Doença de pássaro
<i>Onganda</i>	Terapeuta tradicional, também conhecido como feiticeiro
<i>onkhoko</i>	Sujidade cutânea
<i>Onohande</i>	Mau-olhado, intoxicação, desgraça causadas por acidentes, espíritos malignos

<i>Ovihemba</i>	Medicamento
<i>Ovilulu</i>	Agentes especiais que os feiticeiros enviam
<i>Pontele</i>	Pontada, picadas no peito
<i>Suku</i>	Ser Poderoso e Supremo
<i>Sunga</i>	Raiz usada para estancar hemorragias
<i>utipotavossa</i>	Ervas utilizadas para crises de epilepsia

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO B: Folha de Consentimento Informado
Estudo sobre impactos psíquicos da violência política em Angola

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Convite para participar e resumo do projecto

Convidamo-lo(a) a participar num estudo sobre os impactos psíquicos da violência na saúde mental das populações da província da Huíla.

Esta investigação tem como objectivo estudar os efeitos do período de guerra prolongada na saúde mental, sobretudo no que se refere às perturbações de ansiedade e depressão.

Se aceitar participar neste projecto vamos solicitar a sua colaboração em dois momentos distintos, consistindo o primeiro no preenchimento de questionários para a avaliação do estado de saúde mental, e o segundo numa entrevista sobre a sua história de vida.

Em todos estes momentos iremos pedir-lhe que responda a algumas questões e a breves questionários sobre a sua maneira de ser e sobre os seus hábitos de sono e estados de humor. Todas as questões envolvem aspectos comuns do dia-a-dia de qualquer pessoa.

A sua participação é voluntária e, em qualquer momento do estudo, pode desistir sem ter de dar justificação.

Garantimos absoluto sigilo relativamente aos dados obtidos, e estamos ao seu inteiro dispor para responder a qualquer pergunta que queira fazer bem como para lhe comunicar os resultados quando estiverem prontos.

Autorização

Eu, _____ (nome da pessoa) li e decidi participar no estudo sobre impactos psíquicos da violência política na saúde mental das populações da província da Huíla. Os objectivos gerais foram-me explicados assim como os procedimentos a seguir.

Assinatura

Assinatura do Investigador

Data: / /200

ANEXO C

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Profissão: _____

Deslocado de Guerra: sim _____ não _____

Se _____ sim _____ de _____ que _____ Município _____

Província _____

Religião: _____

Género: M _____ F _____

Nível de Escolaridade: _____

Foi Militar: sim _____ não _____

Outras

Observações: _____

ANEXO D

BDI – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO (BECK)

Anexo D

Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente as afirmações de cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) da afirmação que, em cada um desses grupos, melhor descreve a maneira como você se tem sentido esta semana, incluindo o dia de hoje. Se lhe parecer que há várias afirmações num grupo que se aplicam igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Sinto-me desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como tinha dantes.
1 Não sinto prazer nas coisas como sentia dantes.
2 Não encontro verdadeiro prazer em nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Sinto-me culpado às vezes.
2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo.
3 Sinto-me sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja a ser punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou a ser punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Odeio-me.
8. 0 Não me sinto pior que os outros em nada.
1 Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou aos meus erros.

- 2 Culpo-me sempre pelas minhas falhas.
3 Culpo-me por tudo o que de mal acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que era costume.
2 Agora estou sempre a chorar.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira.
11. 0 Não fico mais irritado agora do que ficava dantes.
1 Fico incomodado ou irritado mais facilmente do que era costume.
2 Actualmente sinto-me sempre irritado.
3 Não me irrito de todo com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Interesse-me menos pelas outras pessoas do que era costume.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos com a mesma facilidade com que o fazia dantes
1 Adio as minhas decisões mais do que era costume.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que tinha dantes.
3 Não consigo tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por parecer velho ou sem atractivos.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atractivos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Consigo trabalhar mais ou menos tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem como era habitual.
1 Não durmo tão bem como era costume.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que era costume e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que era costume e tenho dificuldade em voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que habitualmente.
1 Fico cansado com mais facilidade do que era costume.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase tudo.

- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18. 0** O meu apetite não está pior do que habitualmente.
- 1 O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 - 2 O meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho apetite nenhum.
- 19. 0** Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 - 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 - 3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- 20. 0** Não me preocupo mais do que habitualmente com minha saúde.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar noutra coisa para além disso.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar noutra coisa.
- 21. 0** Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que era costume.
 - 2 Estou bastante menos interessado em sexo actualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO E
QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE Estado - Traço

Anexo E

Questionário de Auto – Avaliação IDATE Estado - Traço

(PARTES I E II)

Nome: _____	
Idade: _____	Sexo: _____
Naturalidade: _____	
Nível de escolaridade: _____	
Profissão: _____	
Ocupação actual: _____	

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de informações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Não há respostas certas ou erradas.

Leia, com toda a atenção, cada uma das perguntas da Parte I, e assinale, com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a instrução do alto da página.

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima da forma como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO	
Muitíssimo-----4	Um pouco-----2
Bastante-----3	Absolutamente não-----1

- 1- Sinto-me calmo.....1 2 3 4
- 2- Sinto-me seguro.....1 2 3 4
- 3- Estou tenso.....1 2 3 4
- 4- Estou arrependido.....1 2 3 4
- 5- Sinto-me à vontade.....1 2 3 4
- 6- Sinto-me perturbado.....1 2 3 4
- 7- Estou preocupado com possíveis infortúnios.....1 2 3 4
- 8- Sinto-me descansado.....1 2 3 4
- 9- Sinto-me ansioso.....1 2 3 4
- 10- Sinto-me “em casa”.....1 2 3 4
- 11- Sinto-me confiante.....1 2 3 4
- 12- Sinto-me nervoso.....1 2 3 4
- 13- Estou agitado.....1 2 3 4
- 14- Sinto-me uma pilha de nervos.....1 2 3 4
- 15- Estou descontraído.....1 2 3 4
- 16- Sinto-me satisfeito.....1 2 3 4
- 17- Estou preocupado.....1 2 3 4
- 18- Sinto-me confuso.....1 2 3 4
- 19- Sinto-me alegre.....1 2 3 4
- 20- Sinto-me bem.....1 2 3 4

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número, à direita, que melhor indica como você geralmente se sente.

AVALIAÇÃO			
Quase sempre-----	4	Às vezes-----	2
Frequentemente-----	3	Quase nunca-----	1

- 1- Sinto-me bem.....1 2 3 4
- 2- Canso-me facilmente.....1 2 3 4
- 3- Tenho vontade de chorar.....1 2 3 4
- 4- Gostava de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....1 2 3 4
- 5- Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente...1 2 3 4
- 6- Sinto-me descansado.....1 2 3 4
- 7- Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....1 2 3 4
- 8- Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal forma que não consigo resolvê-las.....1 2 3 4
- 9- Preocupo-me de mais com coisas sem importância.....1 2 3 4
- 10- Sou feliz.....1 2 3 4
- 11- Deixo-me afectar muito pelas coisas.....1 2 3 4
- 12- Não tenho muita confiança em mim mesmo.....1 2 3 4
- 13- Sinto-me seguro.....1 2 3 4
- 14- Evito ter de enfrentar crises ou problemas.....1 2 3 4
- 15- Sinto-me deprimido.....1 2 3 4
- 16- Estou satisfeito.....1 2 3 4
- 17- Há ideias sem importância que me entram na cabeça e ficam a preocupar-me...1
2 3 4
- 18- Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça..1 2 3 4
- 19- Sou uma pessoa estável.....1 2 3 4
- 20- Fico tenso e perturbado quando penso nos meus problemas do momento.1 2 3 4

ANEXO F
GUIÃO DE ENTREVISTAS

ANEXO F

GUIÃO DAS ENTREVISTAS

1. **Leitura de documentação interna da organização:**

- Leitura da documentação interna das instituições MINARS, GPH, MIACVG, ONG's que estiveram ligadas de perto ao acolhimento de populações que vivenciaram, directa ou indirectamente, o período de guerra.

2. **Estabelecer objectivos para a entrevista:**

- Procurar objectivos específicos de perturbações como ansiedade e depressão, bem como de vivências de violência política (geral).
- Estabelecer um contrato de confiança com o entrevistado para melhor condução da entrevista.
- Identificar e verbalizar sentimentos ligados à vivência da guerra.
- Identificar o percurso que vai da área de origem até ao local de acolhimento.
- Verbalizar a compreensão das várias emoções expressando-as de uma forma ajustada.
- Verbalizar o sofrimento que causou a necessidade de fugir do local de origem.
- Identificar reacções negativas às situações de conflito.
- Identificar as necessidades pessoais que sentiram na altura do conflito armado.
- Verbalizar sintomas associados à ansiedade e à depressão.
- Identificar perdas de familiares e o luto vivenciado.

3. **Decidir quem entrevistar:**

- Directora ou director adjunto do MINARS;
- Director ou director adjunto do MIACVG;
- Responsável de uma ou duas ONG's que tenham participado no acolhimento de populações deslocadas das zonas de origem;
- Três Sobas, sendo cada um das áreas onde se realizou a recolha de dados: um da Matala, um da Humpata e um do Lubango;
- Escolher dois ou três elementos da população nesses três locais;

- Outros (não planeados).

4. Preparar o entrevistado:

- Telefonar antecipadamente para marcar entrevista;
- Pedir autorização para gravar a entrevista ou tirar apontamentos.

5. Decidir sobre o tipo de questão e sua sequência lógica:

Questões de resposta aberta:

- Qual é a sua opinião sobre a guerra que vivemos em Angola?
- Como foi viver a vida de um deslocado noutra município?
- Que lembranças tem sobre a sua família nessa época?
- Qual foi o papel das mulheres nesse período de guerra?
- Qual foi o papel dos homens nesse período de guerra?
- Quem ocupou militarmente o seu quimbo/localidade?

Questões de resposta fechada:

- Durante o período de guerra onde se encontrava?
- Nessa altura quantos anos tinha?
- Foi mobilizado/mobilizada para incorporar as forças militares?
- Ainda sente medo intenso?
- Costuma ficar tenso/nervoso quando pensa na guerra que vivenciou?
- Costuma sentir falta de ar, ou tem pesadelos/sonhos com o acontecido?
- Tem sentido falta de energia para trabalhar ou conviver com amigos?
- Está desanimado ou desinteressado?
- Tem sentido muito cansaço?
- Costuma ter dificuldades em concentrar-se?
- Tem pensamentos negativos?
- Como vê o seu futuro?
- Sente-se culpado pelo que lhe aconteceu a si e à sua família?

Anexo G

Amostra das entrevistas

Anexo G – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

(Realização de Entrevistas)

Nome	Idade	Habilitações literárias	Data de entrevista	Língua utilizada	Local	Ocupação
Sapalo	58	4ª Classe	13/6/2012	Umbundo	Matala	camponês
Madalena	65	Analfabeta	13/6/2012	Umbundo	Matala	camponês
João	42	7ª Classe	13/6/2012	Umbundo	Matala	estudante
Kaita	40	Licenciado	20/9/2012	Português	Humpata	ONG ALSSA- Xalon
Lúcia	35	Ensino Secundário	22/9/2012	Português	Humpata	enfermeira
Faria	30	Licenciatura	15/9/2012	Português	Lubango	Psicólogo
Itelvina	35	Mestrado	16/9/2012	Português	Lubango	Psicóloga
Vilma	25	Mestrado	5/10/2012	Português	Lubango	Psicóloga
António	48	12ª Classe	7/10/2012	Português	Lubango	Funcionário do C.P.L
Domingos	50	4ª Classe	9/12/2012	Nyaneka	Lubango	terapeuta tradicional
Pedro	55	6ª Classe	13/12/2012	Nyaneka	Humpata	Terapeuta tradicional
Tchissongo	54	Mestrado	20/12/2012	Português	Lubango	ONG, ADRA
Beatriz	35	8ª Classe	17/7/2012	Português	Lubango	comerciante

ANEXO H

Descrição das temáticas, subtemas e itens de análise nas entrevistas

ANEXO H – Descrição dos itens de análise nas entrevistas

Temas	Subtemas	Itens
Trajectórias de Vida	<p>A. Vivências da Guerra</p> <p>B. Perdas de Familiares</p>	<p>A1. Onde se encontrava quando começou a guerra.</p> <p>A2. Número de conflitos armados vivenciados.</p> <p>A3. Adaptação à nova condição de deslocado de guerra.</p> <p>B1. Familiares desaparecidos.</p> <p>B2. Lutos realizados.</p>
Sintomatologia de ansiedade e depressão	<p>A. Sintomas de ansiedade generalizada</p> <p>B. Sintomas de depressão maior</p>	<p>A1. Indivíduos que experienciem ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) relativamente a diversos acontecimentos ou actividades, durante a maioria dos dias e de forma persistente (6 meses ou mais): agitação; ficar facilmente fatigado; tensão muscular; irritabilidade; dificuldades de concentração; perturbação do sono.</p> <p>B1. Presença de, pelo menos, 5 dos seguintes sintomas, durante um período de duas semanas, representando uma alteração do funcionamento prévio: humor depressivo durante a maior parte do dia; diminuição clara do interesse ou prazer em quase todas as actividades; perda de peso ou aumento de peso significativo; insónia ou hipersónia</p>

	<p>C. Práticas terapêuticas</p>	<p>quase todos os dias; agitação ou progressiva lentidão (lentificação) psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização; diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração.</p> <p>C1. Serviços terapêuticos de práticas e crenças espirituais ao realizar um tratamento.</p> <p>C2. Interações verbais e alteração dos relacionamentos de forma a modificar padrões de pensamento, de humor e de comportamento.</p>
--	---------------------------------	---

