



SÉRIE

PESSOAS E CONTEXTOS

PSICOLOGIA
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
SERVIÇO SOCIAL

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: imprensa@uc.pt

URL: http://www.uc.pt/imprensa_uc

Vendas online: <http://livrariadaimprensa.uc.pt>

DESIGN

Carlos Costa

EXECUÇÃO GRÁFICA

CreateSpace

ISBN

978-989-26-

ISBN DIGITAL

978-989-26-

DOI

<https://doi.org/10.14195/978-989-26->

DEPÓSITO LEGAL

/19

Obra publicada com o apoio de:

© **MARÇO 2019, Imprensa da Universidade de Coimbra.**



Margarida Maria Fernandes Ventura

PERTURBAÇÃO
PÓS-STRESS
TRAUMÁTICO

Estudos em Angola

IMPrensa DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

MAIN EDITOR

Ana Paula Rodrigues da Fonseca Relvas

ADJUNCT EDITORS

Maria Isabel Ferraz Festas

Helena da Silva Neves dos Santos Almeida

EDITORIAL COORDINATOR

Maria João Padez de Castro

EDITORIAL BOARD**NACIONAL BOARD**

Ana Maria Magalhães Teixeira Seixas

Carlos Manuel Folgado Barreira

Clara Maria Rodrigues Cruz Silva Santos

Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

Maria Paula Barbas de Albuquerque Paixão

INTERNACIONAL BOARD

Fathali Moghaddam | Georgetown University

José Luis Linares | Universidade Autónoma de Barcelona

José Maria Peiró | Universidade de Valência

Marco Depolo | Universidade de Bolonha

Roberto Pereira | Universidade de Deusto

Sandra Jovchelovitch | London School of Economics and Political Science

Terezinha Nunes | Universidade de Oxford

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO I. ESTUDOS DA PTSD EM CRIANÇAS	14
1.1. Estudo da PTSD nos Adolescentes do Sul de Angola.....	19
1.2. PTSD e Resiliência em Crianças da Escola Mandume	28
1.3. Estudo da PTSD e da Resiliência em Crianças Órfãs de Guerra na Província de Malange.....	36
1.4. Reabilitação Psicológica em Crianças e Adolescentes com PTSD, através de psicoterapias expressivo-criativas...	45
CAPÍTULO II. ESTUDOS DA PTSD EM CIVIS	54
2.1. A Violência Doméstica contra a Mulher e sua Relação com a PTSD	55
2.2. Estudo da PTSD nas Populações desalojadas da linha férrea do Lubango	73
2.3. Estudo da relação entre PTSD e Religiosidade nas Populações da Matala	81

CAPÍTULO III. ESTUDOS DA PTSD EM MILITARES.....	90
3.1. Estudo da PTSD nos Guerrilheiros do MPLA durante a Primeira Guerra de Libertação Nacional.....	91
3.2. Estudo da PTSD em Militares Portadores de Deficiência de Guerra na cidade do Lubango	103
3.3. PTSD nos Militares de acordo com o Grau de Exposição à Guerra	109
CONCLUSÃO	114
BIBLIOGRAFIA	118

PREFÁCIO

INVESTIGANDO E INFORMANDO SOBRE OS EFEITOS DO TRAUMA NA SAÚDE MENTAL

Escrever um prefácio para o este livro me enche de prazer e honra. Não é fácil fazê-lo, caso eu pretenda obedecer ao formalismo que distingue os critérios de um prefácio, diferentes de uma apresentação ou de uma introdução. Meu prefácio foge a esse formalismo, sendo apenas um comentário. Margarida Ventura, a principal autora é, indiscutivelmente, uma das mais destacadas investigadoras na área de Psicologia em Angola, em África e não só. No meu trabalho psicoterapêutico com ex crianças soldado em Moçambique, beneficiei extensamente de sua perspicácia e de sua larga experiência. Ouvi dela brilhantes e acuradas apresentações de psicologia clínica em diferentes conferências internacionais. Assim, era grande a expectativa quando comecei a ler este livro, expectativa que devo confessar que foi excedida.

O presente livro reúne estudos realizados em Angola, e um simultaneamente em Portugal, mantendo de forma consistente um foco, desde 1993 até ao presente, na traumatização psíquica de cidadãos angolanos, com grande coerência teórico científica e rigor metodológico, mas também com um olhar muito humano e preocupado com o sofrimento psíquico provocado pela guerra e deslocações forçadas em Angola.

Este trabalho pioneiro recorda-nos das excelentes tradições dos grandes mestres de psicologia e do compromisso político e social desta ciência em prevenir e aliviar o sofrimento psíquico, principalmente dos concidadãos das camadas e grupos mais desfavorecidos, mas também de alertar a sociedade em geral da necessidade de prevenir guerras, de apoiar a reabilitação das pessoas afetadas pela guerra.

Margarida Ventura e seus coautores convidam-nos a uma leitura profunda e diferenciada sobre os eventos traumáticos, os efeitos da exposição a esses eventos, a resiliência em diferentes grupos de angolanos e de intervenções psicoterapêuticas em crianças. Os angolanos vivenciaram diferentes experiências traumáticas, o que se manifesta em diferentes graus de traumatização, assim como, de resiliência. As experiências traumáticas vividas têm um grande impacto na saúde mental dos sobreviventes e exigem uma atenção das autoridades sanitárias e da sociedade em geral.

Uma leitura obrigatória dentro e fora de Angola. Uma importante contribuição para criação de um desenvolvimento endógeno da psicologia em Angola e em países cujas histórias recentes foram marcadas pela guerra, particularmente em África.

Boia Efraime Júnior

Presidente da Associação dos Psicólogos Moçambicanos

INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado é produto de muitos anos de trabalho dedicados à saúde mental em Angola, em especial à Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD). A ideia inicial era fazer um rastreio a nível nacional da prevalência da PTSD na população angolana, por causa da guerra civil que se arrastou em Angola durante quase 30 anos e que deixou sequelas psicológicas em muitos cidadãos angolanos. Na impossibilidade da realização deste trabalho por falta de recursos humanos e materiais, fizeram-se pequenos estudos que, no seu conjunto, pudessem dar uma ideia mais geral do estado de traumatização da população angolana. Durante os 15 anos de recolha e tratamento de dados para estas pesquisas ficou claro que a PTSD está presente em grande parte da população angolana, estando no momento em fase de remissão, devido à paz e à estabilidade que Angola encontrou após o final da guerra em 2002.

Homens, mulheres e crianças foram vítimas diretas ou indiretas de conflitos violentos em Angola, perderam familiares e amigos, deixaram as suas aldeias para procurarem refúgio nas cidades mais seguras. Tudo isto tem consequências na população, independentemente da idade, sexo ou origem. Muita gente ficou traumatizada.

Durante todo este trabalho abordaremos teoricamente o conceito da PTSD, vulgarmente designado por trauma, tocando o aparecimento e desenvolvimento do trauma, como perturbação emocional e também as suas implicações a nível da saúde pública.

O organismo tem mecanismos de cicatrização que podem falhar. O que acontece com as pessoas que estão traumatizadas é que elas não conseguiram integrar na memória a recordação do acontecimento traumático como parte do seu passado. Segundo Monteiro-Ferreira (2003), o ser humano envia para a memória os acontecimentos pelos quais v ai passando ao longo da vida, mas o acontecimento traumático nunca chega a adquirir a qualidade de passado. Permanece como presente na vida psíquica do indivíduo. Recorda pormenores como se o acontecimento traumático acabasse de acontecer. Por isso, muitos dos sintomas da PTSD são pensamentos intrusivos. As intrusões têm uma capacidade adaptativa, auxiliando a aprendizagem sobre situações perigosas, repetindo durante dias o acontecimento num plano mental, para depois desaparecerem. Isto não acontece num indivíduo com PTSD. A recapitulação do acontecimento mantém-se no tempo e converte-se numa situação crónica. “Em vez de ser integrada no passado, a recordação da situação traumática adquire autonomia própria na vida mental do indivíduo, condicionando totalmente a sua existência” (Monteiro-Ferreira, 2003, p.57).

O impacto dos acontecimentos traumáticos pode modificar os indivíduos nos planos biológico, psicológico e social. Graça Pereira e Monteiro-Ferreira (2003) afirmam que a recordação do acontecimento traumático é suscetível de atingir a totalidade da vida psíquica do indivíduo, a ponto de poder ficar perturbada a sua capacidade de apreciar adequadamente a realidade que o rodeia. Mostram que, quando se avaliam pessoas que passaram por acontecimentos traumáticos, verifica-se que umas superaram sem sequelas maiores, ao passo que outras permanecem fixadas no acontecimento, como se o seu estado de ânimo, as suas reatividades ao meio tivessem ficado presos ao acontecimento.

A PTSD é uma categoria diagnóstica relativamente recente, reconhecida pelos meios psiquiátricos americanos (DSM-IV-RT) e europeus (CID-10). Para que se possa diagnosticar PTSD numa pessoa, é necessário que ela tenha passado por um acontecimento traumático que usualmente está para além das ocorrências normais, ter testemunhado um acontecimento deste tipo, como morte de alguém, tortura ou guerra, entre outros, ou ter acumulado uma série de acontecimentos stressantes que provocam a patologia. Estes acontecimentos nem sempre deixam marcas. Quando isto acontece, a pessoa começa a evidenciar certas perturbações como a revivência do acontecimento, a evitar tudo o que evoque o acontecimento e a revelar um estado de hiper-ativação fisiológica, que antes não era usual.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV-TR, 2002) a PTSD é peculiar entre outros diagnósticos psiquiátricos devido à grande importância dada ao agente etiológico, o stressor traumático.

As características essenciais da Perturbação Pós-Stress Traumático são o desenvolvimento de sintomas característicos a seguir à exposição a um stressor traumático extremo, implicando uma experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva a morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou à integridade física; ou à sua observância em outra pessoa; ou ter conhecimento destes acontecimentos vividos por um familiar ou pessoa do seu relacionamento próximo com respostas de revivência, evitamento e ativação fisiológica.

Critérios de diagnóstico: os critérios de diagnóstico estão divididos em quatro grupos, que se subdividem em vários pontos que são (American Psychiatric Association, 2002):

Grupo I – Acontecimento traumático

Critério A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes requisitos estiveram presentes:

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros.
2. A resposta do indivíduo envolveu intenso medo, impotência ou horror. Nota: em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

Grupo II – Revivência do acontecimento

Critério B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. Em crianças, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspetos do trauma.
2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável.
3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado). Em crianças pode ocorrer reencenação específica do trauma.
4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a índices internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspeto do evento traumático.
5. Reatividade fisiológica na exposição a índices internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspeto do evento traumático.

Grupo III – Evitamento

Critério C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presentes antes do trauma) indicados por três (ou mais) das seguintes situações:

1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma.
2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma.
3. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do trauma.
4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas.
5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas.
6. Faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho).
7. Sentimento de um futuro abreviado (por ex., não esperar ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

Grupo IV – Ativação

Critério D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes requisitos:

1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono.
2. Irritabilidade ou surtos de raiva.
3. Dificuldade em concentrar-se.
4. Hipervigilância.
5. Resposta de sobressalto exagerada.

Critério E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

Critério F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Brawm e From (1985) num estudo realizado com indivíduos afetados pela PTSD, encontraram características comuns que lhes permitiram classificar o distúrbio em Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses e Crónico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais. O indivíduo para ser diagnosticado com PTSD deve apresentar pelo menos os seguintes sintomas: 1 sintoma de revivência, 3 sintomas de evitamento, 2 sintomas de ativação fisiológica. A duração dos sintomas deve ser superior a um mês. Os sintomas apresentados devem causar mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

São muito mais do que geralmente se pensa o número de pessoas que foram expostas a um ou mais acontecimentos traumáticos. Em Angola, poucas são as pessoas que não passaram por um acontecimento traumático, devido à intensa guerra civil que devastou o país durante quase 30 anos. Vários estudos foram feitos ao longo destes anos. Passaremos a apresentar alguns dados de estudos feitos com crianças, outros com adultos e ainda outros com militares, em Angola, ao longo dos últimos 20 anos, os quais estão agrupados em três capítulos. Esperamos com este trabalho contribuir para o melhor conhecimento desta patologia e para o melhor entendimento do estado da saúde mental da população angolana.

É necessário conhecer o impacto psicossocial da guerra em todas as pessoas que a experimentaram e tomar consciência

de que não é a compaixão da comunidade internacional, materializada na assistência humanitária, levada a cabo pelas organizações não governamentais, nem uma análise política, que permitem compreender, em profundidade, os efeitos da guerra nas crianças, jovens e adultos. Só uma intervenção científica da área da psicologia clínica/ psiquiatria ajudará a examinar o fenómeno com clareza e objetividade. Para isso têm sido importantes os estudos feitos por psicólogos e outros especialistas, que permitem ter uma visão mais global da situação angolana a nível da saúde mental.

Outro conceito abordado em vários trabalhos aqui apresentados é o de “Resiliência”. Entende-se por Resiliência, “a capacidade de pessoas, grupos ou comunidades conseguirem minimizar ou superar os efeitos nocivos das situações difíceis e da adversidade”, (Groteberg, citado por Maldonado, 2002, p.4). A resistência às frustrações, com as quais os sujeitos são confrontados forma-se através dos diversos mecanismos de defesa que se adquirem ao longo do desenvolvimento da personalidade e na interação com o meio ambiente natural e sociocultural. De acordo com Craemer (referido por Ventura & Culembele, 2009), a Resiliência não é inata, é uma aptidão que deve ser construída a partir do ambiente que rodeia o indivíduo desde criança. Assim, por exemplo, nas teorias de desenvolvimento moral de Kohlberg e Piaget, a Resiliência é vista como a maleabilidade do sujeito para responder positivamente às situações negativas.

Este trabalho é composto por 3 capítulos. O primeiro trata de estudos da PTSD em crianças e adolescentes, o segundo em civis e o terceiro em militares.

CAPÍTULO 1

ESTUDOS DA PTSD EM CRIANÇAS

Na guerra em Angola, a população civil e em especial as mulheres e as crianças passaram de vítimas tangenciais dos combates para objetos de guerra. Se na I Guerra Mundial a percentagem de baixas civis tinha sido de 5%, nas atuais 90% dos mortos e feridos são civis (Ayalon, 1978), portanto, a ameaça aos civis nos conflitos armados tende a aumentar.

Durante o conflito armado angolano, as crianças não foram poupadas. Foram expostas a longas horas de combates, andaram fugidas pelas matas em busca de segurança, vivenciaram emboscadas nas estradas e ataques às suas aldeias, vilas ou cidades, sentiram a tensão provocada pelos bombardeamentos; foram sequestradas e submetidas à servidão, carregando material bélico à cabeça ou trabalhando brutalmente para os chefes; acionaram minas, sofreram amputações de seus membros destruídos pelos engenhos explosivos; sofreram as torturas e as depurações étnicas, algumas foram estupradas ou ainda submetidas ao serviço militar forçado; foram obrigadas a praticarem ações de pilhagem nas aldeias, vilas e cidades, submetidas a castigos violentos decorrentes da tentativa de fuga daquela vida desumana; assistiram a fuzilamentos, perderam os seus entes queridos e ficaram órfãs e privadas de exprimir

as reações emocionais que estas ações provocaram (Ventura e Cumlebele, 2009). As crianças angolanas, para além destas agressões diretas, foram ainda vítimas de agressões indiretas. A destruição provocada pela guerra privou a criança de serviços básicos tais como assistência médica e medicamentosa, educação e segurança. O dismantelamento da organização civil do país: as escolas, a justiça, a política e de todos os serviços públicos, a desestabilização da família, fizeram com que a criança se arriscasse a perder as suas ligações sociais a ponto de não saberem distinguir o bem do mal, o que é permitido e o que não é, o justo e o injusto (Tomkiewicz, 1996).

A separação da família natural, mesmo que não resulte da morte, os espetáculos da guerra, a visão de atrocidades infligidas aos membros da família e amigos, a solidão, a perda de referências, a ausência da partilha das angústias e esperanças, o desaparecimento da escola e de todas as instituições cujo papel é instruir e socializar a criança e a perda dos hábitos da comunidade é causa de sofrimento que pode hipotecar o futuro da criança (Tomkiewicz, 1996). Os efeitos do traumatismo podem ser psíquicos ou somáticos e permanecer a curto, médio e longo prazo. As consequências a curto prazo dizem mais respeito ao sofrimento somático infligido pela permanente tensão de um clima de guerra, cuja reação é facilmente detetável através da fadiga, edemas, ferimentos, infeções cutâneas, nudez, desnutrição, vulnerabilidade e debilidade física. A médio prazo dizem respeito a aspetos psicossomáticos como a depressão, a hiperagitação, a desorientação no tempo e no espaço, entre outros. As consequências a longo prazo dividem-se em dois níveis: psicológico e psicossocial (este último depende do estado do país no pós-guerra, dos passos de reconstrução e reintegração social).

A nível psicológico aparecem algumas perturbações tais como: o pessimismo, dificuldades no sono acompanhado de

pesadelos, desconfiança de tudo, perda da autoestima, aquisição de algumas manias alimentares, ansiedade excessiva, falta de concentração, dificuldade de aprendizagem, etc. A nível psicossocial podem aparecer comportamentos como: tendência para a agressividade, violência, atos criminosos ou delinquência; atos contra a família, tais como a negligência, crueldade, promiscuidade sexual e perversão, dificuldade de cimentar laços de amizade e de assumir compromissos duradouros e estáveis; atos contra a própria pessoa como: toxicod dependência, abandono do emprego ou da escola, dificuldades de se adaptar à vida social, formação de sentimentos de culpa, medo de punições e até mesmo o suicídio (Tomkiewicz, 1996).

As crianças angolanas viveram tudo isto e memorizaram as imagens de violência, ficando no subconsciente em estado latente. A maior parte das aprendizagens são adquiridas com a influência do meio social. As crianças repetem os hábitos e condutas dos pais, dos avós e de outros adultos que foram seus modelos de socialização. Esta repetição não é apenas de hábitos de amor, mas também de desamor, de violência e de agressividade, dependendo do meio ambiente em que se desenvolvem (Linn, 1998).

A guerra representa duplo perigo para as crianças: primeiro, “no decurso das operações militares, as populações, concretamente as mulheres e crianças não só são as vítimas como também se tornam o alvo das operações”. Em segundo lugar, a necessidade de defender-se envolve a maior parte da população, incluindo as crianças, em ações violentas, voluntária ou involuntariamente. Ora, “os atos de violência em que participam pessoas contra pessoas prejudicam a confiança básica da criança na humanidade e podem criar incapacidade para desenvolver relações íntimas de confiança” (CF – Angola, 1995).

O estudo deste tema leva-nos a fazer uma breve referência ao desenvolvimento do ser humano, sublinhando que a personalidade

do indivíduo é como um edifício que se vai construindo durante a sua evolução e pode encontrar fatores favoráveis e desfavoráveis não só de ordem hereditário ou de transmissão genética como também provenientes de certos meios socioculturais, os quais determinam o comportamento dos indivíduos. Muitas situações frustradoras provenientes do meio constituem-se em fatores de risco porque põem à prova o sujeito e criam desequilíbrios e perturbações que se repercutem na forma de ser e agir do indivíduo. Em contrapartida, as situações favoráveis constituem os fatores de proteção que promovem a saúde e evidenciam a capacidade de refazer-se das situações frustradoras. Esta energia que facilita a recuperação positiva, comparável a um corpo elástico, denomina-se Resiliência, conceito já abordado anteriormente. Ora, a Resiliência está relacionada com as situações específicas de risco e do trauma, e é a capacidade do ser humano responder às situações adversas que representam risco para a própria pessoa, sua saúde física e psicológica sem se desestruturar. A Resiliência precisa de ser estimulada e desenvolvida quando está fragilizada para possibilitar ao sujeito superar-se diante das circunstâncias desfavoráveis mantendo um equilíbrio eficaz, durante ou depois do embate e, desenvolver um autoconceito realista, uma autoconfiança e um senso de autoproteção flexível à novidade, à mudança e à realidade circundante.

Durante muitos anos a PTSD foi considerado como uma perturbação somente dos adultos, sobretudo quando se falasse da Neurose da guerra ou dos traumas por ela infligidos, enfatizando mais o estado psicológico dos ex-combatentes ou de outros adultos que tivessem enfrentado situações dramáticas relacionadas com batalhas. As crianças eram consideradas imunes porque elas não têm problemas, são inconscientes, não se apercebem do que se passa à sua volta nem sentem as situações dolorosas e se sentem, esquecem-se (Vaz Serra, 2002).

Pesquisas recentes atestam o contrário, demonstrando que as crianças merecem atenção no que se refere ao seu desconforto emocional. Em situações extremas elas têm sido vítimas direta ou indiretas e o risco de desenvolverem perturbações psíquicas é maior. São inúmeras as situações desencadeadoras da PTSD em crianças, das quais citamos as seguintes: as perdas familiares, as constantes deslocações quer forçadas quer não, a miséria e privação económica, a guerra, a desnutrição, o permanente estado de tensão e temor próprio das zonas de conflito armado, etc. A PTSD, tem consequências aterradoras nas crianças uma vez que os sintomas resultantes da perturbação são psicofisiológicos e vão desde “os pesadelos, a ansiedade, a impaciência, o medo excessivo e infundado, a introversão, a agressividade, a desobediência, a hipersensibilidade, até às diarreias crónicas, tiques nervosos, dores de cabeça, gaguez, tensão muscular, e falta de saúde em geral” (Vaz Serra,2002).

Sobre os traumas sofridos na infância, Vaz Serra (2002) defende que os acontecimentos traumáticos que ocorrem na infância, podem ter consequências nefastas na vida adulta porque o ser humano é apanhado numa etapa formativa com fracas defesas psicológicas. Se num período crucial do seu desenvolvimento, a criança foi vítima de maus tratos, não lhe deram segurança na vida ou viveu num ambiente familiar hostil, este tipo de acontecimentos pode marcar a pessoa no seu ajustamento futuro e prejudicar a sua identidade de género, torná-la insegura, pouco afirmativa, com dificuldade de se dar com as outras pessoas, temerosa, adquirindo formas de comportamento e de observação da realidade diferentes das outras. As circunstâncias como: lares desfeitos, má saúde física ou mental dos progenitores, privação económica, exposição a acontecimentos desagradáveis têm repercussões negativas na vida adulta.

Um estudo realizado pela UNICEF (1995) com 3030 crianças Ruandesas, mostrou que 80% das crianças que presenciaram a morte de seus pais, está profundamente afetada pelos traumas do genocídio. A CCF (Christian Children Fund, 2002) fez um estudo sobre o impacto da guerra em 200 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 16 anos, provenientes de 10 províncias de Angola, cujos resultados mostram que:

- 27% perdeu um ou dois dos seus progenitores na guerra;
- 82% esteve exposta aos bombardeamentos ou ao fogo de artilharia;
- 24% ficou deficiente ou com algum distúrbio sensorial ou físico;
- 65% escapou à morte; 66% viu pessoas a serem mortas;
- 66% assistiu à explosão de minas; 33% sofreu ferimentos;
- 67% viu pessoas a serem torturadas;
- e 10% participou em combates.

Este quadro situacional gerou os seguintes sintomas: 59% revive os acontecimentos em forma de visões, cheiros e sons; 89% pensa frequentemente no que aconteceu; 72% apresenta distúrbio de sono; 76% manifesta sintomas psicossomáticos (cefaleias, dores abdominais...); 22% manifesta desorientação em relação ao futuro”.

Neste capítulo vamos descrever quatro estudos relacionados com a PTSD em crianças e adolescentes angolanas, do centro e sul do país.

1.1.

ESTUDO DA PTSD NOS ADOLESCENTES DO SUL DE ANGOLA

Margarida Ventura

Afiliação

Email:

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 experimentador, isto é, tratam-se de variações que ocorrem naturalmente e precedem o estudo. A pesquisa enquadra-se num plano não experimental «ex post facto», uma vez que a variável independente (grau de exposição à guerra) não é manipulada, como num plano experimental, mas é selecionada pelo experimentador «depois do facto», ou seja, depois dos grupos se terem dividido naturalmente nessa variável. As razões para a escolha deste plano são de natureza prática e ética, uma vez que não é possível manipular a exposição à guerra. Os planos «ex post facto» permitem a comparação entre grupos, mas não permitem determinar relações de causalidade, podendo apenas estabelecer-se até que ponto as variáveis estudadas tendem a associar-se (Toothaker & Miller,1996). É também um estudo transversal, que «fotografa» a realidade num certo instante (Abrantes e outros,1989).

1.1.1. População e Amostra

A população alvo deste estudo é composta por todas as crianças escolarizadas nascidas entre 1977 e 1980 em Angola (idade compreendida entre os 13 e os 16 anos). A amostra utilizada é constituída por 231 adolescentes, de ambos os sexos, distribuídos por três grupos de acordo com o grau de exposição à guerra. Um grupo é constituído por 40 adolescentes refugiados de guerra (exposição alta), outro por 150 adolescentes residentes na cidade do Lubango que, embora sofram os efeitos da guerra, nunca tiveram de abandonar o seu lar e a sua zona de origem (exposição moderada) e o terceiro por 41 adolescentes que, tendo nascido e vivido parte da sua vida em Angola, se encontravam a residir em Portugal há já mais de um ano (exposição baixa). Este grupo pode ser considerado um grupo de controlo na medida em que não esteve recentemente exposto à situação de guerra.

Para a seleção da amostra tiveram-se em conta os critérios da idade (entre os 13 e os 16 anos), das habilitações académicas (ter pelo menos a 4ª classe) e da experiência de guerra vivida. Trata-se de vários tipos de amostra, sendo o grupo do Lubango (N=150) uma amostra aleatória sistemática, na medida em que se retiraram aleatoriamente um certo número de elementos, tendo cada unidade da população a mesma probabilidade de ser incluída na amostra. Os outros dois grupos foram amostras de conveniência devido à natureza dos próprios grupos, isto é, à escassez de crianças refugiadas no Lubango e de residentes em Portugal dentro dos critérios de idade e escolaridade estabelecidos.

O grupo de refugiados é constituído por 40 adolescentes, de idade compreendida entre os 13 e os 16 anos, oriundos

de diversas zonas do Sul de Angola, refugiados na província da Huíla, Município do Lubango, que frequentavam a escola de refugiados. Esta escola foi escolhida por possuir o único grupo de refugiados escolarizados não integrados nas escolas oficiais representando uma amostra mais «pura» dos refugiados.

O terceiro grupo é constituído por 41 adolescentes que nasceram e viveram parte das suas vidas em Angola, mas que se encontravam a residir em Portugal há mais de um ano e estão dentro da faixa etária desejada. Constituem também uma amostra de conveniência, uma vez que são a totalidade dos adolescentes angolanos que preenchem os critérios desejados e que estudam no Colégio de Albergaria-a-Velha, escolhido por ter um grande número de alunos angolanos.

1.1.2. Hipóteses

Foram levantadas neste estudo as seguintes hipóteses:

Hipótese 1

Prevê-se que a frequência de diagnóstico da PTSD dependerá do grau de exposição à guerra, sendo no grupo de refugiados significativamente superior à dos não refugiados e dos angolanos residentes em Portugal.

Hipótese 2

Prevê-se que o grau de sintomatologia da PTSD, avaliado pelo total de sintomas da PTSD, dependerá do grau de exposição à guerra, sendo no grupo de refugiados significativamente superior à dos não refugiados e dos angolanos residentes em Portugal.

1.1.3. Variáveis do Estudo

Tratando-se este estudo de uma investigação não experimental «ex post facto», o experimentador não manipula os valores da variável independente como no plano experimental, uma vez que a variável independente é selecionada «após o facto», investigando-se apenas o seu resultado na variável dependente. A principal variável independente neste estudo é o grau de exposição à guerra que possui três níveis (baixo, moderado e alto) correspondentes aos três grupos estudados. O diagnóstico da PTSD é também tratado como uma variável independente «post facto».

Variáveis sociodemográficas:

- a. Grau de exposição à guerra

Variáveis clínicas e desenvolvimentais:

- a. Frequência da Perturbação Pós-Stress Traumático
- b. Sintomatologia da Perturbação Pós-Stress Traumático
- c. Sexo

1.1.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram os seguintes:

- Questionário sociodemográfico
- Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático (McIntyre & Ventura, 1996).

Este último foi elaborado com base no DSM-IV e validado para Angola (McIntyre e Ventura, 1996) numa amostra de 150 sujeitos, tendo um grau de fidelidade aceitável (alfa de Cronbach=.79). Na presente escala, encontram-se perguntas e afirmações que descrevem as respostas a esse tipo de acontecimento, e que se pede aos sujeitos para assinar de acordo com os sintomas que sente quando da aplicação da escala. A escala contém cinco subescalas, a saber:

1. Acontecimento traumático com oito itens com perguntas em escalas dicotómicas (sim e não) e algumas perguntas abertas;
2. Revivência do acontecimento, com cinco itens, todos dicotómicos;
3. Evitamento/entorpecimento, de igual modo dicotómicas, com sete itens;
4. Ativação fisiológica, com cinco itens também dicotómicos;
5. Intensidade. Esta parte apresenta 15 itens, arrumados em ordem alfabética onde se apresenta a intensidade e a experiência traumática e se pede ao sujeito para avaliar a intensidade quando sonha, se lembra ou pensa na experiência traumática.

1.1.5. Resultados e sua interpretação

Os resultados aqui apresentados e referentes às análises estatísticas a que foram submetidos os dados recolhidos, encontram-se organizados de acordo com as hipóteses formuladas.

As frequências da PTSD foram determinadas seguindo os critérios do DSM-IV avaliados na «Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático: Versão Adolescentes». O resultado

do teste qui-quadrado de independência para os três grupos foi significativo, $X^2(2, N=231)=65.81, p<.001$. Os dados apresentados no quadro 1 indicam que a frequência de diagnóstico da PTSD depende do grau de exposição à guerra. As percentagens obtidas, 22% para o grupo de angolanos residentes em Portugal, 82% para o grupo da cidade do Lubango e 90% para o grupo de refugiados, mostram um aumento na frequência de diagnóstico da PTSD com a maior exposição à guerra. Estes resultados confirmam a hipótese 1.

QUADRO 1. Frequências e percentagens de diagnóstico da PTSD em função do grau de exposição à guerra (N=231)

Diagnóstico	Grupos		
	Resid. Portugal (n=41)	Lubango (n=150)	Refugiados (n=40)
Com PTSD	9	123	36
	22%	82%	90%
Sem PTSD	32	27	4
	78%	18%	10%

Quando se investigou os efeitos do sexo na frequência de diagnóstico da PTSD para a amostra total, obteve-se um qui-quadrado significativo, $X^2(1, N=231) = 7.26, p<.007$, sugerindo uma maior frequência de diagnóstico da PTSD nas raparigas do que nos rapazes.

Como podemos ver pelos resultados encontrados, a hipótese 1 foi confirmada, verificando-se que a frequência da PTSD depende do grau de exposição à guerra, sendo a frequência de diagnóstico da PTSD maior no grupo de refugiados (maior exposição à guerra), seguido do grupo de residentes na cidade

do Lubango e finalmente o grupo de angolanos residentes em Portugal (menor exposição à guerra). A variável sexo parece também ter um impacto significativo na frequência da PTSD.

No respeitante à hipótese 2 que prevê que o grau de sintomatologia da PTSD, avaliado pelo total de sintomas da PTSD (todos os sintomas que o sujeito assinalou nos grupos II (Revivência do Acontecimento), III (Evitamento/Entorpecimento) e IV (Ativação) da «Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático»), depende do grau de exposição à guerra, foram utilizadas ANOVAS one-way. Os resultados mostram diferenças significativas entre os três grupos (com diferentes graus de exposição à guerra), $F(2,28)=90.89$ $p<.001$. Um exame das médias mostra que o total de sintomas da PTSD aumenta com o grau de exposição à guerra (ver 2).

QUADRO 2. Resultados da análise de variância (one-way) para o total dos sintomas da PTSD em função do grau de exposição à guerra (N=231)

Grupo	N	M	F	P
Refugiados	40	12.70	90.89	.001
Lubango	150	10.88		
Resid.Portugal	41	3.54		

As diferenças entre cada par de grupos foram depois verificadas por testes *post-hoc* de comparação múltipla de Bonferroni. Os resultados foram significativos para todos os pares possíveis de médias ($p<05$), o que confirma a hipótese 2.

Foram feitas ainda análises de variância one-way para cada um dos três agrupamentos de sintomas da PTSD avaliados na «Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático» -Revivência do Acontecimento.

Evitamento/Entorpecimento e Ativação para verificar se o mesmo padrão se mantém para os diferentes tipos de sintomatologia. Os resultados mostram existirem diferenças significativas entre os três grupos para o agrupamento de Revivência do Acontecimento ($F(228)=94.12, p<.001$), para o agrupamento de Evitamento ($F(228)=59.76, p<.001$) e para o agrupamento de Ativação ($F(228)=33.78, p<.001$). As médias dos sintomas da PTSD por agrupamento de sintomas em cada grupo e os respectivos resultados da análise de variância são apresentados no quadro 3.

QUADRO 3. Resultados das análises de variância (one-way) para cada um dos agrupamentos de sintomas da PTSD por grau de exposição à guerra (N=231)

Grupo	Revivência (5 itens)	Evitamento (7 itens)	Ativação (5 itens)
	M	M	M
Refugiados (R)	4.55	4.90	3.25
Lubango (L)	3.81	3.92	3.11
Res.Portugal (P)	1.00	1.32	1.34
F	94.12	59.8	33.8
P	.001	.001	.001
Post-hoc	Todos	Todos	P - L P - R

Relativamente aos sintomas de Revivência do Acontecimento e Evitamento os resultados apresentam diferenças significativas entre todos os pares de médias possíveis ($p<.05$). Em relação ao agrupamento de sintomas de Ativação, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos da cidade do Lubango e de residentes em Portugal e ainda entre o de refugiados e de residentes em Portugal ($p<.05$), mas não entre o da cidade do Lubango e o de refugiados.

Investigou-se também o efeito do sexo no total de sintomas da PTSD e respetivas interações com a variável independente. Os resultados da MANOVA encontram-se no Quadro 4. Os efeitos do sexo no total de sintomas da PTSD foram não significativos para as interações do sexo com a variável independente. Foi exceção o efeito do sexo no total de sintomas da PTSD, cujos resultados se mostraram significativos ($F(1,230)=6.50;p<.01$) indicando na globalidade que as raparigas apresentam mais sintomas da PTSD do que os rapazes ($M=9.81$ para as raparigas e $M=8,35$ para os rapazes). No entanto, a avaliação por grupos (testes t) só revelou efeito da variável sexo para o grupo da cidade do Lubango ($t(148)=2.97;p<.004$), sendo os sintomas da PTSD superiores nas raparigas ($M=11,62$) do que em relação aos rapazes ($M=9.91$).

QUADRO 4. Resultados da MANOVA para o total de sintomas da PTSD segundo a idade, o sexo e o grau de exposição à guerra (N=231)

	M	F	P
Sexo	6.50	.01	
Feminino	9.81		
Masculino	8.35		
Idade	1.65	.18	
13 anos	9.27		
14 anos	8.13		
15 anos	9.13		
16 anos	9.77		
Sexo x Grupo		.13	.88
Idade x Grupo		1.35	.24
Sexo x Idade x		.86	.52

Como podemos concluir pelos resultados apresentados, a hipótese 2 foi confirmada, verificando-se que o total de sintomas

da PTSD depende do grau de exposição à guerra, sendo maior no grupo de refugiados (maior exposição à guerra) seguido do grupo de residentes na cidade do Lubango e finalmente do grupo de angolanos residentes em Portugal (menor exposição à guerra). Quando analisada esta relação por agrupamento de sintomas (revivência do acontecimento, evitamento e ativação) verificou-se igualmente que o número de sintomas por agrupamento aumenta com a maior exposição à guerra. Embora a variável sexo não seja aqui muito influente, verificou-se, contudo, um efeito do variável sexo para o grupo de residentes na cidade do Lubango, onde as raparigas apresentam mais sintomas da PTSD do que os rapazes.

1.2.

PTSD E RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS DA ESCOLA “MANDUME”

Margarida Ventura e Celestino Sorte

Afiliação

Email:

O carácter cumulativo e desumano da guerra, a falta de estruturas de reabilitação psicológica e suporte social, a transição brusca de um sistema de economia dirigida para um de mercado, de uma ideologia para outra, resultou na perda drástica de valores morais básicos, regras sociais que, na sua maioria, não foram substituídas por outras. Apesar desta situação difícil, muitas crianças e adolescentes têm tido um desempenho aceitável em suas atividades quotidianas, o que nos leva a levantar a hipótese de terem alcançado a capacidade de resistir ao stress.

O estudo que efetuaremos é transversal, porque nos permitirá estudar, diagnosticar e refletir sobre os resultados obtidos através da “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (McIntyre & Ventura, 1996), e do “Questionário de Resiliência para Crianças” (McIntyre & Ventura, 1998), nos sujeitos da amostra, num dado momento da sua evolução.

Com o presente trabalho pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar a prevalência, as características e o nível de intensidade da PTSD

- Avaliar o grau de Resiliência ao Stress das crianças e adolescentes da amostra.
- Estabelecer a relação entre o diagnóstico da PTSD e da sua intensidade com os resultados do questionário de Resiliência ao Stress.

Perante uma situação traumática, ou uma situação difícil, as crianças nem sempre estão preparadas para responder, de forma eficaz e adequada ao Stress. São necessários alguns pressupostos biológicos, sociais e psicológicos. Passaremos a abordar alguns deles.

- A constituição genética e as forças intrapsíquicas predispõem o indivíduo para a maneira e atitude comportamental como respondem aos acontecimentos e contribui para lidar, da melhor forma, com o Stress e outras situações desfavoráveis.
- As regras morais e os valores tradicionais instituídos na comunidade.
- A organização da sociedade em comunidades mais ou menos auto-suficientes, capazes de garantir um bem-estar pessoal e social para os membros da comunidade.
- A educação ideológica e patriótica muito forte, sendo por si só fatores protetores importantes.
- A elaboração, por parte das estruturas competentes, de programas de educação adequada, que incluem o aconselhamento dos pais, educadores e adultos que lidam diretamente com as crianças.
- A estabilidade socioeconómica, que representam uma componente inalienável para responder ativa e positivamente em situações difíceis.
- A atitude das pessoas e o papel que o indivíduo desempenha durante a situação stressante ou traumática tem grande importância para o indivíduo tornar-se resiliente ou não.

Brawn e Fromm (1985) em estudos feitos com crianças e adolescentes vítimas de situações traumáticas, concluíram que

os indivíduos que desempenharam um papel ativo eram mais resilientes do que aqueles que desempenharam um papel passivo, bem como as consequências traumáticas eram maiores nas últimas devido ao ambiente passivo e medroso a que estiveram submetidas. No nosso país, a situação de forte organização e apoio social não se verifica e a guerra exerceu uma influência traumática em várias vertentes. Salientamos:

1. O carácter cumulativo e desumanizado da guerra;
2. A falta de uma estrutura de suporte social que afeta a estabilidade (a segurança interna) e é fundamental a um bom desenvolvimento psicológico das crianças;
3. A transição de uma economia centralizada para uma economia de mercado, de uma realidade ideológica para outra, que resultou na perda de valores básicos, atitudes e regras sociais que, na sua maioria, não foram substituídas por outros valores;
4. A situação de perda, principalmente verificada no caso dos refugiados, que muitas vezes perderam os irmãos, pais ou outros entes queridos naguerra, muitas vezes associada ao abandono das suas casas, aldeias, ficando sem lugar cómodo para viverem.

Todos estes fatores juntos, aumentam o risco de crianças e adolescentes desenvolverem sintomas graves que contribuem para o aparecimento de muitos distúrbios psicológicos. Muitas vezes o sofrimento tem sido uma escola tanto para a dignidade, amor e amadurecimento das pessoas, mas também pode ser um caminho para a violência.

Pynoos e Nader (citados por Ventura, 2003), afirmaram que as crianças e adolescentes em situação de ameaça de vida, podem não perceber a dimensão do perigo, ficando geralmente confusos,

sem perceberem devidamente os movimentos dos adultos, sendo esta situação de perigo determinada pelas ações e atitudes dos adultos que os acompanham. Ainda Brown e Fromm (1985), defenderam que o suporte social e as reações das pessoas do meio constituem os fatores chave para o desenvolvimento de respostas positivas e recuperação por parte dos atingidos pelo acontecimento traumático. Tal como a ansiedade, que pode ser adquirida por condicionamento clássico, operante e por moderação ou imitação (Vaz Serra, 1986), assim é o Stress.

A PTSD é a falta de capacidade de resposta, o envolvimento reduzido com o mundo exterior, acompanhado por uma variedade de sintomas disfuncionais e cognitivos, que inclui a intrusão e o evitamento. Segundo Laufer e outros (1984), ao longo das suas investigações, com sujeitos afetados pela PTSD, os principais fatores na determinação dos sintomas de Stress, a longo prazo, são:

1. O Combate – geralmente, é responsável pela ameaça e risco de vida dos indivíduos; ferir gravemente os outros, oportunidade de testemunhar acontecimentos involgares e um modo de vida inseguro, cheio de fantasias e sem perspetivas.
2. A Exposição à Violência – a participação em atos de violência ou tê-los presenciado, são dois fatores adicionais que aumentam o Stress.
3. A morte ou ferimento grave de um ente querido – presenciar a morte ou ferimento grave de um membro da família ou da comunidade cria um sentimento enorme de tristeza e culpa, podendo os sobreviventes considerarem-se responsáveis pelo acontecimento. Os problemas de desajustamentos psicológico e emocional dos pais e irmãos enlutados, tem uma forte influência no comportamento e no ajustamento das crianças sobreviventes.
4. O isolamento de membros da família, comunidade e amigos – a situação de guerra leva ao isolamento prolongado de indivíduos adultos, adolescentes e crianças e, muitas vezes, à sua substituição

em tempos relativamente curtos ou prolongados, o que cria um sentimento de desconfiança, dificulta o aprofundamento e a consolidação de relações íntimas, o que muitas vezes aumenta o Stress das pessoas deixadas bem como das isoladas.

5. O contacto com os mortos – em climas de guerra, o contacto com os mortos, a evacuação de cadáveres ou abrigar-se em locais com os cadáveres, torna-se um acontecimento normal. Nestes climas, as mortes são frequentemente devidas a fatores como: tiros de armas de fogo, explosões de projéteis, minas pessoais, demolição de casas e outras infraestruturas, falta de medicamentos, alimentos, água e doenças. Nesta condição o Stress é maior, as pessoas ficam desesperadas, sem saber como e quando se livram dessa situação.
6. A violência comum nos lares – muitos lares hoje tornaram-se verdadeiros centros de violência. Os conflitos que constantemente se registam entre os pais e/ou irmãos, como resultado das péssimas condições económicas, poligamia, poliandria e, duma maneira geral, devido à fraca ou mesmo inexistente educação pré-matrimonial e familiar, muitas vezes terminam em violência física e divórcio. O medo das consequências, principalmente, nas crianças que se consideram como não desejadas, pode aumentar o Stress e contribuir para o aparecimento dos sintomas da PTSD.

Ainda Laufer e outros (1984), afirmaram que os elementos suscetíveis ao desenvolvimento da PTSD em crianças são:

- A significação pessoal num acontecimento que determina a reação emocional a esse acontecimento.
- Dificuldades de controlar-se a si próprio.
- A valorização exagerada da situação traumatizante ou das próprias vivências.
- O nível do desenvolvimento geral da comunidade em particular da família em que vive a criança.

Esta investigação trata de um estudo sobre o diagnóstico e sintomatologia da PTSD em crianças. O design de investigação é não experimental (ex post-facto), permitindo investigar as relações entre as variáveis não manipuladas pelo pesquisador.

1.2.1. População e Amostra

A população é composta por todas as crianças, de ambos os sexos, da Escola do Ensino de Base do I Nível “Mandume” da cidade do Lubango do curso regular. A amostra é aleatória simples, constituída por 150 crianças. Dois critérios básicos estiveram na base da seleção e inclusão das crianças e adolescentes na amostra em estudo:

1º Estudar ou ser aluno da Escola do Ensino de Base do II nível “Mandume”.

2º Ter idades compreendidas entre os 10 e 13 anos.

1.2.2. Hipóteses e variáveis

Sendo a hipótese um pressuposto sobre a eventual relação causal entre os factos e acontecimentos, deduzida a partir da teoria e tendo em conta o tema em causa, traçamos a seguinte Hipótese:

H1 – O maior grau de Resiliência ao Stress está relacionado com a menor prevalência de diagnóstico da PTSD.

Tendo em conta a hipótese traçada, neste estudo temos as seguintes variáveis:

- Diagnóstico da PTSD.
- Resiliência ao Stress.

1.2.3. Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos são meios válidos e de reconhecimento internacional aplicáveis por meio de questionários escritos ou orais para testarmos os sujeitos em estudo, com vista à comprovação ou refutação das hipóteses previamente formuladas. Na presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. A “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT), de McIntyre e Ventura (1996). Trata-se de um instrumento já utilizado no estudo anterior e serve para avaliar a sintomatologia e diagnóstico da PTSD.
2. O “Questionário de Resiliência para Crianças e Adolescentes” (QRCA), também elaborado por McIntyre e Ventura (1998). Este instrumento é constituído por 20 itens de respostas múltiplas, com 5 alternativas: nenhum, pouco, médio, muito e muito intenso (equivalentes a 1, 2, 3, 4 e 5 pontos, respetivamente). O QRCA visa conhecer como a criança ou o adolescente consegue superar as situações difíceis que se apresentam encontrando elementos positivos que aliviam os momentos amargos com que se deparam e como encaram o futuro. Cada uma das questões tem uma classificação que indica a frequência das reações, sentimentos e comportamentos positivos diante daquelas realidades que podem produzir sobressaltos para o indivíduo.

Os dois instrumentos foram validados pelas autoras e mostraram-se adequados para as crianças angolanas.

1.2.4. Resultados e sua interpretação

Neste estudo verificamos a existência de uma alta prevalência da PTSD nas crianças da Escola Mandume. Das 150 crianças da amostra, 97 confirmaram o diagnóstico da PTSD (64,6%) mostrando elevado grau de traumatização e 53 sujeitos não confirmam essa patologia (35,4%).

QUADRO 5. Grau de Resiliência em Sujeitos Com e Sem PTSD

COM PTSD (N=97)	SEM PTSD (N=53)
Média de Resiliência= 45,77	Média de Resiliência= 63,21
Desvio Padrão = 45,77	Desvio Padrão = 11,57
$\chi^2 = (148)=8,84=; p<.001.$	

O quadro 5 mostra-nos o número de sujeitos com PTSD, e sem PTSD, o valor médio de Resiliência nas crianças com PTSD e sem PTSD, e resultado do teste χ^2 para a relação entre o grau de resiliência e o diagnóstico da PTSD.

Conforme podemos verificar o grau de Resiliência ao Stress é maior nos sujeitos sem PTSD (M=63,21) quando comparado com o dos sujeitos com PTSD (M=47,77). É interessante verificar que as crianças que possuem um grau de Resiliência ao Stress baixo (até 36) apresentam todas o diagnóstico da PTSD, as crianças com o grau de Resiliência entre 36 e 64, umas possuem PTSD e outras não e as que possuem um grau de resiliência acima de 64 não têm diagnóstico da PTSD. Estes dados levam-nos a confirmar que quanto mais resiliente for a criança mais possibilidades tem de não ficar traumatizada, quando sujeita a acontecimentos stressantes. As crianças com grau elevado de Resiliência raramente têm PTSD. Ainda se verificou que o valor mínimo de Resiliência

é de 24, enquanto que o valor máximo é de 85, sendo a média geral nesta amostra de 51,93.

Os resultados desta pesquisa mostram uma prevalência muito alta da PTSD (64,6%) quando comparada com os valores obtidos noutros países (Croácia com 40%, Irlanda do Norte com 23,2%), sendo, no entanto, menor que a encontrada em Angola, apresentada no estudo anterior. Alguns fatores podem justificar as diferenças em relação aos resultados deste estudo:

1. A idade mais jovem dos elementos diagnosticados, é um facto agravante.
2. As crianças da nossa amostra foram diagnosticadas num momento em que a guerra se fazia sentir, enquanto que as amostras de outros países foram diagnosticadas já em altura de paz.
3. As crianças da nossa amostra nasceram e cresceram nesta guerra.
4. A experiência direta e prolongada de guerra.
5. A falta de estruturas de apoio e suporte social muito fraco.

As sequelas do trauma, quando este é limitado, desaparecem com o tempo, devido ao fenómeno de evaporação do Stress. Talvez por este motivo, os resultados nesta amostra sejam relativamente mais baixos do que os obtidos por Ventura (1997) em crianças angolanas refugiadas (90% com PTSD) e não refugiados (82,7% com PTSD) do estudo anterior. Comparando ainda o resultado obtido neste estudo com um estudo feito com crianças de rua pela Associação para o Desenvolvimento Comunitário Participativo (ADCP, 1998) verificamos que das 170 crianças de rua entrevistadas, apenas 28,6% confirmaram o diagnóstico da PTSD. A prevalência muito mais baixa da PTSD em crianças de rua, quando comparada com as do nosso estudo pode ter a ver

com o facto destas crianças que vivem na rua, terem desenvolvido estratégias para lidar com situações de risco, o que pode ser confirmado pelo alto grau de Resiliência encontrado nesse grupo. O estudo da ADCP utilizou o mesmo instrumento de avaliação da resiliência (QRCA), com o qual se verificou que as crianças de (e na) rua apresentam um valor médio de Resiliência igual a 63,32, valor que é superior ao grau médio de Resiliência das crianças da escola “Mandume” (51,93). Ainda nas crianças de rua o valor máximo de Resiliência foi de 94 e o mínimo de 32.

Em relação à intensidade da PTSD verificou-se que as sequelas da mesma são mais elevadas nas crianças da escola “Mandume”, tendo-se registado uma intensidade máxima de 53 e mínima de 3, enquanto que as crianças de e na rua, apresentaram uma intensidade máxima de 36 e a mínima de 0.

1.3.

ESTUDO DA PTSD E DA RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS ÓRFÃS DE GUERRA NA PROVÍNCIA DE MALANGE

Margarida Ventura e Adriana Cumbelembe

Afiliação

Email:

“O abandono e a orfandade que resulta numa insuficiente interação com os progenitores, afeta o desenvolvimento integral da criança e converte-se numa violência onde o agressor é passivo e a agressão traduz-se pela falta de interação afetiva e equilibrada” (Ballone, 2003, p.34). É facto assente que a família é um fator de equilíbrio psicológico e uma força mobilizadora de mecanismos de defesa e sobrevivência da criança. As experiências de relacionamento com os pais nos primeiros anos de vida, exercem efeitos significativos sobre a capacidade de uma pessoa lidar com o stress e manejar os seus estados emocionais (Scarpato, 2002). Certamente, a capacidade de regulação emocional desenvolve-se na interação com a mãe. Quando a família está presente nos momentos de grande sofrimento e de tensão as perturbações psíquicas da criança dependerão, em grande parte, do reflexo do estado mental dos pais: se eles conservam bastante força moral, física e económica para protegerem a criança convenientemente, esta terá um desenvolvimento normal e as possibilidades de padecer da PTSD serão mínimas.

Sabemos que o abandono de crianças em tenra idade, seja em que circunstâncias for, é causa de futuras convulsões sociais e

desajustes de personalidade do indivíduo. Além disso, os traumas interpessoais precoces podem afetar o desenvolvimento cerebral, tornando a criança mais vulnerável a uma situação da PTSD porque o cérebro se constitui junto com as experiências de vida e não apenas com o que é dado geneticamente. Bowlby (citado por Ballone, 2005), sustenta que a falta de ligação afetiva e a privação prolongada de cuidados maternos podem causar efeitos nefastos na formação do carácter que se podem prolongar por toda a vida. A situação da orfandade, acrescida pelo sofrimento, desordem social, que se traduz na habitação em abrigos inadequados, falta de serviços básicos, humilhações e intimidações, a luta pela sobrevivência contra as doenças, nutrição deficiente, guerra, etc., constituem um desvio no desenvolvimento da personalidade. Battelheim (citado por Tomkiewicz, 1996) explica que a observação da desordem social impede, às vezes definitivamente, o adolescente de viver a crise de oposição característica nesta idade. A perda brutal dos pais quando se está em plena fase de desenvolvimento pode reforçar os sentimentos de culpa e acarretar sofrimentos neuróticos que duram toda a vida. Certo é que algumas crianças órfãs vivem uma situação difícil e estão inseridas em ambientes agressivos e violentos. Elas não dispõem de outro modelo de conduta senão o de aperfeiçoar técnicas de desconfiança, e de chamar inimigo (porque quem não é por mim é contra mim), não chegam a adquirir habilidades necessárias para relacionar-se com os demais, são indisciplinadas para a consecução de objetivos e não aceitam críticas e regulação. Uma das prevenções adotadas pela sociedade é a recolha das crianças em orfanatos ou lares, como tentativa de resposta ao fenómeno social, com o objetivo de suavizar a dor e o sofrimento dessas crianças.

A situação de socorro é uma necessidade que se impõe, cuja solução mais próxima é acolher as crianças em instituições ou orfanatos para evitar consequências psicológicas

e psicossociais graves. No entanto, o tratamento destas crianças em situação difícil, deve reconhecer que elas são portadoras de necessidades especiais que implicam a organização de programas de atendimento também especiais, para a aquisição de habilidades sociais. Neste sentido a institucionalização das crianças é válida porque a superpopulação a que assistimos nas famílias angolanas e a falta de condições económicas favoráveis para uma vida sem sobressaltos, não permite acolher mais crianças para cuidar delas. Porém, muitos questionamentos se levantam sobre até que ponto os orfanatos são benéficos para as crianças cujos laços afetivos se romperam com acontecimentos trágicos precocemente? A teoria da Vinculação afetiva desencoraja a institucionalização das crianças defendendo que para um bom desenvolvimento cognitivo, afetivo, motor, psicossocial e moral, a criança necessita do cuidado materno, ou substituto. E esse cuidado materno deve ser contínuo (Bowbly, referido por Ballone, 2005). Ora, a vida dos orfanatos resulta numa ligação descontínua do processo de Vinculação afetiva porque, para além das crianças serem numerosas, os cuidadores não são fixos e a interação mantida é deficiente. Esta situação acarreta consequências a longo prazo e pode “inibir as áreas da inteligência da criança de uma forma global, interferir na interação social, acarretar deficiências cognitivas e prejuízo na aprendizagem” (Ballone, 2003, p.4). Não quer isto dizer que todas as crianças e adolescentes institucionalizados tenham, necessariamente, um coeficiente emocional e de inteligência baixos, ou apresentem atitudes agressivas e conduta fora dos parâmetros sociais. Mas, de uma maneira geral, as experiências conhecidas demonstram que o risco de aparecerem estes desvios é maior.

Um estudo comparativo entre crianças e adolescentes dos orfanatos, e crianças e adolescentes que vivem com a sua família (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991), chegou à conclusão que 49% das crianças que moram em instituições apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico enquanto que as que vivem em famílias apresentam uma prevalência de apenas 14,3%. O transtorno depressivo, apresentou uma frequência de 28,6% nas crianças que vivem em instituições contra 8% nas que moram com as suas famílias. Foi também encontrada deficiência mental leve em 11% das crianças dos orfanatos contra 6,3% nas que vivem em ambiente familiar. Com menos frequência foi encontrada hiperatividade em crianças dos orfanatos numa percentagem de 4,8% bem como ansiedade (3,2%) e transtornos de conduta (1,6%) em crianças dos orfanatos, associado à delinquência e à desobediência (Ballone, 2003). Não é a instituição que causa problemas. Estes decorrem do enorme sofrimento que as crianças tiveram antes de serem entregues aos orfanatos. Mas as insuficiências anteriormente referidas reforçam as perturbações se o serviço de atendimento a essas crianças for deficiente. Os orfanatos são desvantajosos quando não vão ao encontro da real situação da criança em risco. Além disso, o tratamento em massa nos orfanatos não permite realizar uma interação individualizada na qual a criança e o adolescente experimentam a grandeza de ser amado, valorizado e estimulado no seu desenvolvimento. Assim a recolha em orfanatos de crianças em situação difícil não é solução para a cura da PTSD. Algumas práticas interativas podem ferir a sensibilidade das crianças já traumatizadas.

A abordagem da PTSD e dos fatores de risco de desenvolvimento desta perturbação quer para crianças quer para adultos torna indispensável a abordagem de fatores protetores e das ações de promoção da saúde. O propósito de entender o porquê da

existência de reações variadas diante das experiências traumáticas, e porque algumas pessoas que sofrem os traumas quer psicológicos quer físicos retornam ao seu estado de equilíbrio natural, fez surgir o conceito de Resiliência, já referido anteriormente. Tem-se verificado que as crianças e os adolescentes, muitas vezes, conquistam altos níveis de resistência e terminam com mais energia protetora do que antes da exposição a situações adversas. Alguns teóricos argumentam que “as sequelas devastadoras vividas ao longo da guerra, não têm nenhuma consequência durável num indivíduo psicologicamente forte. Aqueles que se vêm traumatizados já estavam psicologicamente doentes” (Tomkiewicz, 1996, p.89).

Este argumento fundamenta-se em três concepções: A primeira nega pura e simplesmente o poder patogénico das agressões provocadas pela guerra; a segunda atribui a vulnerabilidade aos genes hereditários e a terceira atribui ao estado psicossomático antes do desencadeamento dos acontecimentos traumáticos.

«Resiliência» é uma palavra inglesa proveniente do campo da física que alude à propriedade dos corpos elásticos recobrem a sua forma original, libertando energia quando são submetidos a uma força externa. Por exemplo a fisga ou a zagaia e a flecha. Etimologicamente do Latim “resilier” quer dizer voltar a saltar e define a possibilidade de começar de novo baseando-se na criatividade pessoal e na capacidade de auto proteger-se. Em psicologia, a Resiliência é a resposta eficaz e adaptativa a situações difíceis e desestabilizadoras, e implica a existência de fatores relacionados com a constituição genética, forças intrapsíquicas, atitudes para lidar ativamente com a situação e com o meio desfavorável (Ventura, 1998).

As crianças órfãs ocupam uma grande percentagem da população infantil angolana. Do ponto de vista cultural, a situação de orfandade reveste-se de um significado singular,

e pode constituir um fator de risco no desenvolvimento da personalidade da criança. É assim que, por exemplo, em algumas línguas nacionais a designação de órfão é bastante cheia de mensagem comovente e inquietante. Em kimbundu, os órfãos são designados *Ana a itungu*. A palavra Itungu provém do verbo kutunga isto é, construir. O prefixo I dá-lhe o sentido de negação, revelando que é uma construção deficiente, ou mesmo, inexistente; construção em situação de carência. Esta realidade aplicada à construção humana. A *itungu* significará falta de suporte familiar” (Ventura & Cumbelembe, 2009). *Ana a itungu* significa, portanto, crianças a quem falta uma construção ajustada dentro da sua casa; a quem falta o suporte e o amparo, por causa da morte dos seus progenitores ou de um dos seus progenitores. Também em umbundu, o sentido não difere tanto do anterior. Isto quer dizer que as crianças órfãs são aquelas que estão desprovidas de tudo e que necessitam de apoio, desde o material, espiritual até ao acompanhamento psicossomático.

1.3.1. População e Amostra

Do universo de crianças afetadas pela guerra escolhemos como população todas aquelas que são órfãs na província de Malange. Nesta pesquisa trabalhamos com uma amostra aleatória simples, composta por 101 crianças órfãs de guerra, com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos de idade, que vivem em orfanatos de algumas missões da Diocese de Malange e que foram escolhidas aleatoriamente. Destas crianças 70 são do sexo masculino e 31 do sexo feminino o que equivale a 69,3% de meninos e 30,7% de meninas. Todos participaram voluntariamente na pesquisa.

1.3.2. Hipóteses e Variáveis

Como tentativa de resposta para o nosso trabalho, foi traçada a seguinte hipótese: H1: A maior resiliência está relacionada com a menor prevalência de diagnóstico e menor grau de sintomatologia e de intensidade da PTSD nas crianças órfãs de guerra da província de Malange.

No estudo correlacional que estamos a realizar, não procuramos uma relação de causa e efeito entre as variáveis, mas sim verificar até que ponto elas estão ligadas entre si e se influenciam mutuamente. Assim, traçamos como variáveis, as seguintes:

- Prevalência da PTSD
- Sintomatologia da PTSD
- Intensidade da PTSD
- Resiliência

1.3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

No campo das ciências humanas e da psicologia em particular, a verificação dos fenómenos no objeto de estudo realiza-se por meio dos instrumentos de investigação que ajudam a medir o seu impacto no comportamento dos indivíduos, ou levar as variáveis do plano abstrato para o pragmático. Portanto, os instrumentos de investigação são meios que se interpõem entre o investigador e os sujeitos que são objeto de estudo, com a finalidade de obter as informações desejadas.

Neste estudo utilizamos os dois instrumentos já usados nos estudos anteriores: a “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT), de McIntyre e Ventura (1996) e o “Questionário de Resiliência para Crianças e Adolescentes” (QRCA), também de McIntyre e Ventura (1998).

1.3.4. Resultados e sua interpretação

Os dados foram lançados no programa estatístico SPSS-WIN e encontramos os resultados que estão relatados no Quadro 6.

QUADRO 6. Frequência do Diagnóstico e Sintomatologia da PTSD e da Resiliência

Diagnóstico e Sintomatologia PTSD	População (N)	Frequência %	Média	DP
Sem PTSD	20	19,8	-	-
Com PTSD	81	80,2	-	-
Grupo Revivência	-	-	3,75	.853
Grupo Evitamento	-	-	3,45	1.127
Grupo Ativação Fisiológica	-	-	3	1.030
Total Sintomas	-	-	10,10	2.152
Intensidade	-	-	27,97	8.894
Resiliência	-	-	47,16	8.957

Como podemos observar, numa amostra de 101 crianças avaliadas, 81 foram diagnosticadas com PTSD e 20 não. Isto quer dizer que 80,2% possuem PTSD e 19,8% não padecem desta perturbação.

O Quadro 6 descreve não só a frequência de diagnóstico da PTSD, mas também a média de sintomas avaliados e respectivos desvios padrões. No respeitante aos grupos de sintomas da PTSD (Revivência, Evitamento e Ativação Fisiológica), encontramos o valor mais alto no grupo da revivência do acontecimento, com uma média de 3,75 sintomas, o que pode querer dizer que a PTSD ainda não está em processo de remissão, uma vez que quando isso acontece os sintomas de ativação fisiológica são os últimos a desaparecer e neste caso os de revivência e os de evitamento ainda se sobrepõem aos de ativação fisiológica. Na verdade, as

crianças mantêm vivas as recordações dolorosas, através de muitas maneiras: sons, cheiros, imagens, e não conseguem desviar a sua atenção dessas recordações penosas.

O teste t de *Student* para comparar o Diagnóstico com a Resiliência deu significativa ($t(101)=153.85$; $p < .001$), mostrando que a maior resiliência está relacionada com a menor prevalência da PTSD.

Quanto à PTSD verificamos que há uma grande prevalência de crianças órfãs traumatizadas, com uma frequência de 80,2% de diagnóstico da PTSD. Comparando este resultado com os estudos de Pynoos (1990) efetuados a um grupo de crianças e adolescentes vítimas de um ataque de um franco atirador que diagnosticou 94,3% da PTSD e com os de Ventura (1997) feito aos adolescentes refugiados do Sul de Angola, após a guerra pós-eleitoral, onde encontrou uma prevalência de 90% de diagnóstico da PTSD em adolescentes refugiados e 82% nos residentes na cidade do Lubango, verificamos que os dados se aproximam.

O total de sintomas observados é bastante significativo ao revelar uma média de 10.10 sintomas. Quer isto confirmar, mais uma vez, que estas crianças e adolescentes órfãs de guerra estão traumatizadas, ou seja, têm diagnóstico da PTSD.

A Intensidade dos sintomas é consequência do mal-estar gerado pela PTSD e consiste no grau de perturbação que o indivíduo enfrenta quando entra numa situação de sofrimento consequente das situações penosas que ficaram gravadas na sua vida. O excesso de sofrimento psíquico e somático gera comportamentos específicos que podem ser inadequados na solução do problema que a paciente experimenta. É assim que no grupo da Intensidade da PTSD verificamos uma média de 28 sintomas. Salienta-se que mesmo as crianças e adolescentes que não têm o diagnóstico da PTSD experimentam alguns sintomas da perturbação, embora, num grau não muito elevado.

O mínimo de Resiliência encontrado é de 31 e o máximo de 78, sendo a média de 47.16, resultados bastante razoáveis para o contexto. Estes dados mostraram que as crianças e adolescentes ainda são capazes de iniciar uma nova vida.

Quanto à relação entre o total dos sintomas da PTSD, a Resiliência e o sexo, estudos mostram que os homens são mais resilientes e as mulheres mais vulneráveis. Também algumas investigações têm mostrado que há maior prevalência da PTSD nas mulheres do que nos homens. Na análise de variância para comparar sintomas da PTSD, intensidade e Resiliência em função do sexo, verificamos que, neste estudo, estas variáveis não dependem do sexo das crianças e adolescentes. Esta constatação está de acordo com estudos anteriores, como os de Ziv e Israeli (1973) feitos a crianças de 10 anos, o qual mostrou não existirem diferenças quanto aos sintomas da ansiedade, entre meninos e meninas. Os estudos mais recentes em Moçambique (também referidos por Ventura, 2003) não verificaram diferenças na frequência da PTSD em função do sexo, bem como os de Ventura, (2003) que procurou as diferenças entre o sexo, a PTSD e a exposição à guerra, onde concluiu que as crianças de ambos os sexos são igualmente vulneráveis aos eventos traumáticos e às situações dramáticas.

Ao compararmos o Diagnóstico da PTSD e a Intensidade dos sintomas verificamos que os resultados foram significativos. Na verdade, os sintomas da PTSD são mais intensos nas crianças que possuem o diagnóstico da PTSD. Ora, o diagnóstico da PTSD gera vulnerabilidade e mobiliza respostas emergentes de perturbação fora dos padrões normais do comportamento. Portanto, está de acordo com as teorias apresentadas no capítulo anterior.

Quanto à relação entre o diagnóstico da PTSD e a Resiliência os resultados atestam que a Resiliência é maior em crianças sem diagnóstico da PTSD do que em crianças com diagnóstico, o que também confirma a teoria e a hipótese traçada para este estudo.

1.4.

REABILITAÇÃO PSICOLÓGICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PTSD, ATRAVÉS PSICOTERAPIAS EXPRESSIVO-CRIATIVAS

Margarida Ventura e Ana Ribeiro

Afiliação

Email:

A expressão artística, através da música, da dança, teatro, arte plástica, entre outras, tem sido utilizada ao longo dos tempos como forma de terapia para certos problemas e perturbações psíquicas. A música é uma das mais belas criações do homem e dirige-se à criança, ao adulto, ao seu corpo, à sua inteligência e às suas emoções. A música cria imagens mentais, fantasias, sendo, no entanto, uma atividade concreta. Estes atributos dão à música um carácter terapêutico, por ser uma linguagem não verbal e um meio único de comunicação (Alvin, citada por Sousa, 2011).

A musicoterapia é um processo terapêutico, uma aproximação sensorial sonora com fins terapêuticos, caracterizada pela experiência sonora e musical. A música não é considerada como uma terapia em si mesma sendo, no entanto, as técnicas musicoterapêuticas elaboradas com esse objetivo. A musicoterapia distingue-se do ensino da música. A primeira tem por objetivo fins terapêuticos, enquanto que a segunda tem por objetivo a transmissão de conhecimentos, de conceitos e de técnicas instrumentais musicais.

Ao longo dos séculos a música foi relacionada com a ideia de harmonia (ordem, medida, equilíbrio). Por exemplo, na Grécia antiga, a saúde era concebida como o equilíbrio entre o corpo e o psíquico, estabelecendo uma clara relação entre a saúde e a música, vendo esta como possuidora de valor terapêutico em si. Também os árabes praticavam o “encantamento” do doente pela música, utilizando a flauta como tratamento dos doentes mentais (Sousa, 2011). Os povos de África acompanham as suas atividades de tratamento ou exorcismo com qualquer ambiente musical, produzido pelos tambores, chocalhos, flautas e outros...

Para além da música, a dança foi e é utilizada com fins terapêuticos. Segundo Meerloo (1960), as raízes da Dança-terapia estão nas danças rituais de feiticeiros e curandeiros, com o objetivo explícito da expulsão de maus espíritos causadores da doença. Nos primórdios da civilização a dança, a música e a medicina eram inseparáveis. A dança terá sido a mais antiga forma de medicina e de psicoterapia em que a exaltação e a libertação de tensões modificavam mental e fisicamente a pessoa que sofria, curando-a ou aliviando o seu sofrimento.

Hoje em dia, a Dança-terapia tem como objetivo procurar modos de atuação na área da psicopatologia, empregando o movimento dançado (Silberman, 1981). As Dança-terapias usam o movimento ao serviço da cura, integrando as áreas cinestésicas, emocionais e cognitivas da pessoa nas mais variadas teorias e técnicas psicoterapêuticas. A Dança-terapia é uma psicoterapia que emprega o uso do movimento expressivo como meio através do qual o indivíduo pode enveredar criativamente num processo de desenvolvimento pessoal e de integração social (The British Association for Dance/Movement Therapy). Freud, Adler e Jung parecem estar na origem da moderna Dança-terapia, concordando quanto à importância do movimento corporal na formação da personalidade do indivíduo. De salientar também Reich, que

deu uma importância especial à linguagem expressiva do corpo, chamando a atenção para a “armadura defensiva” da pessoa. Ele defende que, reprimindo a emoção, se gera uma tenção muscular crónica corporal, sendo o movimento dançado uma forma de catarse das emoções, libertando as tensões. A Dançaterapia foca-se nas componentes lúdicas, expressivas e criativas da dança, considerando-as como forma de tratamento, com a intenção de fazer a integração destas componentes com os aspectos psicológicos da pessoa (Sousa, 2011).

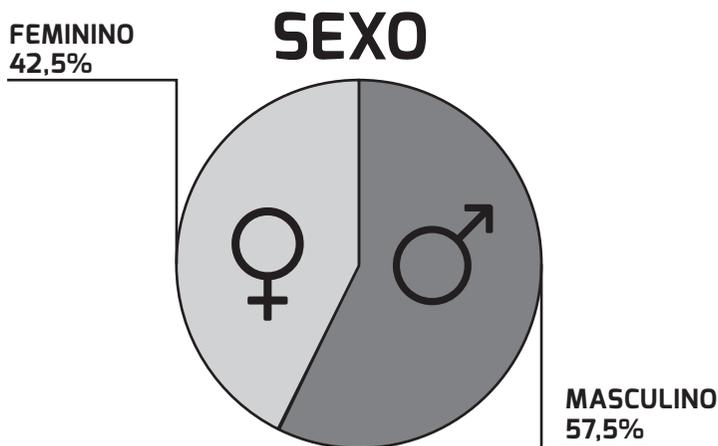
O desenho, pintura e outras formas de expressão plástica também são uma forma de exprimir sentimentos e emoções através das cores, das imagens, das representações. As crianças e mesmo os adultos exprimem pelo desenho/ pintura os sentimentos que não verbalizam ou as emoções, interesses, medos e desejos.

Neste trabalho procurou-se, através das psicoterapias expressivo-criativas (jogo, música, dança, pintura, entre outras), melhorar a ansiedade, depressão e trauma de crianças da Aldeia SOS da cidade do Lubango, apontadas pelas educadoras como “crianças com problemas”, comparando-as com um grupo de controlo de crianças ditas “normais”.

1.4.1. População e Amostra

O estudo foi feito com crianças de idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, que frequentam a escola na cidade do Lubango. A amostra é constituída por 80 crianças, sendo 46 do sexo masculino (57,5%) e 34 do feminino (42,5%), de idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos. Foram selecionadas em duas instituições: 34 destas crianças estudam em escolas privadas e frequentam um ATL para os tempos livres, de nome PICO-PICO. As restantes 46 crianças vivem na aldeia SOS e frequentam a escola nessa

organização. Estas últimas são órfãs ou abandonadas, tendo ido para a aldeia SOS muito cedo (a maioria com menos de 3 anos de idade). A escolha destas duas instituições deveu-se ao facto das crianças que as frequentam serem provenientes de realidades sociais muito diferentes, com o intuito de as comparar. Todas as crianças participaram voluntariamente e tiveram autorização dos pais ou encarregados de educação.



1.4.2. Hipóteses e Variáveis

Tratando-se de um estudo experimental, no qual se faz uma intervenção psicológica em crianças com elevado grau de ansiedade e sintomas da PTSD, pretende-se que se verifique uma diminuição de sintomas após o período de intervenção com base em psicoterapias expressivo-criativas. Com base nisto, foi traçada as seguintes hipóteses:

H1= O grau de ansiedade e a intensidade dos sintomas da PTSD das crianças deste estudo diminuem depois da intervenção psicológica.

H2= As crianças da aldeia SOS têm maior grau de ansiedade e de intensidade da PTSD do que as que frequentam o PICO-PICO.

Tratando-se de um estudo experimental, utilizou-se como variável independente a intervenção psicológica (30 horas, sendo 15 sessões de 2h cada, em 3 semanas) e como variáveis dependentes o diagnóstico, a sintomatologia e a intensidade da PTSD, bem como o grau de ansiedade nestas crianças.

1.4.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Tal como nos estudos anteriores, utilizaremos instrumentos de investigação como meios de auxílio ao investigador com a finalidade de obter as informações desejadas. Neste estudo utilizamos dois instrumentos: a “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT), de McIntyre e Ventura (1996) e a “Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças”, de Castaneda et al. (1956), adaptada por Reynolds e Paget (1981), versão portuguesa de Fonseca (1992).

A Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS), de Castaneda et al. (1956), adaptada para português por Fonseca (1992) é um questionário com 37 itens de resposta dicotómica, em que o “sim” é cotado com 1 e o “não” com 0. A soma dos “sim” dá o total da ansiedade. A escala contém 9 itens que representam a desejabilidade social (mentira) e que se encontram distribuídos de 4 em 4 posições na escala (itens n.ºs 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32 e 36).

Ambas foram validadas para Angola e apresentaram boas características métricas.

1.4.4. Intervenção Psicológica

Foi feita uma avaliação prévia às crianças dos dois grupos (PICO-PICO e Aldeia SOS) usando a EARAT (para avaliar a frequência do diagnóstico da PTSD, o total de sintomas da PTSD e a intensidade dos mesmos e a CMAS (para avaliar a ansiedade das crianças e a sua deseabilidade social (mentira). Depois da avaliação foi feita uma intervenção durante 3 semanas, com sessões diárias de 2 horas. As técnicas usadas foram a expressão corporal e artística, a música e o desenho.

Após as três semanas, em que as crianças puderam expressar os seus sentimentos e emoções através da dança, da música, da pintura, da mímica, dos jogos, entre outros, foi feita uma segunda avaliação com os mesmos instrumentos (a EARAT e a CMAS), com o objetivo de verificar se a ansiedade e a intensidade dos sintomas da PTSD tinham diminuído.

1.4.5. Resultados e sua interpretação

Durante a primeira avaliação, quanto à traumatização, verificou-se que 90,9% das crianças não apresentavam diagnóstico da PTSD (não estavam traumatizadas), enquanto 9,1% apresentavam o diagnóstico dessa patologia. O Quadro 7 apresenta as médias das variáveis em estudo. A média de sintomas de Revivência do Acontecimento Traumático é de 1,62, a média de sintomas de Evitamento de 1,50 e de Ativação Fisiológica de 2,32. A média do total de sintomas da PTSD (Revivência, Evitamento e Ativação) é de 5,59. A média da intensidade dos sintomas é de 12. De acordo com a teoria, os sintomas de ativação fisiológica são os últimos a desaparecer, o que é confirmado pelos resultados deste estudo, uma vez que enquanto nos grupos de sintomas de revivência

do acontecimento e de evitamento a média é de um sintoma e meio por criança, no de ativação fisiológica é de mais de dois sintomas por criança. O número médio de sintomas apresentado e a intensidade dos mesmos são relativamente baixos, o que pode ser explicado pelo facto de a guerra em Angola ter terminado há uma década, dando tempo para que as crianças adquiram alguma estabilidade emocional e social e, por isso, estejam em processo de remissão da patologia.

Ainda na primeira avaliação, quanto à ansiedade, a média da ansiedade geral foi de 17, a de desejabilidade social (mentira) de 4,88 e a de ansiedade específica de 12,12 (ver quadro 7). A ansiedade aqui apresentada é moderada, apresentando-se dentro dos padrões normais.

QUADRO 7. Médias e D.Padrão das variáveis PTSD e Ansiedade durante a 1ª avaliação (N=80)

Variáveis	Média	Desvio Padrão
PTSD-Grupo Revivência	1,62	1,146
PTSD-Grupo Evitamento	1,50	1,100
PTSD-Grupo Ativação	2,32	1,215
PTSD-Total Sintomas	5,59	2,755
PTSD- Intensidade	12,00	6,766
Total Ansiedade	17,00	4,943
Ansiedade Específica	12,12	4.171
Mentira	4,88	2,465

A segunda avaliação, após a intervenção psicológica que durou três semanas mostrou uma intensidade de sintomas da PTSD de 10,89, uma média de ansiedade geral de 14,29, de mentira de 4,18 e de ansiedade específica de 9,97, bem inferiores à

primeira avaliação feita antes da intervenção, o que confirma a Hipótese 1. Constitui exceção os resultados da subescala da mentira, que se manteve constante, tendo-se verificado que as crianças mostravam grande desejo de agradar, o que pode ser a explicação para estes resultados. É frequente, em crianças pequenas mentirem para agradar aos adultos.

As ANOVAS (para verificar se existem diferenças significativas entre a primeira avaliação e a segunda) deram altamente significativas para a ansiedade e para a intensidade de sintomas da PTSD que diminuiu consideravelmente, mostrando que este tipo de intervenção resulta bem nas crianças ansiosas ou com PTSD. Não foi significativa a diferença entre a primeira e a segunda avaliação quanto ao diagnóstico da PTSD e aos agrupamentos de sintomas (Revivência do Acontecimento, Evitamento e Ativação fisiológica). Pensa-se que se a intervenção fosse feita por um período de tempo superior também nestas variáveis se encontrariam diferenças significativas. A intervenção durante apenas três semanas mostrou que é possível, através destas técnicas de expressão artística, melhorar consideravelmente a saúde mental das crianças, desde que sejam aplicadas com continuidade.

QUADRO 8. Comparação da avaliação antes e depois da intervenção psicológica

Variáveis	1ª Avaliação	2ª Avaliação	ANOVA
Intensidade PTSD	12	10,89	F(80)=17,621; p< .001
Ansiedade Geral	17	14,29	F(80)= 55,871; p< .001
Mentira	4,88	4,18	F(80)= 41,456; p<.001
Ansiedade Espec.	12,12	9,97	F(80)= 123,740; p<.001

Para além do interesse em verificar os resultados da ansiedade e do grau de traumatização antes e depois da intervenção psicológica,

fez-se também uma comparação entre as crianças das duas escolas: aldeia SOS (crianças órfãs) e Escola Pico-Pico (crianças com estabilidade socioeconómica e familiar). Assim, foram utilizadas análises de variância (ANOVA) para verificar se existia uma relação entre estas duas escolas e as variáveis clínicas.

O Qui-quadrado entre a escola e as variáveis clínicas deu significativa para as variáveis Diagnóstico da PTSD ($X^2(80)=4,449$; $p<.039$), encontrando-se na aldeia SOS seis crianças com PTSD, enquanto que no Pico-Pico nenhuma crianças com PTSD. Estes resultados estão de acordo com o esperado, uma vez que as crianças da aldeia SOS são órfãs ou abandonadas, enquanto que as do Pico-Pico são crianças com famílias mais ou menos estruturadas. Também a prevalência da PTSD encontrada é bastante inferior à dos estudos anteriores, o que pode ser explicado pelo facto de ter sido feito numa altura em que a guerra em Angola já tinha terminado há alguns anos, pelo que os sintomas já estão menos presentes.

Ainda comparando as duas escolas, os resultados mostram diferenças significativas para a Ansiedade Específica ($F(80)= 6,022$; $p<.017$), quer na primeira quer na segunda avaliação, encontrando-se uma média de ansiedade de 13,10 na aldeia SOS e de 10,62 no Pico-Pico na primeira avaliação e uma média de 11,60 nas crianças da aldeia SOS e de 8,34 nas do Pico-pico na segunda avaliação ($F(80)=12,112$; $p<.001$).

Ainda na segunda avaliação (depois da intervenção) encontraram-se diferenças entre as crianças da aldeia SOS e as do Pico-Pico quanto à Intensidade da PTSD ($F(80)= 4,335$; $p<.041$), com as crianças da aldeia SOS a apresentarem uma média de 12,47 e as do Pico-Pico 9,76. O mesmo se passa quanto ao Total de Ansiedade ($F(80)= 8,064$; $p<.006$), com as crianças da aldeia SOS a apresentarem uma média de 17,80 e as do Pico-pico 15,77. Em qualquer dos casos as crianças da aldeia SOS

apresentaram maior número de sintomas do que as do Pico-pico, o que confirma a hipótese 2 de que as crianças da aldeia SOS estão mais traumatizadas e são mais ansiosas do que as do Pico-Pico.

Embora a ANOVA entre a escola e a desejabilidade social não tenha apresentado

diferenças significativas, é de salientar que os valores quer na primeira avaliação quer na segunda são ligeiramente superiores nas crianças do Pico-pico do que nas da aldeia SOS, o que mostra que as crianças da aldeia SOS têm menor preocupação em agradar os outros (Pico-pico=5,15; SOS=4,70; Pico-pico=4,59; SOS=3,86, respetivamente). É interessante notar que nesta variável a situação se inverte, o que pode ser explicado pelo facto de as crianças que vivem com os pais terem mais necessidade de corresponder às expectativas destes do que as da aldeia SOS que, embora vivam em lares substitutos, não têm a pressão dos pais sobre o seu desempenho.

QUADRO 9. Comparação das variáveis clínicas nas escolas Pico-Pico e Aldeia SOS

Variáveis	Aldeia SOS	Pico-Pico	Testes
Diagnóstico PTSD	6%	0%	$\chi^2(80)=4,449$; $p<.039$
Ansiedade Específica	13,10	10,62	$F(80)=6,022$; $p<.017$
Ansiedade Geral 2	17,80	15,77	$F(80)=8,064$; $p<.006$
Ansiedade Específica2	15,43	12,88	$F(80)=12,112$; $p<.001$
Intensidade PTSD 2	12,47	9,76	$F(80)=4,335$; $p<.041$

Depois de analisados os resultados deste estudo, chegou-se às seguintes conclusões:

- Em geral, poucas crianças da amostra global apresentam diagnóstico da PTSD, verificando-se, contudo, que quase todas elas têm alguns sintomas dessa patologia.
- A intensidade dos sintomas da PTSD apresentados é baixa, o que mostra que estão em remissão.
- As crianças da amostra global apresentam uma ansiedade moderada.
- As crianças da subamostra da aldeia SOS apresentaram quer na primeira, quer na segunda avaliação maior ansiedade, maior prevalência da PTSD e maior intensidade nos sintomas da PTSD.
- As técnicas de expressão artística mostraram-se bastante eficazes para a terapia com crianças traumatizadas ou ansiosas.

CAPÍTULO 2

ESTUDOS DA PTSD EM CIVIS

Este capítulo trata dos estudos da PTSD em civis. Os civis são também vítimas diretas ou indiretas da guerra. Para além de muitos terem sofrido ações violentas do conflito bélico, toda a população civil sofreu as consequências económicas e sociais que daí advieram, salientando-se as carências alimentares, desestabilização familiar, a mudança de valores morais e cívicos, entre outros. A família foi uma das mais afetadas pela guerra. Os homens, muitos deles mobilizados por um ou outro lado do conflito armado, andavam de terra em terra, arranjando mulheres e filhos por onde passavam. O número de mulheres, naturalmente superior ao dos homens, aumentou com a morte ou o desaparecimento de muitos deles, o que fez com que a procura de um parceiro se tornasse mais ativa e mais difícil também. Toda esta situação contribuiu para a poligamia e para a aceitação por parte das mulheres desta situação. A violência familiar aumentou, consequência da desestabilização económica e social e do estado psíquico dos homens e das mulheres que se habituaram a conviver com a violência e para quem a vida não tem valor. A aceitação desta violência é cada vez mais uma realidade. Também a prática de vários parceiros ou parceiras sexuais contribuiu para o aumento do SIDA em Angola, sendo hoje um dos grandes problemas da saúde no país.

Apresentaremos neste capítulo três estudos que refletem a realidade angolana. O primeiro trata da vida familiar de muitas das mulheres angolanas que adquirem PTSD por maus tratos por parte do parceiro, outro sobre a PTSD nas populações que foram desalojadas por viverem ao longo da via férrea no Lubango e finalmente um estudo com populações civis que vivem na Matala.

2.1.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUA RELAÇÃO COM A PTSD

Margarida Ventura e Tânia Baião Tragedo

Afiliação

Email:

A violência doméstica é um problema que preocupa o mundo em geral e a sociedade angolana em particular, pois o mesmo tem grandes repercussões ao nível social, económico e político. A par disso, estão os traumas psicológicos que podem marcar a mulher para toda a vida e impossibilitá-la de contribuir, da melhor maneira, para o desenvolvimento social e económico do País e sobretudo dar uma educação condigna aos seus filhos.

De acordo com o relatório das Nações Unidas (2000) a violência contra a mulher pode resultar em danos físicos, sexuais, emocionais ou sofrimento, a qual pode incluir ameaça, coerção ou posições arbitrárias da liberdade, seja na vida pública ou privada. Assim, entende-se por violência contra a mulher qualquer ato violento que tenha como determinação o género e que ocorre dentro do núcleo familiar, isto é, violência do marido para com sua esposa (Cavalcanti, 2006).

Neste trabalho, analisa-se a violência que ocorre dentro de um relacionamento entre homem e mulher, sejam eles casados, companheiros ou noivos; e que se pode manifestar sob várias formas como: abuso físico emocional ou sexual, maus-tratos,

atos destrutivos e outros. Essa violência pode ocorrer em lugares públicos ou privados. Pode também ocorrer todos os dias, uma vez por semana, ou de vez em quando. Pode deixar marcas no corpo ou na mente (Arendt, 1994).

Este trabalho teve como objetivo geral obter conhecimento sobre o fenômeno da violência contra a mulher na cidade do Lubango e como objetivos específicos descrever e caracterizar a violência contra a mulher, na cidade do Lubango. Também se procuram as relações entre as formas e a frequência da violência, com variáveis como o nível de habilitações do parceiro, a profissão da mulher e a frequência de diagnóstico da PTSD.

Tradicionalmente, entende-se por violência doméstica, aquela que ocorre dentro do núcleo familiar, isto é, a violência do marido para com a sua esposa, maus-tratos de crianças, violência contra idosos, incesto, abuso sexual, estupro praticado pelo marido e pelos outros. A violência doméstica não é um problema dos nossos dias, assim como não é um problema especialmente nacional. Muito pelo contrário, a sua prática atravessou os tempos e o fenômeno tem características muito semelhantes em países culturais e geograficamente distintos mais ou menos desenvolvidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis”, mas os especialistas afirmam que o conceito é muito mais amplo e ambíguo do que esta mera constatação de que a violência é a imposição de dor, a agressão cometida por uma pessoa contra a outra; mesmo porque a dor é um conceito muito difícil de ser definido (Arendt, 1994).

Segundo a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (Resolução da Assembleia-geral das Nações Unidas, 1993) *A violência contra as mulheres é uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres que conduziram à dominação e à discriminação*

contra as mulheres pelos homens e impedem o pleno avanço das mulheres...

Muitos lares hoje tornam-se verdadeiros centros de violência. Os conflitos que constantemente se registam envolvendo pais e irmãos, como resultado das péssimas condições económicas, da poligamia e, de uma maneira geral, devido à fraca ou mesmo inexistente educação pré-matrimonial e familiar, muitas vezes terminam em violência física e divórcio. Segundo Padilha (2000) a violência é contemporânea do homem. É assim que homens ligados à ciência se têm dedicado ao estudo do comportamento agressivo e violento entre os homens. Quando se fala em violência importa ter em conta não só os tipos de violência que se exercem sobre as mulheres, mas fundamentalmente como a violência faz parte ainda, nos nossos dias, da construção da identidade feminina.

É impossível discutir a violência doméstica sem discutir os papéis de género, e se eles têm ou não impacto nessa violência. A violência contra a mulher tem sido chamada de “violência de género”. Essa expressão significa que não são as diferenças biológicas entre os homens e as mulheres que determinam o emprego da violência contra a mulher, mas sim, os papéis sociais impostos a homens e mulheres, reforçados por culturas patriarcais, que estabelecem relações de violência entre os sexos.

O conceito de género é de grande complexidade e tem ligação direta com o movimento feminista contemporâneo. Ele está implicado linguística e politicamente nas lutas femininas e a sua incorporação tem fundamental importância para a caracterização do fenómeno da violência contra a mulher. Neste caso a violência ocorre pelo facto da vítima ser mulher. Para Scott (citado por Aylon, 1978), o género apontaria para a perceção das diferenças entre os sexos, sendo um importante demarcador de poder. Meilborn (citado por Aylon, 1978) aborda o conceito de género

como a distinção entre atributos culturais, alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica do ser humano. Já Saffite (também citado por Aylon, 1978) afirma que o gênero é a maneira de existir do corpo como campo de possibilidades culturais recebidas e reinterpretadas: o gênero constrói-se e expressa-se através de relações sociais de poder, em processo infinito de modelagem – conquista de seres humanos. Infere-se que o sexo anatômico e biológico sugere, mas o que determina o comportamento é o lado social e cultural.

As pessoas tornam-se gênero, embora nasçam biologicamente como homens e mulheres. O sexo seria socialmente modelado. As características tidas como masculinas ou femininas são ensinadas e colocadas como verdadeiras, no correr do tempo.

A violência de gênero é um padrão específico de violência fundada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino e amplia-se e reatualiza-se na proporção direta em que o poder masculino é ameaçado. Saffioti e Almeida (1995, p. 20, citado por Baião, 2006) afirmam que o gênero é a representação de uma relação e *“não é apenas uma construção sociocultural, mas também um aparelho semiótico, um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio) aos indivíduos no interior da sociedade”*. Desta forma, definem-se as representações do ser mulher e do ser homem na sociedade. Estas representações repousam sobre uma base material que condiciona um determinado tipo de relações sociais que pode contribuir para transformá-la.

A violência de gênero ocorre também no âmbito da comunidade e do trabalho. O medo e a vergonha são constrangimentos permanentes por parte da vítima que limita o acesso da mulher às suas atividades e aos possíveis recursos de proteção, tornando-se obstáculo para a obtenção de igualdade de gêneros. A expressão “violência contra a mulher” refere-se a qualquer ato de violência

que tenha por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica. A coerção ou a privação arbitrária da liberdade que se reproduzem na vida pública ou privada, podem ocorrer como formas de violência (Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing, China, 1996).

Existem vários tipos de armas utilizadas na violência contra a mulher, como: a lesão corporal, que é a agressão física, como socos, pontapés, bofetões, entre outros; o estupro ou violência carnal, sendo todo atentado contra o pudor de pessoa de outro sexo, por meio de força física, ou grave ameaça, com intenção de satisfazer nela desejos lascivos, ou atos de luxúria; ameaça de morte ou qualquer outro mal, feitas por gestos, palavras ou por escrito; abandono material, quando o homem, não reconhece a paternidade, obrigando assim a mulher a entrar com uma ação de investigação de paternidade, para poder receber pensão alimentícia.

Mas nem todos deixam marcas físicas, como as ofensas verbais e morais, que causam dores que superam a dor física. Humilhações, torturas, abandono, etc., são considerados pequenos assassinatos diários, difíceis de superar e praticamente impossíveis de prevenir, fazendo com que as mulheres percam a referência de cidadania (Beauvoir, 1980). Conceptualmente, a violência física acontece quando há uma ação destinada a causar danos físicos a outra pessoa. A violência psicológica é toda a ação ou omissão destinada a produzir danos psicológicos ou sofrimento moral a outra pessoa como: sentimento de ansiedade, insegurança, frustração, medo, humilhação e perda da autoestima. A violência sexual é todo o ato no qual uma pessoa que está em posição de poder, obriga outra a realizar atos sexuais contra a sua vontade, por meio de chantagem ou força física (Linhares, 1999).

A violência contra a mulher, que ocorre no âmbito da família, caracterizando-se por Violência Doméstica, é perpetrada por parceiros íntimos, pais, padrastos e outros parentes. Por

violência contra a mulher entende-se, assim qualquer ato violento que tenha como determinação o gênero.

Quando um homem espanca uma mulher, mais do que o seu corpo, o que ele espanca são ilusões, sonhos, projetos investidos na relação. Quanto mais frágil, mais desprotegida e sem recursos é a mulher, mais ela conta com o marido como protetor, mais importância ela atribui à casa como um lugar seguro. Quando essa ordem natural das coisas se rompe e o perigo passa a viver dentro da casa pelas mãos do protetor, instala-se na mulher o pânico, como se o chão lhe fugisse debaixo dos pés (Castro, 1992).

Os estudos sobre a violência contra a mulher em Angola apontam como principal fato desencadeador do fenômeno violência no seio da família angolana a dependência cultural, econômica e social. Refere-se claramente às ligações existentes entre o papel da mulher baseado no sexo, estereotipado, a ideia de inferioridade das mulheres e a prevalência da violência doméstica (Ministério da Família e da Mulher, 2002). De acordo com os dados estatísticos fornecidos pela Direção Provincial da Família e Promoção da Mulher, na cidade do Lubango, referente ao ano de 2005, foram atendidos 665 casos de violência, dos quais 525 estão diretamente ligados ao nosso estudo. Importa salientar, que apesar da visibilidade do número de casos acima referidos, consideramos que ainda se trata de um fenômeno dotado de uma grande opacidade. E assim permanecerá se não se promoverem estratégias diversificadas e adequadas de abordagem e intervenção.

O abuso emocional ou psicológico, é considerado pior que o físico, pois atinge a essência básica da mulher. A violência física em toda a sua enormidade e horror não é mais um segredo. Entretanto, a violência que não envolve dano físico ou ferimentos corporais continua num canto escuro do armário, para onde poucos querem olhar. O silêncio parece indicar, que pesquisadores e escritores não enxergam as feridas que não deixam cicatrizes no corpo, e

que as mulheres agredidas não fisicamente, têm medo de olhar para as feridas que deixam cicatrizes em sua alma (Soares, 1999). Esta violência que atinge a mulher é pouco percebida, mas causa problemas psicológicos com consequências sérias, que podem ter fins trágicos, se não tiverem tratamento. Segundo Soares (1999) “Mais que o corpo a violência machuca a alma, destrói os sonhos e acaba com a dignidade da mulher”.

A violência conjugal tem um ciclo de três fases (Favieres, 2001):

A primeira fase denomina-se ‘fase de acumulação e tensão’; é quando se produz uma sucessão de pequenos episódios que levam a marcas permanentes nos casais e, geralmente, nos membros da família com o aumento constante de ansiedade e hostilidade. O homem e a mulher passam a viver num ciclo vicioso onde estão mutuamente dependentes de suas próprias reações.

Quando a tensão alcança o seu ponto máximo, sobrevém a segunda fase denominada de ‘fase aguda’; é onde toda a tensão que estava acumulada dá lugar à explosão de violência que pode variar em gravidade, oscilando de um simples empurrão até ao homicídio. Este tipo de violência caracteriza-se pelos descontrolos aos inevitáveis golpes. As mulheres geralmente são as mais prejudicadas e mostram-se surpreendidas frente aos acontecimentos que se desencadeiam de maneira imprevista, ante qualquer situação na vida quotidiana.

Na terceira fase, denominada ‘lua-de-mel’ produz-se o arrependimento, pedido de desculpas e promessas de que nunca mais o episódio irá ocorrer por parte do homem. Mas, com o tempo reaparecem os novos períodos de acumulação de tensão e, com esta, o ciclo reinicia-se.

Outro aspeto da violência conjugal, relaciona-se com a intensidade crescente da violência. Na primeira etapa ela é subtil,

toma forma de agressão psicológica. Por exemplo, relaciona-se com a lesão na autoestima da mulher, ridicularizando-a, agredindo-a emocionalmente, ignorando-a, rindo das suas opiniões.

Num segundo momento aparece a violência verbal, reforçando a violência psicológica. O agressor começa a divergir da vítima com insultos, criticando a estética corporal; começa a ameaçá-la com agressões físicas e até homicídio. O agressor vai criando um clima de medo constante. Ridiculariza a mulher na presença de outras pessoas, grita e culpa-a de tudo (Favieres, 2001). A partir de todas essas agressões, a vítima pode sentir-se débil e deprimida. Logo começa a violência física. Esta começa por apertões, beliscões, seguida de chapadas, até chegar aos socos e pontapés. Mais tarde começam a recorrer a objetos para provocar danos e, no meio destas agressões, muitas vezes o homem exige manter relações sexuais. Esta escala crescente pode, muitas das vezes, terminar, em homicídio ou suicídio.

Cada ciclo termina com um alto grau de violência, geralmente maior que o anterior, sendo cada vez menor o intervalo entre ciclos. Este intervalo pode variar de 1 ano ou mais até poucas horas para ser completado.

2.1.1. População e Amostra

A população é constituída por todas as mulheres vítimas de maus tratos na cidade do Lubango, que no período compreendido entre 1 de Setembro e 5 de Novembro de 2005 se queixaram de ter sido agredidas pelos seus companheiros. Incluímos aqui, quer as que convivem maritalmente quer as que não. Ou seja, o importante para este estudo é o facto de elas terem companheiro que poderia ser esposo ou alguém suscetível de cometer atos de violência contra a sua companheira.

Neste aspeto é importante dizer que, para a escolha da amostra a partir da população, dado os objetivos e a natureza da nossa investigação, assim como os recursos disponíveis, não nos foi possível recorreremos a métodos de amostragem aleatória ou probabilístico. De modo que, recorreremos ao método de amostragem não-probabilístico, mais precisamente ao método de amostragem por conveniência onde, de acordo com Hill (2005), os casos são escolhidos em função da “disponibilidade”. Assim, extraímos 40 mulheres que no período referenciado tinham sido agredidas pelos seus companheiros e aceitaram participar neste estudo.

Por esta razão, estamos conscientes das limitações deste tipo de amostragem, ainda que isso não o invalide do ponto de vista científico. Uma das consequências é o facto de, por um lado, não podermos demonstrar a representatividade da amostra e muito menos estimar o grau de confiança das conclusões a que chegarmos. Por outras palavras, isso significa que os nossos dados apenas se aplicam à amostra com que trabalhamos e não podem ser extrapolados para o universo das mulheres violentadas.

Os dados da referida amostra podem ser vistos no quadro que a seguir se apresenta.

QUADRO 10. Distribuição da Amostra em Função da Idade

Idade	Frequência	Percentagem
19-25	17	42,5
26-32	11	27,5
33-38	7	17,5
39-44	3	7,5
Mais de 45	2	5,0
Total	40	100

Olhando para o Quadro que acima se apresenta podemos ver que grande parte da amostra é constituída por mulheres cujas idades oscilam entre os 18 e os 32 anos de idade, e a menor parte dos 39 anos para a frente (12,5%). De facto, a maior percentagem, tal como se pode ver (42,5%) é de idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, seguido pelo grupo de mulheres cuja idade vai dos 26 aos 32 anos. Como foi dito anteriormente, a violência que ocorre dentro das quatro paredes do lar é a mais difícil de detetar a não ser que haja graves e visíveis danos físicos e psicológicos. Não é sem razão que Machado (1998) afirma que o índice assustadoramente alto de violência conjugal faz com que a casa da mulher seja o local em que ela mais corre perigo.

Em determinados estudos realizados em Angola sobre a violência contra a mulher, pelo MINFAMU (1997) constatou-se que as causas que desencadeiam este processo são: a dependência social, a económica e a cultural da mulher para com o seu parceiro. Foi neste sentido que procuramos saber quais eram as habilitações do parceiro, assim como a sua situação laboral, cujos dados se apresentam a seguir.

QUADRO 11. Habilitações dos parceiros das mulheres da amostra investigada

Habilitações	Frequência	Percentagem
Curso de Adultos	4	10,0
Ensino Primário	1	2,5
Ensino Secundário	9	22,5
Ensino Médio	15	37,5
Ensino Superior	11	27,5
Total	40	100

Pode ver-se no Quadro 11, que o nível de habilitações literárias dos parceiros com quem as mulheres da nossa amostra vivem, possuem, em maior número, um nível de habilitações que, no contexto da nossa cidade, pode ser considerado como bom. A referir que 37,5% possuem o nível médio e 27,5% o nível superior.

Por último, e ainda em relação à caracterização da amostra, fizemos a mesma análise (nível de habilitações e profissão) das mulheres investigadas. A intenção foi a de se saber se possuíam um nível de formação e uma profissão que pudesse fazer com que dependessem menos dos seus parceiros, uma vez que, como se viu, essa dependência tem sido, de igual modo, um facto desencadeador da violência doméstica. No que diz respeito a este aspeto podemos ver que a situação é um tanto ou quanto diferente da que se verificou anteriormente, pois das 40 mulheres, a maior percentagem (32,5%) diz possuir o ensino secundário e mesmo assim 15% da amostra afirma que possui apenas o ensino Primário, o que as pode tornar dependentes e mais vulneráveis ao abuso do parceiro.

Relativamente à profissão dos companheiros das mulheres investigadas a maior percentagem (27,5) trabalha na função pública e a mais baixa (12,5%) é constituída por militares. No que diz respeito à profissão das mulheres da amostra, constatamos que a maior percentagem 32,5% são domésticas, seguido de 25% que trabalham na função pública, e de 22,5% que são vendedoras.

2.1.2. Hipóteses e Variáveis

As hipóteses levantadas neste estudo baseiam-se na vivência da realidade angolana no âmbito da violência doméstica e sua relação com a PTSD. Importa referir que, na sua essência, o nosso design de investigação é correlacional. Diz-nos Almeida e Freire (1997) que o modelo correlacional relaciona efeitos de

variáveis, aprecia interações e diferencia grupos. Neste estudo traçou-se como hipóteses de trabalho as seguintes:

H1: Prevemos existir uma relação entre as habilitações do parceiro e a frequência com que a mulher é violentada.

H2: A profissão da mulher acha-se associada com as formas de violência.

H3: A frequência da violência familiar, relaciona-se com a frequência de diagnóstico da PTSD.

Para refutar a hipótese nula escolhemos o nível de significância $p < .05$. Com base nestas hipóteses foram traçadas as variáveis deste estudo.

Como variáveis sociodemográficas temos:

- a. Nível de habilitações do parceiro
- b. Profissão da mulher

Estas variáveis foram selecionadas porque foram as que na revisão da literatura têm sido consideradas como as que se relacionam de uma ou outra maneira com a violência doméstica.

No que diz respeito às variáveis mais de carácter teórico, definimos as seguintes:

- a. Violência doméstica (tipo, local de agressão, materiais utilizados, frequência)
- b. Frequência de diagnóstico da PTSD

2.1.3. Instrumentos de Recolha de dados

Para a realização do presente estudo foi necessário recorrermos a dois instrumentos de investigação, a saber:

- “Questionário sobre Violência Doméstica” – Trata-se de um questionário elaborado por Tânia Baião e Margarida Ventura em 2006 que visa caracterizar a violência doméstica na cidade do Lubango, em termos da forma, frequência e locais em que, geralmente, ocorre a violência. O mesmo divide-se em duas partes: a primeira que pretende caracterizar a amostra em termos das variáveis sociodemográficas (idade, nível de instrução, profissão, etc.) e a segunda parte que pretende obter informações sobre o tipo de violência, frequências e outros aspetos considerados relevantes para o nosso estudo. Ao todo, o questionário apresenta 24 questões maioritariamente de respostas dicotómicas (sim versus não). Existem itens de resposta alternativa e outros muito próximas das escalas de Likert. A escala foi validada para Angola pelas autoras e a mesma apresentou boas características métricas (alfa de Cronbach=.81).
- “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático”. Esta escala foi utilizada em todos os estudos apresentados neste trabalho e já foi descrita anteriormente.

2.1.4. Resultados e sua Interpretação

Foi aplicado o “Questionário sobre Violência Doméstica” a uma amostra constituída por 40 mulheres, o qual mostrou que a ameaça de morte é o tipo de violência mais praticado (32,5%), seguido da agressão física (22,5%) e da violência psicológica (20%). Os resultados podem ser vistos no Quadro que abaixo se apresenta.

QUADRO 12. Opinião das mulheres inquiridas sobre a forma de violência praticada contra elas

Tipo de Violência	Frequências	Percentagens
Chant. Emocional	2	5,0
Violência psicológica	8	20,0
Agressão física	9	22,5
Violação	2	5,0
Ameaça de morte	13	32,5
Outro tipo de violência	6	15,0
Total	40	100

Os dados apresentados mostram que são várias as formas de violência verificada na nossa amostra, que vão desde a chantagem emocional até à ameaça de morte. No entanto, a frequência com que cada uma destas formas aparece difere em termos de percentagens. Uma outra questão foi formulada com a intenção de obter informações sobre os meios (materiais) utilizados pelos parceiros para praticarem os atos de violência física. Os resultados podem ser vistos no Quadro que se segue.

QUADRO 13. Meios utilizados nos atos de violência pelos parceiros segundo a opinião das mulheres entrevistadas

Meios utilizados	Frequências	Percentagens
Arma de fogo	1	2,5
Pontapés, socos, etc.	24	60,0
Armas brancas	4	10,0
Outros meios	11	27,5
Total	40	100

Conforme podemos verificar que os meios mais utilizados na agressão são precisamente os órgãos do corpo dos próprios homens, ou seja, pontapés, socos, etc., numa percentagem de 60%. É de referir, no entanto, que apesar desse facto, também não é de ignorar, pela sua gravidade, que existem parceiros cujas companheiras dizem recorrer a armas brancas (10%) e mesmo uma percentagem mínima a armas de fogo (2,5%).

Uma outra questão que se estudou foi a dos locais onde geralmente acontecem estas agressões, uma vez que pretendíamos saber se as mesmas ocorriam dentro das quatro paredes ou em lugares públicos. Os resultados podem ser vistos no quadro que abaixo se apresenta.

Os dados mostram que o local onde as agressões decorrem com maior frequência é em casa, ou seja, dentro do lar (72,5%). Este dado vem apenas reforçar a ideia avançada atrás por Machado (1998), segundo a qual o lar tem constituído o local onde a mulher mais corre perigo. No entanto, também se verifica, embora em menor percentagem, uma certa frequência de ocorrência de atos violentos contra a mulher na rua (15%).

QUADRO 14. Locais onde, segundo as mulheres inquiridas decorreram as agressões

Locais	Frequências	Percentagens
Em casa	29	72,5
Na rua	6	15,0
No local de trabalho	2	5,0
Noutros locais	3	7,5
Total	40	100

Também foi nossa intenção obter alguma informação sobre a frequência com que ocorrem tais atos agressivos nas mulheres inquiridas. Os resultados estão espelhados no quadro seguinte.

QUADRO 15. Frequência da Ocorrência segundo as Mulheres Entrevistadas

Frequência	Frequências	Percentagens
Uma vez	3	7,5
Duas vezes	8	20,0
Três vezes	7	17,5
Mais de quatro vezes	22	55,0
Total	40	100

Tal como podemos ver nos dados apresentados, tudo aponta no sentido de que a frequência com que ocorrem os atos de violência contra as mulheres inquiridas é, de facto, grande. Ou seja, 55,5% afirma ter sido agredida mais de quatro vezes. A percentagem mínima é de mulheres que apenas foram agredidas uma vez (7,5%). Embora se trate de uma amostra muito reduzida, estes dados dão uma ideia dos elevados níveis de violência a que as mulheres estão submetidas.

Por último, e ainda na descrição estatística dos dados, quisemos obter informações sobre os motivos subjacentes a esse tipo de agressão, na opinião das mulheres que foram agredidas pelos companheiros.

Os dados apresentados são esclarecedores e mostram que as causas que têm levado as mulheres inquiridas a serem agredidas são diversas (42,5%). Logo a seguir a causas diversas temos os que estão ligados a problemas financeiros (30%) e aos problemas de infidelidade (15%).

QUADRO 16. Motivos que segundo as mulheres inquiridas tenham originado os atos de agressão

Motivos dos atos de violência	Frequências	Percentagens
Infidelidade	6	15,0
Problemas financeiros	12	30,0
Probl. familiares devidos elevado agregado	5	12,5
Outros	17	42,5
Total	40	100

Vamos, agora, testar as hipóteses operacionais definidas mais acima. O objetivo é de, por um lado, buscar relações e ou associações estatisticamente significativas que nos permitem refutar a hipótese (nula) em benefício da hipótese alternativa. Por outro lado, dado o carácter reduzido da amostra, pois não foi possível recorrer a um procedimento da amostragem probabilística, os nossos dados apenas podem ser extrapolados ao grupo de mulheres estudadas.

A hipótese alternativa 1, prevê que as habilitações dos companheiros se associam à frequência dos atos de violência, no sentido de que quanto mais baixas as habilitações maior a frequência de agressões.

Para testar esta hipótese recorreremos ao CROSSTABS, do SPSS, que é um teste não-paramétrico, por duas razões fundamentais: primeiro pelo facto das escalas de medida usadas para avaliar as habilitações e a frequência em que ocorrem os atos de violência, serem ambos ordinais. Segundo, por não podermos assumir que a amostra seja representativa do universo e tenha, como tal, uma distribuição normal. O resultado do teste de correlação (Gama), é estatisticamente significativo, ou seja, $Gama(40) = .347; p < .05$,

estando assim em condições de refutar a hipótese nula, que diz não haver relação estatisticamente significativa entre as habilitações e a frequência da violência.

Fazendo uma análise mais apurada dos resultados constatamos que a maior frequência de violência acontece em companheiros com o nível médio (15 casos) e com o ensino superior (11 casos), isso ao fazermos uma leitura do CROSSTAB sugerem que quanto maior é o nível de habilitações do parceiro mais frequentes são as agressões, o que contraria a nossa previsão inicial. Este dado, pensamos nós, deve ser lido com uma certa cautela, dado o tamanho reduzido da nossa amostra, mas talvez seja suficiente para entendermos, tal como dizem certos autores, que a violência doméstica contra a mulher não tem como fator determinante as desigualdades sociais, pois ela verifica-se em todas as classes sociais. Disto se pode inferir que este tipo de violência está presente independentemente do nível de formação das pessoas. Apesar dos dados apresentados no nosso estudo, achamos que a educação é um dos meios mais importantes para ajudar as mulheres, através do desenvolvimento de conhecimentos, de aptidões e de autoconfiança necessários a uma participação plena no processo de desenvolvimento, uma vez que esta constitui um forte pilar na formação da personalidade.

No Brasil, a incidência de número de casos de mulheres agredidas pelo parceiro é elevada, sendo cerca de 66% (Carneiro, 1998). Em Angola, de 1997 a Julho de 1999, segundo a Direção Nacional para os Direitos da Mulher do Ministério da Família e Promoção da Mulher, o número de casos registados sobre a violência doméstica é de 2.135 casos.

De acordo com a hipótese 2, a profissão da mulher acha-se associada, significativamente, com as formas de violência contra as mulheres. Também, para o efeito, e como não se

trata de uma distribuição normal, recorreremos a testes não-paramétricos, desta vez o Qui-quadrado (X^2), por se tratar de uma associação entre duas variáveis medidas numa escala nominal (profissão versus formas de violência). O resultado do teste de Qui-quadrado para a profissão e a forma de violência não foram estatisticamente significativos, ou seja, $X^2 (40) = 21,672$; $p < .65$. Este teste é o mais recomendado para os casos em que a amostra é pequena, e parte do pressuposto de que os valores obtidos são menos influenciados pelo tamanho da amostra (Hill, 2005). Significa isso que a forma de violência não tem, de acordo com os nossos dados, a ver com a profissão das mulheres. No entanto, de acordo com Gomes (2000) a situação de violência doméstica contra a mulher, também se deve ao fraco poder econômico da mulher quando comparado com o do homem. Ou seja, “quanto mais frágil, mais desprotegida e sem recursos é a mulher, mais ela conta com o marido como protetor”. Na verdade, tem sido nessas situações em que abundam os atos de violência contra ela. Os nossos dados mostraram não haver uma relação estatisticamente significativa entre a profissão exercida pela mulher e as formas de violência, embora as frequências observadas mostrem que as mulheres funcionárias públicas e domésticas foram vítimas de todas as formas de violência, inclusive ameaças com armas de fogo. Estas variáveis devem ser melhor estudadas em amostras maiores.

De acordo com a hipótese 3, quanto mais forem os atos de violência contra a mulher maior é a frequência de diagnóstico da PTSD. O Quadro abaixo mostra a distribuição dos grupos, em percentagens, em função do diagnóstico da PTSD.

QUADRO 17. Distribuição das frequências e percentagens de diagnóstico da PTSD em função da frequência de atos de violência

Diagnóstico	Frequência e Percentagens				
	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Total
Sem PTSD	N=2	N=0	N=1	N=1	N=4
	50%	0%	25%	25%	100%
Com PTSD	N=1	N=8	N=6	N=21	N=36
	2,8%	22,2%	16,7%	58,3%	100%

Fazendo uma leitura deste quadro podemos verificar uma certa associação entre a frequência de violência sofrida pelas mulheres investigadas e a frequência de diagnóstico da PTSD. Do total da amostra (40 sujeitos), 36 apresentam diagnóstico da PTSD e de entre estas 58,3% sofreram agressões quatro vezes ou mais. Esses resultados, se bem que sejam interessantes pelo menos no sentido de formular hipóteses para investigações futuras, têm pouco valor científico se não avaliarmos a significância estatística dos mesmos. Para o efeito, recorremos a um teste não-paramétrico, o teste Qui quadrado para amostras independentes: Kolmogorv-Smirnov. Este teste estuda a relação entre uma variável ordinal (no nosso caso, as frequências em que se realizam os atos de agressão) e uma variável dicotómica (neste caso os grupos categorizados em função de possuírem ou não sintomas da PTSD). Os resultados dessa análise não foram significativos: $X^2=472$; $p=.398$. Consequentemente, não podemos confirmar a hipótese de que a frequência de sintomas da PTSD se acha de uma forma ou outra associada à frequência dos atos de agressão. Alertamos, no entanto, que tal relação poderá, de facto existir, mas só estudos posteriores em amostras superiores o poderão confirmar. De acordo com o DSM-IV (2002), um dos

critérios de diagnóstico para a PTSD é precisamente o facto da pessoa ter experimentado, observado ou ser confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que “envolveram ameaça de morte, morte real, ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros.” De acordo com os nossos dados, 90% da amostra das mulheres investigadas apresenta diagnóstico da PTSD, contra 10% que não apresentam. Para além disso também se constatou que foi precisamente neste grupo onde se encontraram maior frequência de atos de violência.

2.2.

ESTUDO DA PTSD NAS POPULAÇÕES DESALOJADAS DA LINHA FÉRREA DO LUBANGO

Margarida Ventura, Amões, Kapala-Kayela, Kafelando e Dundo

Afiliação

Email:

Ao longo dos quase trinta anos de guerra civil em Angola, muitos foram os populares que fugiram das suas terras de origem para procurarem lugares mais seguros, principalmente nas zonas urbanas das províncias com menor conflito armado. A província da Huíla, foi nos anos 70 e 80 uma das mais fustigadas pela guerra, com invasões constantes das tropas da África do Sul, país vizinho que apoiava a UNITA e a FNLA na guerra contra o partido no poder, o MPLA. Com a independência da Namíbia (até então colonizada pela África do Sul), a zona centro e sul da província da Huíla tornou-se uma das zonas mais seguras do país, sendo preferida pelos refugiados que vinham da região Norte e das províncias do interior centro de Angola, então muito fustigadas pela guerra civil. Com o aumento da população e a insuficiente oferta de alojamento para os deslocados, começaram a surgir bairros de construção anárquica e em zonas perto de rios, caminhos de ferro, e outras consideradas de risco. Com a paz e a estabilidade, houve necessidade de reorganizar as cidades e desenvolve-las, sendo os inúmeros bairros e zonas de construção anárquica um obstáculo a esse desenvolvimento.

A cidade do Lubango, capital da província da Huíla, passou de 318 mil habitantes (na altura da independência de Angola) para cerca de 1,8 milhões de habitantes (35 anos depois), estando a maioria da população a viver em bairros de construção não definitiva, muitos deles construídos em sítios não apropriados e com elevado número de membros no agregado familiar. É assim que o Governo da Huíla, com o objetivo de requalificação da cidade e de implementação do programa de reabilitação do Caminho de Ferro de Moçâmedes, bem como para permitir melhores condições de habitabilidade aos munícipes, notificou e foi apelando aos populares que residiam ao longo da linha férrea ou em zonas de risco, para abandonarem aquele perímetro, sem que tivesse resposta efetiva a essa orientação. Como consequência, a 7 de Março de 2010 o governo da Huíla iniciou a demolição das casas dos populares que residiam ao longo da linha férrea, no perímetro de 50 metros, a qual durou alguns dias, verificando-se oposição por parte dos mesmos, resultando este processo em alguns feridos e uma morte.

Foram demolidas 2188 casas nesta primeira fase, que deixaram sem teto mais de 3000 famílias, que foram transportadas e alojadas em tendas, como refugiadas, para a zona da Tchavola, a 7 Km do Lubango, sem sanidade básica nem água potável e energia. Cada família recebeu do Governo Provincial uma parcela de 1000 m², bem como pedra e chapas para a construção das suas novas casas, desta vez em zona segura e planificada.

O desalojamento de populares de bairros a demolir ou recuperar é um fenómeno não apenas do Lubango ou de Luanda, mas de muitas cidades de países que pretendem recuperar as zonas degradadas, tornando-as mais agradáveis ou seguras. O processo de desalojar populares é, na maioria dos casos, conflituoso e doloroso, deixando consequências.

Casos como o do desalojamento de populares de zonas urbanas que necessitam de ser requalificadas, existem em todo

o mundo. Como exemplo temos um estudo feito em Coimbra (Gomes, 1996), acerca do desalojamento dos habitantes de um bairro antigo da cidade. Os seus moradores eram originários da Alta Coimbrã, mas devido a grandes obras que aí se realizaram nos finais da década de 40 para construção e alargamento da Universidade, houve necessidade de demolir muitas habitações, fazendo com que os seus moradores fossem transferidos para outros locais, através de um processo de realojamento levado a cabo pela Cidade Universitária.

Com o processo de demolição da Alta, surgiram graves e complexos problemas de reinstalação e readaptação das populações desalojadas. Não foi unicamente o desaparecimento de um bairro típico que ocorreu, mas também a desagregação de usos e costumes, tradições e modos de vida dos seus habitantes.

Segundo Lefebvre (1970), o bairro não é um detalhe acidental, um aspeto secundário e contingente da realidade urbana, mas a sua essência. Um bairro pode tornar-se um núcleo de vida social. A unidade da cidade ao estender-se e dispersar-se, pode encarnar num fragmento privilegiado, fragmento esse que é absorvido, mas guarda uma vida própria que se intensifica. Desta forma, o carácter da comunidade local (territorial) transfere-se da cidade a um dos seus fragmentos/elementos. O bairro constitui um rico objeto de análise para o psicólogo. Nele constituem-se relações interpessoais mais ou menos duráveis e profundas. É o maior dos pequenos grupos sociais e o mais pequeno dos grandes grupos.

Muitos foram os fatores que se modificaram na vida dos habitantes do Bairro de Celas, em Coimbra: melhoraram as condições de habitação (passaram a ter casa de banho completa, água e eletricidade), aumentaram as despesas (renda da casa, água, eletricidade, transportes), passaram a viver num local ermo, isolado e de difícil acesso, estavam mais longe do local de trabalho e de infraestruturas básicas (mercearias, padarias,

farmácias, consultórios,...), alteraram os seus horários do dia-a-dia, passaram a ocupar de forma diferente os seus tempos livres e mudaram as suas práticas religiosas (não só a frequência como também a igreja que frequentavam).

Uma outra alteração sofrida por estas pessoas refletiu-se nas relações de sociabilidade. Com a ida para o Bairro de Celas, a população tornou-se mais unida, aumentaram os conflitos, houve uma perda de contacto com antigos vizinhos e surgiram novas amizades/conhecimentos nos arredores do bairro. No que diz respeito às relações de vizinhança, houve uma certa alteração, pois por viverem num bairro pequeno, aumentou a proximidade física e passou a haver mais convivência e união. De fato, estes salatinas (como são denominados os habitantes da Alta Coimbrã) sentiram-se ameaçados ao ser-lhes tirado algo a que davam muito valor, unindo-se ainda mais. Mas, também os conflitos aumentaram. Segundo Gonçalves (1990), é precisamente a homogeneidade, interligada com uma atitude comum a todos, que faz com que haja conflitos pois rejeitam-se todas as atitudes que não correspondem à dominante.

O estudo deste bairro e de outros em idênticas condições é de grande relevância para que as pessoas compreendam as implicações a praticamente todos os níveis que um realojamento deste tipo pode acarretar na vida das pessoas.

O estudo que vamos apresentar sobre os desalojados que viviam ao longo da linha férrea do Lubango pretendeu verificar até que ponto, este processo traumatizou os populares, ou seja, quantos deles desenvolveram sintomas ou diagnóstico da PTSD. Também se pretendeu verificar, quais os fatores de agravamento da PTSD, nomeadamente, se o número de filhos e a dimensão do agregado familiar contribuem para o aumento da sintomatologia e intensidade desta patologia, bem como se há diferenças de suscetibilidade à PTSD no sexo masculino e feminino.

O conceito da PTSD já foi abordado nos estudos anteriores, mas recordamos aqui que a OMS define-o como uma reação normal do organismo a um acontecimento anormal que pode ocorrer em qualquer indivíduo e é capaz de provocar perturbação emocional na maioria das pessoas, produzindo um conjunto de sensações psicofisiológicas que atormentam o indivíduo (Baloone, 2002).

2.2.1. População e Amostra

Este estudo tem como população todos os sujeitos desalojados que residiam ao longo da linha férrea na cidade do Lubango, composta por mais de 3000 sujeitos.

A amostra é aleatória estratificada, uma vez que está dividida em dois estratos, composta por 107 sujeitos, sendo 52 do sexo masculino e 55 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 66 anos (idade média de 35,6 anos). A participação de todos foi voluntária.

2.2.2. Hipóteses e variáveis

Com vista a testar estatisticamente a relação entre as variáveis, traçamos como hipótese de trabalho a seguinte:

H1= A prevalência, sintomatologia e intensidade da PTSD é maior nos populares desalojados do sexo feminino do que do masculino, com maior agregado familiar e maior número de filhos do que com pequeno agregado familiar e número reduzido de filhos.

Para refutar a hipótese nula escolhemos o nível de significância $p < .05$.

Tratando-se de um estudo de tipo correlacional, as variáveis têm o mesmo peso. Assim, foram identificadas as seguintes variáveis:

- Diagnóstico da PTSD
- Sintomatologia da PTSD
- Intensidade da PTSD
- Sexo
- número de filhos
- número do agregado familiar

2.2.3. Instrumentos de recolha de dados

Neste trabalho, para recolha de dados, foram utilizados:

- Entrevistas para recolha dos dados socioeconómicos, como o número de filhos, tamanho do agregado familiar, número de quartos da habitação demo-lida, zona onde vivia, qualidade da casa, entre outros;
- “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT), de McIntyre e Ventura, para avaliar o diagnóstico, sintomatologia e intensidade da PTSD.

1.1.4. Resultados e sua Interpretação

Os dados socioeconómicos, bem como os clínicos, podem ser observados nos Quadros 18 e 19, sendo o primeiro referente às médias e desvios padrões e o segundo às frequências das variáveis estudadas.

QUADRO 18. Médias e Desvio Padrão das variáveis estudadas

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Idade	19	66	35,6	10,620
Nº divisões casa	2	8	4,16	1,222
Nº agregado familiar	2	18	8,01	3,309
Nº crianças	1	15	4,88	2,445
Sintomas Revivência	1	5	4,21	1,139
Sintomas Evitamento	1	7	4,44	1,448
Sintomas Activação	0	13	4,04	1,631
Total Sintomas	3	31	12,65	3,770
Intensidade Sintomas	6	56	30,59	12,715

Em relação às casas que os desalojados anteriormente habitavam e que foram demolidas, as entrevistas mostram que tinham de 2 a 8 divisões, sendo em média 4 divisões para 8 habitantes, verificando-se que a grande maioria não tinha casa de banho nem cozinha. O número de crianças por casa é de quase 5. Estes dados mostram que as casas destruídas tinham uma dimensão razoável, mas também que o número de pessoas que vivia em cada uma era excessivo, sendo a grande maioria constituído por crianças.

Os sintomas da PTSD (trauma) estão divididos em 3 grupos, sendo a média de sintomas de revivência do acontecimento de 4,21, a de sintomas de evitamento de 4,44 e a de ativação fisiológica de 4,04. Embora a média do número de sintomas por grupo pareça semelhante, é de salientar que o número máximo de sintomas de revivência encontrado foi de 5, de evitamento foi de 7, enquanto que os de ativação fisiológica foi de 13. Estudos anteriores mostram e confirmam a teoria de que os sintomas de ativação fisiológica são os últimos a desaparecer. Pensamos que neste estudo, o número de sintomas de sobressalto exagerado ou

ativação fisiológica se mantem superior ao dos outros grupos, sendo compensado na média pelos sujeitos que não têm nenhum sintoma de ativação e conseqüentemente pertencem ao grupo dos que não estão traumatizados.

A média do total de sintomas é de 12,65, o que é um pouco elevado dado que o máximo de sintomas possível é de 17. Quanto à intensidade dos sintomas a média deu 30,59, sendo por isso considerado um trauma moderado, uma vez que o máximo da intensidade dos sintomas é de 60.

Podemos verificar no Quadro 19 que a maioria dos desalojados que participaram no estudo viviam ao longo da linha férrea e que a grande maioria das casas (76,6%) eram construídas de adobo. Ainda a prevalência da PTSD deu 86,9%. De referir que, apesar da grande maioria dos populares desalojados ter apresentado trauma, a intensidade do mesmo é moderada, pelo que com a recuperação da estabilidade poderão entrar em remissão total ou parcial.

QUADRO 19. Frequência das variáveis estudadas

Variáveis		N	%
Motivo de Desalojamento	Linha Férrea	66	61,7
	Outros	41	38,3
Material de Construção	Adobo	82	76,6
	Tijolo	14	13,1
	Bloco	11	10,3
Diagnóstico da PTSD	Sem PTSD	14	13,1
	Com PTSD	93	86,9

Para verificar quais os fatores que poderão ter contribuído para a traumatização nos desalojados, realizou-se uma Análise de Variância (ANOVA) que mostrou haver uma relação entre o

diagnóstico da PTSD e o número de crianças em casa, sendo que as famílias com mais crianças ficaram mais traumatizadas do que as com poucas crianças ($F=3,748$; $p < .050$); bem como entre o diagnóstico da PTSD e o número do agregado familiar ($F=7,734$; $p < .006$) mostrando que um agregado familiar grande constitui um fator de stress que pode contribuir para o sujeito adquirir PTSD.

Não se encontrou relação entre o diagnóstico da PTSD e o sexo, o que refuta a nossa hipótese ($X^2=.109,14$; $p < .075$). É interessante notar que os estudos feitos em Angola sobre PTSD não têm mostrado diferença no comportamento em relação a esta patologia, entre o sexo masculino e o feminino. Podemos concluir que uma situação stressante deste tipo, afeta igualmente os homens e as mulheres, mas que o número de crianças e outras pessoas sob a responsabilidade dos adultos constitui um fator de risco adicional para a traumatização destes.

2.3.

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE PTSD E RELIGIOSIDADE NAS POPULAÇÕES DA MATALA

Margarida Ventura e Tânia Baião Traguedo

Afiliação

Email:

Durante muitos anos tem-se vindo a fazer estudos sobre PTSD (trauma) em adultos e crianças em situações adversas. Em Angola, país que vivenciou uma guerra durante quase 30 anos, e que se encontra em situação de paz desde 2002, também o trauma em adultos e crianças tem sido uma preocupação. Ao contrário dos países pioneiros no estudo do trauma, como os Estados Unidos (Laufer, 1984; Brown e Fromm, 1985), Portugal (Albuquerque, 1987; Vaz Serra, 2002; Graça Pereira & Monteiro Ferreira, 2003), os quais se debruçaram em primeiro lugar sobre antigos combatentes, os primeiros estudos feitos em Angola foram realizados com crianças (CCF, 1995; McIntyre & Ventura, 1996; Ventura, 2003; CCF, 2002; Sorte & Ventura, 2008; Cumbelembe & Ventura, 2006) e só posteriormente em Militares (Zinga Emília, 2008; Mandriz & Ventura, 2008; Fonseca & Ventura, 2008) e em Adultos (Baião, 2008).

Investigadores americanos como Kessler e et al. (1995), relatam que mais de metade dos americanos estiveram expostos a eventos traumáticos durante a sua vida. Contudo, menos de um décimo daqueles que tiveram experiências traumáticas

desenvolveram sintomas da PTSD (trauma) ou outra doença mental. Em Angola, grande parte da população esteve exposta à guerra ou a outros eventos traumáticos. Os estudos realizados em Angola mostram taxas mais elevadas de traumatização do que a dos americanos, sendo que aproximadamente três quartos dos militares encontram-se traumatizados.

Stein, Walker e Fordes (referidos por Han et al., 2010) colocam a questão do porquê que algumas pessoas expostas a eventos traumáticos continuam o seu desenvolvimento normal enquanto outras continuam a sofrer consequências do trauma por um longo período de tempo depois do acontecimento traumático ou mesmo pelo resto das suas vidas? Vários investigadores que se debruçaram sobre esta questão chegaram à conclusão que mecanismos biopsicossociais estão na resposta a este problema. Entre outros apontam o eixo adrenal da pituitária do hipotálamo, o temperamento, a personalidade, a relação mãe/ filho, suporte social, fatores religiosos e cultura podem contribuir para o aparecimento ou não de problemas depois do acontecimento traumático.

Muitos são os acontecimentos que podem traumatizar o indivíduo. A guerra, as catástrofes naturais, a tortura, os maus tratos, entre outros, são os mais frequentes. Podem provocar stress e traumatizar. O stress resulta de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos do indivíduo para a enfrentar (Fortin & Bigras, 2000). Um sujeito que enfrenta situações ou acontecimentos traumáticos pode vir a manifestar reações conhecidas pelo nome da PTSD, vulgarmente denominadas de trauma. A PTSD é uma categoria diagnóstica relativamente recente, reconhecida pelos meios psiquiátricos americanos (DSM-IV-TR) e europeus (CID-10). Para que se possa diagnosticar PTSD numa pessoa, é necessário que ela tenha passado por um acontecimento traumático que usualmente está para além das

ocorrências normais, ter testemunhado um acontecimento deste tipo, ou ter acumulado uma série de acontecimentos stressantes que provocam a patologia. Estes acontecimentos nem sempre deixam marcas. Quando isto acontece, a pessoa começa a evidenciar certas perturbações como a revivência do acontecimento, a evitar tudo o que evoque o acontecimento e a revelar um estado de hiperativação fisiológica, que antes não era usual.

O impacto dos acontecimentos traumáticos pode modificar os indivíduos nos planos biológico, psicológico e social. Graça Pereira e Monteiro-Ferreira (2003) afirmam que a recordação do acontecimento traumático é suscetível de atingir a totalidade da vida psíquica do indivíduo, a ponto de poder ficar perturbada a sua capacidade de apreciar adequadamente a realidade que o rodeia. Mostram que, quando se avaliam pessoas que passaram por acontecimentos traumáticos, verifica-se que umas superaram sem sequelas maiores, ao passo que outras permanecem fixadas no acontecimento, como se o seu estado de ânimo, as suas reatividades ao meio tivessem ficado presos ao acontecimento.

Neste estudo faz-se uma associação entre o trauma e a religião. O problema dos traumas da guerra na população angolana, sobretudo nas crianças e adolescentes, é um assunto quer da sociedade quer de saúde pública que deve mover todos os atores do processo da reconstrução, reconciliação e reintegração nacional, se quisermos ter Angola como um país do futuro. Passados 10 anos, desde que se instalou a paz em Angola, ainda se encontraram sequelas psicológicas da mesma. Com a guerra, o fenómeno religioso aumentou consideravelmente e deu-se o aparecimento de novas igrejas, para além das tradicionais. Entre as igrejas reconhecidas e não reconhecidas estimam-se em mais de 1000 as igrejas existentes em Angola. As populações que sofreram diretamente a violência armada foram as mais afetadas. Muitas delas deslocaram-se para regiões mais seguras,

procurando a paz e a estabilidade social. A religião desempenhou um papel importante na integração das populações nas novas sociedades e na tranquilização das famílias mais afetadas, que perderam entes queridos. A religião desempenhou um papel de preservação e manutenção das comunidades (Baião, 2013).

Vários investigadores defendem que a ideia e imagem de Deus, especialmente nas religiões cristãs corresponde à ideia de uma relação segura. A fé em Deus dá uma sensação de conforto, salvação e segurança na vida e esperança face a adversidades. Deus é considerado como uma figura de relação ideal que é sempre avaliada como confiável quando é necessária. As relações seguras podem jogar um papel central no desenvolvimento de pensamentos positivos acerca de si e dos outros e diminuem o impacto dos acontecimentos traumáticos na saúde mental (Han, *et al.*, 2010).

2.3.1. População e Amostra

Este estudo é apenas uma parte de um projeto mais amplo que se debruçou sobre as sequelas psicológicas no pós-guerra, na província da Huíla. Dos mais de quinhentos sujeitos que foram entrevistados neste projeto, utilizamos neste trabalho apenas 200 da comunidade da Matala (zona rural), de idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (média 29,4 anos), sendo 22,7% do sexo feminino e 77,3% do masculino. Grande parte destes sujeitos são provenientes de outras províncias vizinhas e deslocaram-se para a zona da Matala fugidos da guerra ou à procura de melhores condições de vida. Com o objetivo de comparar o fenómeno religioso e o trauma com o grau de exposição à guerra escolheu-se este município, uma vez que as populações deslocadas estiveram, em geral, mais expostas a situações adversas que as restantes.

Quanto às profissões verificou-se que 47,3% são funcionários públicos, 28% estudantes e só 24,7 % têm outra profissão, sendo que a maioria destes se dedica ao comércio informal. Poucos fazem alguma agricultura, embora pertençam a uma zona rural.

Quanto às habilitações literárias, 73% frequentam ou possuem nível médio de ensino e 24,8% níveis mais baixos de ensino. Apenas 2,2% são analfabetos.

QUADRO 20. Caracterização da Amostra

Variáveis	Porcentagem	Média
Idade	-	29,4
Sexo		
Feminino	22,7	-
Masculino	77,3	-
Profissão		
Funcionários	47,3	-
Estudantes	28	-
Outras	24,7	-
Habilitações		
Ens. Médio	73	-
III Nível	18	-
Outros	6,8	-
Analfabeto	2,2	-
Motivo Deslocação		
Guerra	46,4	-
Outros	53,6	-

2.3.2. Hipóteses e variáveis

Para este estudo levantaram-se as seguintes hipóteses:

H1: O grau de religiosidade é um fator de proteção ao trauma, pelo que o maior grau de religiosidade está relacionado com a menor prevalência e menor grau de sintomatologia da PTSD.

H2: A maior exposição à guerra está relacionada com o maior grau de traumatização e o maior grau de religiosidade.

Com base nas hipóteses foram traçadas as seguintes variáveis:

- Grau de religiosidade
- Frequência da PTSD
- Sintomatologia da PTSD
- Motivo de deslocação (guerra ou outros)

2.3.3. Instrumentos de recolha de dados

Na altura da recolha de dados, foi pedida autorização ao Administrador da Matala, o qual chamou os sobas da zona para explicar o que se pretendia com o estudo. Todo o trabalho de recolha de dados foi acompanhado pelos sobas e responsáveis de bairro. É importante salientar que num país que viveu uma guerra durante tantos anos, nem sempre é fácil entrar nas comunidades rurais sem uma figura aceite e da confiança dessas comunidades. O contacto com as comunidades correu bem, com bastante colaboração, embora por vezes se tenha tido de recorrer a tradutores pois alguns dos sujeitos não dominavam a língua

portuguesa. Para além da anuência dos sobas e responsáveis de bairro foi garantida a voluntariedade das populações que participaram no estudo, ajudando-os depois a responder aos dois questionários que mediam o trauma (PTSD) e a religiosidade. Seguidamente os sujeitos foram entrevistados, com vista a tornar claras algumas das respostas dadas nos questionários para avaliar o grau de traumatização e o grau de religiosidade (Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático-PTSD e o Questionário de Valores Morais e Religiosos) e o porquê dessas respostas.

Em relação aos questionários referidos, o primeiro “já foi abordado várias vezes. O segundo, Questionário de Valores Morais e Religiosos, apresenta duas partes, sendo uma constituída por questões referentes à prática e frequência com que a pessoa participa em atividades religiosas, e outra constituída por histórias (inspiradas nos dilemas morais de Kohlberg), o qual também foi validado para Angola apresentando igualmente boas características métricas (Ventura & Baião, 2010).

2.3.4. Resultados e discussão

Este estudo tem por objetivo verificar se existe uma relação entre o trauma e a religiosidade. Passados 10 anos desde que se instalou a paz em Angola, ainda se encontram sequelas psicológicas da mesma, principalmente nas populações que sofreram diretamente a violência armada. Por outro lado, com a paz, as populações procuraram estabilidade social, integrando-se da melhor forma possível na nova sociedade. A religião desempenhou um papel importante nesta integração.

Os resultados mostram que dos 200 sujeitos que constituem a Amostra e que residem no município da Matala, cerca de metade (46,4%) são deslocados de guerra. Deixaram as suas zonas de origem para irem para locais mais seguros, neste caso a Matala.

Uma das questões que se coloca neste estudo é até que ponto estas comunidades da Matala estão traumatizadas. Os resultados mostram que 39,6% tem diagnóstico da PTSD, ou seja, estes sujeitos têm sintomas de revivência de um acontecimento traumático através de pesadelos, de pensamentos intrusivos e outros, têm sintomas de evitamento, que leva a evitarem tudo o que possa fazer lembrar o acontecimento traumático e têm sintomas de reatividade fisiológica, ou seja,

resposta de sobressalto exagerada, dificuldade em dormir, nervosismo, entre outros. Estes 39,6% da nossa amostra estão traumatizados. Este resultado é inferior aos encontrados em estudos com militares em Angola, onde o grau de traumatização foi de 85% (Tyvi-Tyavo, 2003) e de 50,2% (Fonseca, 2008). É de salientar que os estudos aqui referidos foram feitos ainda em tempo de guerra, enquanto que o estudo atual foi realizado 10 anos depois do final da guerra, ou seja, em tempo de paz.

Para além do diagnóstico feito anteriormente, outros há que apenas têm alguns sintomas, mas que não são suficientes para que lhes seja diagnosticado PTSD (trauma). Na amostra deste estudo pouco se apresentaram com ausência total de sintomas de traumatização. A média de sintomas foi de 6,84.

Um outro aspeto a considerar é se o grau de traumatização é elevado ou se está em remissão. O que pudemos verificar foi que a média de intensidade dos sintomas da PTSD é de 13,19; sendo a intensidade máxima que pode ser conseguida nesta escala de 60 pontos. Mesmo considerando que nesta média estão incluídos os sujeitos que não apresentam traumatização e que são mais de metade da amostra, a intensidade continua a ser relativamente baixa, o que pode ser um indicador de que os sintomas de traumatização estão a baixar de intensidade ou mesmo a desaparecer. Isto pode ser explicado pela estabilidade social e por fatores de suporte social como a religião. Podemos verificar que neste estudo nenhum sujeito se apresentou sem religião. A religião predominante nestas comunidades é a protestante (evangélica e adventista com 50,5%), seguida da católica (37,5%) e depois de outras (12%).

QUADRO 21. Médias e Percentagens das variáveis em estudo

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	%
Dg PTSD	-	-	-	39,6
Sintomas PTSD	0	17	6,84	-
Intensidade PTSD	0	48	13,19	-
Total Histórias	16	28	23,5	-
Total Religião	2	11	4,58	-

Quando se tentou estudar as relações existentes entre as variáveis, verificou-se que existe uma relação entre a sintomatologia da PTSD (número de sintomas apresentados) e o grau de religiosidade, bem como entre o motivo da deslocação (guerra ou outros) e a religiosidade, e ainda entre o motivo de deslocação e o grau de traumatização (quer a nível do diagnóstico da PTSD quer da sua sintomatologia). Facilmente se compreende que os mais expostos à guerra (deslocados) são os mais traumatizados. Isto significa que as pessoas mais traumatizadas são as que se deslocaram para fugirem à guerra, mas é interessante verificar que as pessoas com maior número de sintomas da PTSD (mais traumatizadas) e as deslocadas pela guerra são as mais religiosas.

QUADRO 22. Relação entre as variáveis (ANOVA e do Teste t de student)

Variáveis	Teste	P	Resultado
Sintomas PTSD X Religiosidade	F=2,385	.003	Significativo
Motivo Deslocação X Religiosidade	F=8,617	.004	Significativo
Motivo Deslocação X Dg PTSD	X ² =129,56	.005	Significativo
Motivo Deslocação X Sintomas PTSD	F=1,751	.04	Significativo

A questão que se coloca aqui é como se deu esta relação, se são as populações mais religiosas que ficam mais traumatizadas ou se as pessoas mais traumatizadas recorrem mais à religião. Embora a totalidade dos sujeitos da amostra declare ser religiosa, entrevistas realizadas indicam que o grau de religiosidade aumentou nos últimos anos, como forma de substituição de valores tradicionais perdidos e de procura do suporte social que falta na sociedade atual.

A explosão religiosa que se verifica em Angola enquadra-se num contexto mundial. Contudo, o misticismo esteve sempre presente em África e encontrou caminho nesta explosão mundial. Mais uma vez se levanta a questão de se esta exacerbação mística que se verifica nos últimos anos em Angola tem relação com a guerra e com a traumatização ou se é independente destas últimas.

É interessante abordar outra questão relativa aos dados recolhidos. O Questionário de Valores Morais e Religiosos utilizado neste estudo possui uma parte com histórias para resolução de problemas do dia à dia com várias opções de resposta, das quais uma delas está sempre ligada à religião. Quando tentamos cruzar o grau de traumatização com as respostas dadas nestas histórias, verificamos que não existe relação entre elas ($F=.093$; $p<.761$). Ou seja, há uma relação entre o grau de traumatização e o grau de religiosidade, mas não há relação entre o grau de traumatização e a maneira como as pessoas responderam aos problemas levantados nas histórias com opção religiosa.

Desde trabalho podemos concluir que:

- Embora o estudo tenha sido realizado em comunidades do meio rural, a maioria dos sujeitos inquiridos são funcionários públicos ou dedicam-se ao comércio informal, poucos à agricultura;

- Cerca de metade dos sujeitos inquiridos são deslocados de guerra;
- Passados 10 anos do final da guerra o grau de traumatização ainda é elevado, com mais de um terço da amostra sofrendo de diagnóstico da PTSD;
- Embora os sujeitos provenientes de outras províncias estejam integrados e inseridos nas novas comunidades há quase 20 anos, ainda se verificam diferenças quanto ao grau de traumatização entre os deslocados pela guerra e os outros, estando os primeiros mais afetados;
- Todos os sujeitos inquiridos têm religião, sendo que os deslocados pela guerra e os traumatizados apresentam maior grau de religiosidade do que os outros;
- As respostas dos sujeitos quanto aos problemas morais e religiosos apresentados são semelhantes, não havendo distinção nas respostas dos sujeitos traumatizados e não traumatizados, nem dos deslocados pela guerra e os outros.

CAPÍTULO 3

ESTUDOS DA PTSD EM MILITARES

Neste capítulo apresentaremos alguns estudos feitos com militares, desde o tempo da guerrilha até aos nossos dias. Não são muitos os estudos com esta população em Angola, por ser um assunto novo e a guerra ter terminado há não muito tempo. No entanto, chamamos a atenção para o facto de o início dos estudos da PTSD terem sido feitos precisamente com os militares americanos que combateram no Vietnam e, desde aí, muitos outros estudos em muitos países em guerra foram feitos com militares. A história do conceito da PTSD está relacionada com a história da guerra.

A luta de libertação nacional desencadeada na madrugada do 4 de Fevereiro de 1961 pelos patriotas angolanos prolongou-se 14 anos e culminou com a conquista da independência nacional. Muitos sacrifícios foram consagrados, e muitos filhos desta pátria pereceram, o que trouxe consequências nefastas a muitos guerrilheiros que abandonaram os seus afazeres, familiares, amigos íntimos para integrarem a guerrilha.

No que diz respeito à estratégia militar, a guerra de guerrilha é a mais complexa de todas as guerras existentes; é a que mais

sacrifícios exige aos combatentes. Isto mostra que a guerrilha pode ter resultados negativos na saúde mental dos combatentes. Assim, em todos os conflitos armados, quer sejam de maior ou menor dimensão surgem sequelas psicológicas. Qualquer indivíduo exposto às vicissitudes da guerra pode sofrer de desordens de ansiedade (é o nome que damos à emoção que se segue à percepção de que estamos sob ameaça de alguma punição). Portanto, é a emoção que antecede a perda (Graeff et al., 1993).

3.1.

ESTUDO DA PTSD NOS GUERRILHEIROS DO MPLA DURANTE A PRIMEIRA GUERRA DE LIBERTAÇÃO NACIONAL

Margarida Ventura e Samuel Zinga Emília

Afiliação

Email:

Tratando-se de um estudo de uma patologia que afeta grande parte dos militares, esta pesquisa reveste-se de grande importância teórica (pelo levantamento dos estudos feitos em Angola e outras partes do mundo) e prática, pois é a primeira vez que se faz um estudo aprofundado sobre a saúde mental dos guerrilheiros do MPLA durante a guerra colonial. O presente trabalho de investigação situa-se na linha das preocupações que se vive em Angola em torno dos antigos combatentes e veteranos de guerra, na medida em que são homens que deram o seu melhor para que Angola fizesse parte das nações independentes. Entendemos que, estes combatentes, que estiveram envolvidos na luta de libertação nacional, podem sofrer de perturbações psíquicas, nomeadamente de ansiedade e mais concretamente da PTSD.

No presente estudo, debruçar-nos-emos sobre a PTSD, a desordem de ansiedade mais comum em indivíduos que estiveram expostos a um evento traumático.

Esta pesquisa tem um design Ex post facto. Num estudo não experimental “Ex post facto”, o experimentador não manipula os

valores da variável independente como no plano experimental. As pesquisas *ex post facto* segundo Rodrigues (1996), caracterizam-se por estudar uma situação onde as variáveis independentes e dependentes já ocorreram. No nosso entender o pesquisador, através de diferentes métodos de coleta de dados, obtém informações acerca da variável dependente e em seguida, procura inferir a variável ou as variáveis independentes responsáveis pela ocorrência do fenômeno verificado. Aqui estudaram-se variáveis que já ocorreram, aquando da 1ª guerra de libertação nacional (guerra colonial).

O Nacionalismo Angolano tem as suas raízes mais profundas nas lutas do povo Africano contra o invasor colonialista. Essas lutas datam de 1575, ano em que Ngola Kiluange travou os primeiros combates contra o português Paulo Dias de Novais. Tentando melhorar o seu estatuto e oportunidades, alguns intelectuais Angolanos, procuram introduzir reformas na tentativa de eliminar ou diminuir o racismo e certas injustiças sociais mas sempre no marco colonial. Nos finais de 1920 surge a Liga Nacional Africana e o Grémio Africano. Em 1930 surge a Associação dos Naturais de Angola (ANANGOLA). Com o surgimento destas organizações, no período entre 1940 e 1960, o Nacionalismo Angolano tomou uma nova forma de luta, mais revolucionária. Nesta direção se subscrevem os esforços da Sociedade Cultural de Angola (1943), a Associação dos Naturais de Maquela do Zombo (ALIAZO, 1944), a revista Mensagem (1948), a revista Cultura (1957), os Ngola Ritmos e o Movimento dos novos intelectuais sob a designação de “Vamos Descobrir Angola” e ainda o Movimento Angolano Negro (1948), cuja composição social era fundamentalmente pequeno-burguês e integrada por mestiços e negros assimilados. É de realçar que neste período efervescente apareceu a associação dos Naturais do Sul de Angola, fundada no Huambo, que foi fustigada imediatamente pela polícia colonial (Carreira, 1996).

Entre 1950 e 1960, formaram-se ainda três grupos: a aliança Maiombe (ALIAMA), a Associação dos Naturais do Enclave de Cabinda (ANEC), que evoluiu até se chamar Movimento para a Libertação do Enclave de Cabinda (MLEC), e o Comité de Ação da União Nacional dos Cabindenses (CAUNEC). Em 1963 unificaram-se, surgindo a Frente de Libertação do Enclave de Cabinda (FLEC).

Embora, na sua grande maioria, as associações não advogassem declaradamente a emancipação de Angola já davam sinais de descontentamento pelas condições dos angolanos e, acima de tudo, defendiam a valorização da cultura dos autóctones de Angola. Como continuidade de reivindicações e rejeição da presença europeia em Angola inicia, em 1961, a guerra pela emancipação de Angola, que termina em 1975, vulgarmente conhecida por guerra de independência. Este trabalho limitar-se-á a fazer referência à última etapa da guerra vivida em Angola, isto é, a guerra de emancipação de Angola, ou guerra de independência (guerra colonial).

Em todas as etapas e formas de guerras acima referenciadas, populações do atual território de Angola opuseram-se, de uma forma vigorosa à subjugação, exploração, opressão e humilhação. Esta resistência contra o invasor e ocupante estrangeiro verteu muito sangue, suor e vida dos filhos de Angola, que apesar de terem a plena consciência da desigualdade de meios ousaram opor às lanças, flechas (antes da ocupação colonial), e aos canhões e armas de fogo sofisticados as suas catanas (início da guerra de emancipação). Bula Matadi, Njinga Mbandi, Ekuikui II, e Ngola Kiluanje e tantos outros, personificaram o longo e glorioso caminho em que o povo foi sempre o princípio e o fim para a reconquista da liberdade e dignidade (Carreira, 1996).

Esta luta secular demonstra a vontade da criação e consolidação de uma Nação, independentemente das várias particularidades do

mosaico populacional de Angola. O Nacionalismo, inicialmente incipiente havia, no entanto, de alcançar novos instrumentos ideológicos, com a formação de vários Movimentos e Partidos, destacando-se o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) em 10 de Dezembro de 1956, cujos guerrilheiros são o alvo deste estudo.

Segundo Andrade (cit. por Carreira, 1996), o colonialismo português não tinha deixado aos povos das colónias, senão o recurso à ação direta, quer dizer o recurso à luta armada”. Para a história, a partir da Conferência de Imprensa na Câmara dos Comuns em Londres, ficou a referência à “passagem à ação direta”, isto é, à luta armada em Angola. Ainda segundo Carreira (1996), os acontecimentos que se verificaram em Angola vieram confirmar o que Mário de Andrade anunciara em 1960. Na Baixa de Cassanje, em Janeiro de 1961, os autóctones produtores do algodão revoltaram-se, e por causa desta revolta muitos desses agricultores foram mortos, sobretudo pela aviação, falando-se até hoje em milhares de mortos. Pouco tempo depois, deu-se o 4 de Fevereiro, dia em que os angolanos, alguns dos quais armados, atacaram militares e polícias portuguesas de a cadeias e esquadras, no intuito gorado de libertar presos políticos e capturar armamento. Seguidamente veio o 15 de Março, que marcou o início da revolta dos Angolanos do norte do país.

Segundo Carreira (1996), a resposta portuguesa ao 4 de Fevereiro e ao 15 de Março, não se fez esperar. Salazar (então 1º Ministro português) enviou para Angola diversos tipos de tropa, desde soldados a agentes de polícia, bem como armamento variado, com o objetivo de calar a rebelião angolana. Nesta altura o Conselho de Segurança das Nações Unidas convida o Governo Português a suspender imediatamente as medidas de repressão em Angola e a dar a independência.

Em 1962 é transferida a direção do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) de Conackri para o Congo Leopodeville. Aí foi possível preparar o primeiro esquadrão militar composto por combatentes treinados em Marrocos, o qual entrou em Angola com objetivo de reforçar a 1ª Região tida como área libertada (Bengo, Ndalatando, Uíge e Zaire). Nesta área estavam refugiados os combatentes do 4 de Fevereiro. Em Outubro de 1962 o esquadrão é cercado e massacrado, escapando apenas alguns elementos. Em 1962, para uma melhor organização da guerrilha criou-se o Exército Popular de Libertação de Angola. Em 9 de Janeiro de 1963, abriu-se a 2ª Região Político Militar (Cabinda) nas áreas de Miconje. Em Abril, foi enviado outro esquadrão para a 1ª Região, o qual foi igualmente massacrado pela UPA nas proximidades da nascente do rio Loge. Em 1963, funda-se a OUA e esta reconhece o Governo de Angola no Exílio (GRAE). Em 24 de Dezembro do mesmo ano realiza-se uma grande operação composta por 200 homens em Cabinda, ficando conhecido como “Operação Macaco”. Em Maio de 1965 é aberta a 3ª Região Militar (Luau) num primeiro ataque que se efetua no Moxico onde perderam a vida vários guerrilheiros havendo apenas alguns sobreviventes. Neste mesmo ano saiu de Brazzaville o esquadrão “cienfuegos” que atingiu vitoriosamente a 1ª Região. O ano de 1967 é declarado pelo MPLA o ano da “Generalização da luta armada por todo o território nacional”. Em Fevereiro do mesmo ano, igualmente de Brazzaville o esquadrão Feraz atravessa a fronteira do Zaire (atual Congo Democrático). Posto já no território angolano, perdeu-se e mais tarde foi cercado e neutralizado, tendo havido também alguns sobreviventes.

Este esquadrão trazia muito material e era bastante forte, muitos dos seus elementos foram presos e torturados. No mesmo ano um esquadrão do qual faziam parte Deolinda, Engrácia e outras mulheres, foi capturado, sendo muitos dos elementos presos e torturados pela UPA.

QUADRO 23. Mapa de abertura das Regiões Político-Militar para o desenvolvimento da Guerrilha pelo MPLA

Nº	Regiões Político-Militar	Ano de Abertura	Províncias que compreendem
1	Primeira	1962	Luanda, Uíge, Kwanza-Norte, Zaire
2	Segunda	1963	Cabinda
3	Terceira	1965	Moxico, Kuando-Kubango
4	Quarta	1968	Lundas e Malange
5	Quinta	1968	Bié, Huambo, alargou-se depois, para Benguela, Kwanza-Sul, Moçâmedes

Nos campos de treinos do MPLA (Dolisie) acabava de ser preparado o grande “Esquadrão Bomboku”, que foi impedido de passar para Angola já quando estava a uns escassos quilómetros entre a fronteira de Angola e atual Congo Democrático. Outra coluna de quase 200 homens que se dirigia para Angola, foi impedida de prosseguir a marcha pelo exército congolês, que desarmou e prendeu os referidos militares. Segundo Neto (cit. por Lara, 1997), no Congo Kinshasa, cerca de 100 militantes foram presos no campo de concentração do Kimkuzu, onde foram sujeitos a atos de violência.

Com a população decidida a lutar com firmeza contra o colonialismo, o Movimento Popular de Libertação de Angola fez uma análise da situação nas suas três frentes de combate. Em 1968 numa reunião do Comité Diretor, decide-se abrir a 4ª Região (ver Quadro 23). Em 6 de Junho do mesmo ano é aberto a 5ª Região Político-Militar que abrange, numa primeira fase as Províncias do Bié e Huambo tendo-se alargado posteriormente para as de Benguela e Kwanza-Sul. Para reforçar o seu aparelho

militar, contra as atividades dos guerrilheiros o exército português introduziu no seu seio unidades militares compostas por angolanos, os flechas, tropas especiais. Muitos destes homens eram antigos guerrilheiros. Em 1970, foi criada a comissão de Coordenação Político-Militar. Este organismo veio reforçar o controlo sobre as áreas libertadas. Depois disso, a guerrilha é intensificada e toma um novo cunho. No entanto, o exército colonial começa a sua contraofensiva, que era caracterizada pela utilização de bombas napalm, cavalaria, helicópteros, e as novas unidades Tês. As bombas desfolhantes, além de provocarem prejuízos humanos, destruíram as lavras. Isto fez com que, depois dessa ofensiva, os guerrilheiros não tivessem víveres para subsistência. A falta de comida foi sem dúvida um dos grandes fatores que levou ao recuo dos guerrilheiros. Em 1971 o MPLA forma esquadrões especiais para atingirem a costa de Benguela, com o objetivo de intensificarem a guerrilha. Devido à fome não foi possível basificar-se aí. Em 1972, surge a crise devido à cisão do movimento. Duas revoltas surgiram: a revolta ativa e a revolta do Leste. Em 1973 começa a grande ofensiva do exército colonial contra as bases do MPLA. Em Março de 1974 realiza-se um movimento de revolta nas Caldas da Rainha em Portugal por uma independência das colónias. E em seguida dá-se o 25 de Abril. O período de Maio a Setembro de 1974 foi o mais difícil para o MPLA. Foi o período em que muitos dos países amigos deixaram de apoiar movimento, porque os países socialistas ao aperceberem-se que havia uma ala pró-capitalista e outra pró-socialista cortaram o abastecimento material e logístico que faziam até então. Em 23 de Outubro 1974 o MPLA assinou com os Portugueses o acordo de cessar fogo, o que marca o fim da 1ª guerra de libertação de Angola. Em 3 de Janeiro de 1975 realiza-se o acordo de Mombaça, no Quênia, onde participaram o MPLA, a UNITA e a FNLA. Logo a seguir, a 15 de Janeiro, realiza-se

o acordo de Alvor, onde estiveram presentes Portugal, MPLA, UNITA e FNLA. Nele ficou estabelecido a data da independência 11 de Novembro e foi constituído o Governo de Transição. E a 11 de Novembro de 1975 dá-se a Independência.

Os homens do MPLA ainda integraram o primeiro exército nacional. Foram muitos anos de guerra, que os afetou do ponto de vista social e psicológico. É sobre estes homens que esta pesquisa se debruça.

3.1.1. População e Amostra

Um dos aspetos fundamentais duma investigação é a definição da amostra ou dos grupos de sujeitos a considerar. Dois factos condicionam este ponto na planificação da investigação. Por um lado, a impossibilidade de serem considerados todos os indivíduos, por outro, a necessidade de não se tomando todos os indivíduos, a amostra ser representativa e os resultados poderem ser generalizados.

QUADRO 24. Caracterização de Amostra (N=119)

Sexo	Frequência	%	Média	DP
Masculino	90	75,6		
Feminino	29	24,4		
Idade			52,09	8,91

A população alvo deste estudo é composta por todos os guerrilheiros do MPLA, que participaram na luta de libertação nacional. A amostra utilizada é constituída por 119 guerrilheiros sendo 90 do sexo masculino, correspondendo a 75,6% e 29 do sexo feminino, correspondendo 24,4%. A idade média é de 52,09 anos.

Esta amostra, não é aleatória, mas sim acidental, uma vez que inquirimos todos os antigos guerrilheiros do MPLA a que se teve acesso. Para isso foram contactadas a Direção do Partido MPLA em Luanda, a Direção dos Antigos Combatentes no bairro Militar em Luanda, a Direção dos Antigos Combatentes no bairro Ramiro, a Associação dos Antigos Combatentes no Lobito e Benguela e a Associação dos Antigos Combatentes em Cabinda e Lunda-Norte (Dundu).

3.1.2. Hipóteses e variáveis

Neste estudo traçamos como hipótese a seguinte:

H1=O diagnóstico e sintomatologia da PTSD é maior no sexo feminino, aumenta com a maior experiência de guerrilha e diminui com a maior motivação para a guerrilha.

A identificação das variáveis e a sua explicitação, assim como as relações entre elas constituíram um passo importante na definição do modelo de análise do programa de investigação por nós levada a cabo. No nosso trabalho, não fazemos a distinção entre as variáveis (independentes e dependentes), uma vez que, não se tratando de um estudo experimental, não manipulamos a variável independente. Limitamo-nos apenas a aproveitar os “factos” já existentes para correlacionar as variáveis. As variáveis do nosso trabalho são:

- Sexo
- Diagnóstico da PTSD
- Sintomatologia da PTSD

- Motivo de aderência à guerrilha
- Experiência de combate

3.1.3. Instrumentos de Recolha de dados

No presente trabalho utilizamos como instrumentos: a “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT) e o “Questionário sobre a Experiência de Guerrilha” (Zinga & Ventura, 2000). O segundo instrumento foi construído pelos autores, tendo em conta os objetivos da investigação e foi validado pelos mesmos para esta população, é composto 16 itens de resposta dicotómica, sendo sim cotado com “1” e o não com “0”. Tratando-se de um instrumento novo, o QEG está dividido em 2 partes; uma que mede a experiência de guerrilha e outra a motivação, e foi aplicado a 119 antigos guerrilheiros do MPLA, com vista ao estudo da sua validade de construto e da sua fidelidade, que se apresentaram razoáveis.

3.1.4. Resultados e sua Interpretação

Os dados que se apresentam no Quadro que se segue refletem os resultados das respostas dos sujeitos que participaram na investigação. Dos 119 sujeitos, no grupo de sintomas de “Revivência do Acontecimento traumático” obtivemos uma média de 3.97 sintomas, no grupo de “Evitamento” de 5.09, e no grupo de “Ativação fisiológica” 3.59. A média do total de sintomas da PTSD foi de 12.62 e a média da intensidade foi de 22,51. Quanto ao motivo de aderência à guerrilha, obtivemos uma média de 7.50, e na experiência de combate uma média de 4.01.

QUADRO 25. Análise Descritiva

	Media	D.P	%
Revivência do Acontecimento	3.97	1.11	-
Evitamento	5.09	1.35	-
Ativação Fisiológica	3.59	1.17	-
Total de Sintomas da PTSD	12.62	2.91	-
Intensidade	22.51	9.54	-
Motivo de aderência à guerrilha	7.50	1.40	-
Experiência de Combate	4.01	1.71	-
Diagnóstico PTSD			92,4

Quanto ao diagnóstico da PTSD, verificou-se que a percentagem de sujeitos com PTSD é de 92,4% (N=110) e sem PTSD é de 7.6% (N=9).

QUADRO 26. ANOVA, tendo o diagnóstico da PTSD como fator e a experiência de guerrilha e a motivação como variáveis (N= 119)

	Experiência de guerrilha		Motivação	
	F	p	F	p
Diagnóstico da PTSD	4.55	.03	1.05	.31

O quadro acima referenciado espelha a existência de uma relação entre o diagnóstico da PTSD e a experiência de guerrilha; $F(119)=4.55$; $p<.03$, mas não entre o diagnóstico da PTSD e o motivo de aderência à guerrilha: $F(119) = 1.05$; $p<.31$.

QUADRO 27. ANOVA tendo o sexo como Fator

Variáveis	F	P	Relação
Diagnóstico da PTSD	$\chi^2=119,33$.50	Não Significativa
Total de Sintomas	1.56	.21	Não Significativa
Intensidade	1.5	.70	Não Significativa
Grupo II Revivência do Acontecimento	.92	.34	Não Significativa
Grupo III Evitamento	.002	.96	Não Significativa
Grupo IV Ativação Fisiológica	6.7	.01	Significativa
Quest. Experiência Guerrilha-Parte I	.009	.92	Não Significativa
Quest. Experiência Guerrilha-Parte II	33.67	.00	Significativa

Foram feitas análises de variância para verificar se existe uma relação entre o sexo e as variáveis: diagnóstico da PTSD, total de Sintomas da PTSD, Intensidade da PTSD e sintomas de Revivência do Acontecimento, Evitamento, e Ativação Fisiológica. Os resultados mostram haver apenas uma relação entre o sexo e o grupo de sintomas de Ativação Fisiológica ($F(119) = 6.73$; $P < .01$; Homens=3,43; Mulheres=4.07) entre o sexo e a experiência de guerrilha ($F(119)=33.68$, $p < .001$; Homens = 4,46; Mulheres = 2.58), mas não entre o sexo e as outras variáveis.

Os resultados alcançados neste estudo, através da aplicação da Escala de Avaliação da Resposta de Acontecimento Traumático e o Questionário de Guerrilha permitem-nos confirmar a existência

de um grau muito elevado da PTSD, nos antigos combatentes e veteranos de guerra. Este facto está de acordo com os estudos feitos anteriormente com os antigos combatentes, nomeadamente em Portugal, Vietname, etc., onde se verificou que a exposição à guerra pode provocar patologias. Neste estudo, a prevalência da PTSD (92,4%) é muito elevada, quando comparada com estudos feitos noutros países como Portugal e Estados Unidos da América. No entanto é semelhante aos dados obtidos nos estudos feitos por Ventura, (1997) com os adolescentes do sul de Angola que também tiveram expostos à guerra, onde a autora obteve uma percentagem de 90% nos grupos mais expostos (refugiados). Nos Estados Unidos da América, estudos feitos por The National Vietnam Veterans Readjustment (NVVRS), consistindo em investigações profundas sobre ocorrência, fatores de risco e consequências da PTSD entre veteranos da guerra do Vietname mostram que a prevalência da PTSD era de 15% entre as tropas que combateram no Vietname. No entanto, as informações do NVVRS documentaram claramente a alta frequência da PTSD entre os veteranos do Vietname, bem como as consequências a nível mental, físico e social. Outros estudos feitos pelo Departamento de terapia de conduta do hospital Júlio de Matos de Lisboa com ex-combatentes da Guerra colonial Portuguesa, em colaboração com a Associação Portuguesa de Ex-combatentes, (Albuquerque, 1987) mostram que 1,4% do total da população ex-combatentes portuguesa está afetada pela PTSD.

Os dados do estudo aqui apresentado são mais elevados, de onde se pode deduzir que as sequelas do trauma permaneceram e se agravaram mais nos antigos combatentes angolanos. Algumas razões para estes números podem ser: a seguir à guerra colonial, onde combateram os sujeitos deste estudo, Angola continuou com uma guerra civil que durou cerca de 30 anos, sendo o extenso período de exposição à guerra

um fator agravante. Muitos dos antigos guerrilheiros da guerra colonial ainda dirigiram unidades de combate na segunda guerra de libertação Nacional. O abandono social e a marginalização por parte de algumas instituições sociais, estatais e governamentais, contribuíram para o não desaparecimento dos sintomas e, em alguns casos, para o seu agravamento.

O sexo constitui um fator de diferença, uma vez que as mulheres apresentam mais sintomas de ativação fisiológica. Este facto explica-se por estas levarem mais tempo a interiorizarem e a processarem a informação relativa às consequências da guerra, uma vez que elas culturalmente não foram preparadas para a mesma.

Ainda a diferença entre os homens e mulheres quanto à experiência de guerrilha, tendo os homens apresentado valores superiores, justifica-se pelas razões acima apontadas.

3.2.

ESTUDO DA PTSD NOS MILITARES PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DE GUERRA NA CIDADE DO LUBANGO

Margarida Ventura e Maria Isabel Mandriz

Afiliação

Email:

Os muitos anos de guerra em Angola deixou nas populações sequelas físicas e psicológicas. Muitos foram os homens, mulheres e crianças que ficaram diminuídos fisicamente como consequência das minas. Os militares foram os mais expostos a esta arma de guerra. O Centro e Sul de Angola foram as regiões onde as minas mais se fizeram sentir.

Este estudo debruça-se sobre os mutilados de guerra na província da Huíla. A ex-direcção dos antigos combatentes e veteranos de guerra, em 1999 forneceu dados segundo os quais a província da Huíla possuía 1243 pessoas controladas, portadoras de deficiências diversas. Segundo Laufer et al. (1984), a perda de um membro ou uma lesão é, no mínimo, perturbador. Nesta perspectiva este trabalho pretende alcançar os seguintes objetivos: (1) verificar a prevalência, intensidade e sintomatologia da PTSD nos ex-combatentes portadores de deficiência; (2) verificar se o grau de incapacidade influencia a prevalência, intensidade e sintomatologia da PTSD.

Neste estudo utilizamos o design ex-post-facto pois vamos estudar as consequências da mutilação, depois dela ter

ocorrido, com o objetivo de verificar se existe uma relação entre a prevalência, a sintomatologia e a intensidade da PTSD com o grau e tipo de deficiência. Trata-se de um estudo comparativo com um plano não experimental, pelo que não se vão estudar relações de causa e efeito, mas sim relações entre variáveis que não são manipuladas e que já existiam antes da investigação.

As razões para a escolha deste plano ex-post-facto, são de natureza prática e ética, uma vez que não é possível manipular o grau de incapacidade.

3.2.1. População e Amostra

A População é constituída por todos os ex-militares portadores de deficiências controlados pela Delegação Provincial dos Antigos Combatentes da Huila (Ministério da Assistência e Reinserção Social dos Antigos Combatentes e Veteranos de Guerra).

Na seleção da amostra não foi possível respeitar a aleatoriedade, tendo em conta as características da população. Trabalhámos com todos os elementos a que tivemos acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo sendo, por isso uma amostra orientada. Assim, a amostra foi constituída por 80 indivíduos com a idade média de 37 anos, divididos em dois grupos, tendo em conta o grau de incapacidade por eles apresentado, grave ou leve, de acordo com a peritagem médica dos Serviços Médicos Militares. Foram considerados graves, os indivíduos portadores de deficiência com uma incapacidade física de 100% ou perto disso, o que perfaz 50% dos sujeitos da amostra. Foram considerados com grau de incapacidade leve os indivíduos com um grau de 30 a 95% de deficiência, o que perfaz os restantes 50% da amostra.

3.2.2. Hipóteses e variáveis

Neste estudo trabalhou-se com a seguinte hipótese:

H1= A prevalência, sintomatologia e intensidade da PTSD aumentam com a gravidade da deficiência.

Com base na hipótese foram traçadas as seguintes variáveis:

- Prevalência da PTSD
- Sintomatologia da PTSD
- Intensidade da PTSD
- Grau de deficiência (leve ou grave)

Não se distinguem variáveis independentes e dependentes, uma vez que a variável “grau de deficiência” não foi manipulada pelo investigador e por isso não é uma variável independente.

3.2.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento aqui utilizado, visando conhecer as respostas ao trauma, é a “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT). Neste estudo, o instrumento foi aplicado a 80 ex-militares portadores de deficiência, residentes na cidade do Lubango, sendo 40 com deficiência leve e 40 com deficiência grave.

3.2.4. Resultados e sua Interpretação

Os resultados observados nos 80 sujeitos portadores de deficiência, são produto das análises estatísticas que passaremos a apresentar:

O quadro 29 mostra as causas de deficiência dos sujeitos da amostra e a sua prevalência. Podemos ver que as minas têm sido as causadoras da maior parte das deficiências, numa percentagem de 62,5%. Os combates são os que protagonizaram níveis mais baixos de deficiência (2,5%).

QUADRO 28. Causas das deficiências (N=80)

Causas	N	%
Minas	50	62,5
Bombardeamentos	12	15,0
Tiro	11	13,6
Acidente	5	6,4
Combate	2	2,5
Total	80	100

No que concerne ao tipo de deficiência, verificou-se que a maior frequência recai nos amputados, sendo 57,5% e a menor nos amblíopes (cegos e outros) representando apenas 5%. O quadro a seguir mostra-nos claramente o tipo de deficiência que o estudo refletiu.

QUADRO 29. Tipos de deficiência

Variáveis	N	%
Amputados	46	57,5
Cegos	11	13,8
Cegos e outros	4	5,0
Paraplégicos	6	7,5
Outras deficiências	13	16,2
Total	80	100

Os indivíduos observados (N=80), divididos em dois grupos tomando como base o grau de incapacidade, foram designados por Grupo 1 (com incapacidade grave) e Grupo 2 (com incapacidade leve).

Quanto ao diagnóstico da PTSD, verificou-se que mais de metade dos deficientes foram diagnosticados com PTSD (76,2%) conforme podemos ver no quadro a seguir.

QUADRO 30. Frequência de diagnóstico da PTSD (N=80)

Diagnóstico	N	%
Sem PTSD	19	23,8
Com PTSD	61	76,2
Total	80	100

O quadro 32 apresenta as médias e os desvios-padrão relativamente à sintomatologia e intensidade da PTSD. Conforme podemos observar a média do total de sintomas é de 10,74 e a da intensidade da PTSD é de 16,91. Quanto aos agrupamentos de sintomas, o grupo de sintomas de evitamento apresenta uma média superior (4,36) aos de revivência e de ativação fisiológica (3,47 e 3,13, respetivamente).

QUADRO 31. Médias e D.P. Quanto à Sintomatologia (N=80)

Sintomas	Médias	D.P.
Revivência	3,47	1,32
Evitamento	4,36	1,59
Ativação	3,13	1,59
Intensidade	16,9	5,92
Total Sintomas	10.74	3.40

O estudo observou não haver relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico da PTSD e o grau de incapacidade, uma vez que o Qui-Quadrado deu um resultado não significativo ($\chi^2(80) = 2.59$ $p < .05$). Igualmente, foram feitas análises de variância (ANOVA) para verificar a relação entre o grau de incapacidade e os agrupamentos de sintomas. O estudo revelou não haver diferenças significativas entre os sintomas de revivência e o grau de incapacidade, pois que $F(80) = .028$; $p < .866$; está associado a um nível de significância superior a $.05$.

Ainda se verificou que a relação entre o evitamento e o grau de incapacidade é considerada estatisticamente significativa ($F(80)=3.43$ $p < .03$), estando os sujeitos com maior grau de incapacidade relacionados com a maior sintomatologia de evitamento. Igualmente, se verificou haver diferenças estatisticamente significativas, entre os sintomas de ativação fisiológica e o grau de incapacidade ($F(80)=6.49$; $p < .01$), sendo a média de sintomas de ativação fisiológica superior no grupo de sujeitos com incapacidade grave (leve = 2.7 e grave = 3.5).

Finalmente, a média do total da PTSD estabelece uma relação significativa com o grau de incapacidade ($F(80)=3.58$; $p < .03$), mas a relação entre a intensidade dos sintomas e o grau de incapacidade deu não significativa ($F(80) = 2.76$; $p < .10$), o que parece mostrar que os militares com maior grau de incapacidade têm mais sintomas da PTSD, mas que a intensidade destes não é superior à dos com incapacidade leve.

Este estudo recaiu num universo de ex-combatentes portadores de deficiências de guerra, cuja amostra é de 80 sujeitos. Apesar do número reduzido de sujeitos, os resultados encontrados podem servir de referência para esta população. O objetivo principal desse estudo foi de verificar se a prevalência, sintomatologia e intensidade da PTSD, variavam em função do grau de incapacidade ou do tipo de deficiência. O estudo confirma parcialmente a

hipótese levantada uma vez que mostrou haver uma relação estatisticamente significativa entre o grau de incapacidade e a causa da deficiência e entre o grau de incapacidade e os grupos de sintomas de evitamento e de ativação fisiológica.

O mesmo não se verificou quanto aos sintomas de revivência do acontecimento traumático, os únicos sintomas que não mostram uma relação significativa com o grau de incapacidade. Também, a intensidade dos sintomas da PTSD parece não estar associada ao grau de incapacidade dos sujeitos. Isto pode ser explicado pelo facto dos sintomas de ativação fisiológica serem, normalmente, os últimos a desaparecerem e os de revivência os primeiros, uma vez que o acontecimento traumático é aquele que mais rapidamente é interiorizado como parte do passado. Parece-nos que os sujeitos com maior ou menor grau de incapacidade revivem de igual forma o acontecimento traumático e por esse motivo, também a intensidade dos sintomas não difere entre estes dois grupos. Também se verificou que a maior causa das deficiências são as minas antipessoais. As percentagens subsequentes foram das bombas e tiros. É de salientar que estes acontecimentos traumáticos produziram percentagem elevada de amputados e cegos.

Quanto ao diagnóstico da PTSD, verificou-se que a maior parte da população por nós investigada é portadora da PTSD. Os números apontam para 73,3% que podem ser considerados elevados, embora inferiores aos encontrados por Zinga e Ventura (2002), no estudo com os antigos combatentes do MPLA, que aponta para 92,4% de sujeitos com PTSD. A causa da menor frequência de diagnóstico nos mutilados pode dever-se ao facto destes terem muito mais apoio social do que os outros, uma vez que as consequências físicas são mais visíveis do que as psicológicas e, por isso os mutilados são mais prontamente apoiados pelo governo e pelas ONG's.

3.3.

PTSD NOS MILITARES DE ACORDO COM O GRAU DE EXPOSIÇÃO À GUERRA

Margarida Ventura

Afiliação

Email:

A guerra em Angola, embora fosse uma guerra interna tinha uma forte componente internacional. Ou seja, este conflito armado era alimentado desde o exterior por Países que se encontravam em plena guerra-fria, (leste e ocidente) onde destacamos os EUA e a ex URSS. Tratava-se de um confronto entre dois blocos militares: Pacto de Varsóvia, de orientação socialista e a OTAN (organização do atlântico Norte) de orientação capitalista.

Por outro lado, temos a incapacidade dos partidos nacionalistas para ultrapassarem as suas desavenças que resultaram frequentemente em combates entre os três movimentos existentes, enfraquecendo a campanha nacionalista (Marcum, 1978). Este terá sido um dos fatores que potenciou a intervenção estrangeira no conflito Angolano. Concordamos com Comerford (2005) quando afirmou que a guerra civil angolana foi um conflito interno para obter o poder, que foi internacionalizado intencionalmente pelos movimentos rivais. A intervenção externa não criou o conflito angolano, mas agravou a falta de confiança e a divisão que já existia entre os partidos.

Em estudos do tipo “Ex-post facto”, como os aqui apresentados, os pesquisadores, através de diferentes métodos de coleta de dados, obtêm informações acerca da variável dependente e em seguida procura inferir a variável ou as variáveis independentes responsáveis pela ocorrência do fenómeno verificado. Neste trabalho estudam-se variáveis que já ocorreram durante o período da guerra (1975-2002). Ainda se debruça sobre os militares, homens e mulheres da 5ª Região Militar. Entende-se por 5ª Região Militar, a zona que engloba as províncias da Huíla, Namibe, Cunene e Kwando Kubango.

3.3.1. População e Amostra

A população é composta pelo universo de sujeitos que podem ser incluídos no estudo. A população deste estudo é composta por todos os militares da 5ª Região Militar.

A amostra, parte representativa da população, é constituída por 215 militares de diversas unidades da 5ª RM; sendo 188 do sexo masculino correspondendo a 87.4% e 27 do sexo feminino correspondendo a 12.6%, com idade compreendida entre 20 e 54 anos, sendo a média de 33.44 anos. A participação de todos os sujeitos foi voluntária.

QUADRO 32. Descrição de Amostra (N=215)

	Frequência	Percentagem	Média	Desvio Padrão
Sexo masculino	188	87.4%		
Sexo feminino	27	12.6%		
Idade			32.44	6.583

3.3.2. Hipóteses e variáveis

Segundo Almeida e Freire (1997), a hipótese é a solução provisória do problema. A hipótese exprime a relação entre categorias que nos permitem organizar ideias ou observações entre elementos comuns da realidade. Com base nisto, este estudo teve como hipótese a seguinte:

H1- Quanto maior for o grau de exposição à guerra, maior é a prevalência, a sintomatologia, e a intensidade da PTSD.

As variáveis adquirem vários estatutos, em função do papel que desempenham na investigação (Almeida & Freire, 1997).

Neste trabalho, não se fez a distinção entre as variáveis, uma vez que não se trata de um estudo experimental. No entanto, trabalhou-se com as seguintes variáveis de investigação:

- Sexo
- Diagnóstico da PTSD
- Sintomatologia da PTSD
- Intensidade da PTSD
- Grau de exposição à guerra

3.3.3. Instrumentos de Recolha de dados

Os instrumentos utilizados para recolha de dados foram: a “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático” (EARAT) e o “Questionário Sobre Grau de Exposição à Guerra”, de Fonseca e Ventura (2005). Este é um instrumento de resposta dicotómica, cujos itens abordam questões que indicam se o militar esteve na frente de batalha, quantas vezes, se foi ferido,

se matou ou viu matar, entre outros. O total do QGEG indica o grau de exposição à guerra, sendo uma variável contínua. Este instrumento foi construído tendo em conta os objetivos da investigação. Não foi validado por se tratar apenas de um instrumento para comparar os diferentes graus de exposição à guerra não medindo um construto psicológico.

3.3.4. Resultados e sua Interpretação

Os dados foram introduzidos e analisados no programa estatístico SPSS-WIN, cujos resultados encontrados serão descritos a seguir:

A média de sintomas de Revivência do Acontecimento é de 2.60; a de sintomas de Evitamento 3.26; e a de Ativação Fisiológica de 2.57, sendo a média total de sintomas da PTSD 8.42 e a média da Intensidade dos sintomas de

10.43. Encontrou-se uma percentagem de sujeitos com diagnóstico da PTSD de 50,2%. Estes resultados são inferiores aos encontrados nos outros estudos sobre PTSD em militares aqui apresentados. Isto pode ser explicado pelo facto destes militares, apesar de ainda estarem no ativo na altura da pesquisa, estarem já a viver o período de paz a qual, embora recente na altura do estudo, foi sentida por eles como recompensa pelo esforço efetuado durante a guerra. Apesar da prevalência da PTSD ser, como foi referido, inferior à dos outros estudos aqui apresentados, os sujeitos que estiveram mais expostos à guerra apresentam mais sintomas da PTSD. Ainda se verificou que os militares do sexo masculino estiveram mais expostos à guerra do que os do sexo feminino ($F(215) = 7.589$; $p < .001$). Não existe relação entre o grau de exposição à guerra e a intensidade dos sintomas da PTSD, conforme pode ser visto no Quadro 34. Este dado é interessante, uma vez que a intensidade de sintomas da

PTSD deveria ser maior nos militares mais expostos à guerra. Mais uma vez se verifica que, em tempo de paz, a intensidade dos sintomas diminui, independentemente do grau de exposição que o sujeito teve durante a guerra.

QUADRO 34. ANOVA tendo o Grau de Exposição à Guerra como Fator (N=215)

	F	P	Relação
Total de Sintomas	2.437	.009	Significativa
Intensidade	1.064	.392	Não significativa
Sexo	X ² =175,28	.001	Significativa

Ainda o resultado da ANOVA mostra que existe uma relação entre o diagnóstico da PTSD e o grau de exposição à guerra ($F(215) = 2.288; p < .015$), sendo a prevalência da PTSD maior nos militares mais expostos. A hipótese deste estudo foi confirmada parcialmente, uma vez que defende que quanto maior for o grau de exposição à guerra, maior é a prevalência, sintomatologia, e intensidade da PTSD, mas as análises estatísticas mostraram que não existe uma relação significativa entre a intensidade da PTSD e o grau de exposição à guerra.

A situação de guerra tem consequências materiais e humanas, é uma situação stressante possível de desencadear sequelas clínicas e interpessoais graves. Os militares durante os quase 30 anos de guerra, conviveram com o risco de forma permanente, com situações stressantes que faziam parte do seu quotidiano, e a maior parte dos indivíduos que constituíram a amostra deste estudo apresentam sequelas dos traumas vivenciados ou de que foram testemunhas.

Consideramos que a percentagem de indivíduos com diagnóstico da PTSD nos militares deste estudo, embora inferior à dos estudos anteriores é ainda elevada verifica-se a necessidade de uma intervenção mais ativa dos órgãos de direito na recuperação dos traumas de guerra, criando programas de acompanhamento psicológico e melhorando as condições sociais dos militares, para evitar que a guerra de ontem se transforme hoje, numa guerra pessoal e silenciosa contra esta patologia, onde a vítima não tem uma arma para se defender do terrível flagelo que é a PTSD.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve dois objetivos fundamentais: ter uma ideia aproximada, através de estudos isolados, mas que abrangem várias camadas da população, do grau de traumatização (PTSD) da população do centro e sul do país; e sensibilizar as pessoas, em especial o pessoal da saúde, para uma patologia que, conforme se mostra nos estudos feitos, é muito comum em Angola e afeta a saúde física e mental das pessoas que dela padecem. Muitas vezes, os doentes apresentam-se nas consultas de medicina com sintomas físicos que são reflexo do seu mau estar psíquico e é importante que os especialistas que as atendem estejam sensibilizados para perceber se o indivíduo tem PTSD.

Nos estudos apresentados chegamos às seguintes conclusões:

- 1- No primeiro estudo com adolescentes do Sul de Angola (cuja recolha de dados foi efetuada em 1993, logo a seguir à guerra generalizada pós-eleitoral), verificou-se que a frequência de diagnóstico da PTSD aumenta com o grau de exposição à guerra, ou seja, 22% dos adolescentes angolanos que foram residir para Portugal, como consequência da guerra, apresentavam diagnóstico da PTSD, número que aumenta nos adolescentes da cidade do Lubango (82%) e nos adolescentes refugiados (mais expostos à guerra), com 90% de diagnóstico desta patologia;
- 2- O mesmo aconteceu com o total de sintomas da PTSD, o qual aumenta com o grau de exposição à guerra, tendo-se encontrado uma média de 3,54 sintomas nos

- adolescentes residentes em Portugal, 10,88 nos da cidade do Lubango e 12,7 nos refugiados;
- 3- Quanto ao estudo da PTSD e da Resiliência em Crianças da Escola Mandume (realizado em 2003, logo a seguir ao final da guerra em Angola), verificou-se que 64,6% das crianças confirmaram o diagnóstico da PTSD e que este está relacionado com o menor grau de resiliência (média de resiliência em crianças com PTSD=45,77; média da resiliência em crianças sem PTSD=63,21);
 - 4- No estudo sobre a PTSD e a Resiliência em Crianças órfãs de Guerra na Província de Malange (cuja recolha de dados foi realizada em 2009), verificou-se que 80,2% das crianças órfãs apresentam diagnóstico da PTSD, sendo a média dos sintomas de 10,10 e a da Resiliência de 47,16;
 - 5- No estudo realizado com crianças da aldeia SOS e da escola Pico-Pico (o mais recente de todos estes estudos, realizado em 2010), verificou-se que apenas 9,1% das crianças sofrem da PTSD, sendo elas da aldeia SOS, não se verificando o diagnóstico em nenhuma das crianças da escola Pico-Pico, embora apresentassem alguns sintomas desta patologia. Apesar da baixa prevalência e intensidade dos sintomas da PTSD encontrados, ficou claro que as psicoterapias expressivo-criativas são bastante eficazes para a diminuição da intensidade e da sintomatologia quer da PTSD quer da ansiedade em geral.
 - 6- Pôde-se verificar que a prevalência e intensidade da PTSD tem vindo a diminuir depois do final da guerra, com exceção das crianças órfãs de guerra, que podem ser consideradas um grupo de risco bastante superior

aos dos outros três estudos feitos em crianças e aqui apresentados.

- 7- Em relação aos civis, o estudo apresentado com mulheres, vítimas de violência doméstica (recolha feita em 2006), não foi conclusivo em relação à relação entre a frequência da agressão e a frequência do diagnóstico da PTSD, dado o número reduzido da amostra. No entanto encontrou-se uma progressão na prevalência da PTSD em função do número de agressões, sendo de 2,86% de diagnóstico da PTSD para as mulheres agredidas uma vez, 22,28% da PTSD para as agredidas duas vezes, 16,78% para as agredidas 3 vezes e 58,30 para as agredidas quatro vezes ou mais. A frequência de diagnóstico da PTSD nestas mulheres, em geral, foi de 90%.
- 8- Um outro estudo feito com civis teve como população alvo os sujeitos desalojados das suas casas e dos seus bairros no Lubango em 2011, aquando da reabilitação da linha férrea que atravessa esta cidade. O estudo foi realizado 6 meses depois deste acontecimento, estando ainda muito presente na altura da recolha de dados. Verificou-se que 86,9% dos sujeitos tinham o diagnóstico da PTSD.
- 9- O terceiro estudo feito em 2012 com civis recaiu em populares que vivem nos arredores da Matala, muitos deles antigos refugiados, mas que já se encontram enraizados nesta zona para onde se deslocaram há mais de 10 anos. A prevalência da PTSD é de 39,6%. Mais uma vez se verifica que à medida que se vai consolidando a paz em Angola a prevalência e sintomatologia da PTSD vai diminuindo. Verificou-se ainda uma maior prevalência da PTSD nos sujeitos que

se deslocaram para a Matala fugidos da guerra do que nos outros e ainda uma relação entre a sintomatologia e a religiosidade, sendo que os sujeitos que têm mais sintomas da PTSD são os mais religiosos.

- 10- Quanto aos estudos com militares, o estudo com os antigos Guerrilheiros do MPLA (feito em 2002, logo a seguir ao final da guerra) mostrou uma média de sintomas da PTSD de 12,62 e uma prevalência de diagnóstico de 92,4%. Entrevistas realizadas mostraram que a elevada prevalência da PTSD nestes guerrilheiros se deveu ao número excessivo de anos que estes militares estiveram na guerra e ao “abandono” a que foram sujeitos depois de alcançarem a independência de Angola.
- 11- O estudo da PTSD nos Militares Portadores de Deficiência de Guerra na cidade do Lubango (realizado em 2004) mostrou que 76,2% destes ex-militares apresentam diagnóstico da PTSD, com uma média de sintomas de 10,74. Ainda se encontrou uma relação entre o total de sintomas da PTSD e o grau de incapacidade;
- 12- Finalmente, o estudo que compara os Militares com o grau de Exposição à Guerra (realizado igualmente em 2004) concluiu que a média do total de sintomas da PTSD nestes militares é de 8,42% e a frequência de diagnóstico da PTSD de 50,2%. Ainda revelou que existe uma relação entre o diagnóstico da PTSD e o Grau e Exposição à Guerra.

Podemos concluir que, em qualquer dos casos, a frequência de diagnóstico da PTSD é elevada, sendo maior no primeiro estudo, cuja pesquisa foi efetuada logo a seguir à guerra generalizada pós-eleitoral, no dos guerrilheiros do MPLA, pela duração da

exposição à guerra e no das crianças órfãs de guerra, que se encontram em orfanatos.

Passaram poucos anos do fim da guerra e durante várias gerações Angola irá sofrer as consequências do conflito armado que se arrastou por quase três décadas. Para além das vítimas diretas da guerra, temos de contar ainda com as indiretas, mesmo com as que nasceram já em tempo de paz, mas que terão de conviver com os fantasmas da mesma, podendo ficar traumatizados também. Estudos recentes comprovam este facto. Como resultado disso, apareceu um novo conceito diagnóstico para estas situações, o STSD. Maria da Graça Pereira (2003) refere autores que defendem esta nova perturbação denominada *Perturbação Secundária de Stress Traumático* (STSD), a qual tem sido usada para descrever os efeitos do trauma nos filhos dos progenitores com PTSD. Os autores defendem que a diferença fundamental entre PTSD e STSD consiste no facto de o stressor no primeiro caso ser direto e no segundo caso o indivíduo viver com alguém com PTSD e ficar exposto às reações físicas e emocionais da vítima. O contacto prolongado com alguém com PTSD pode tornar-se um stressor crónico.

A traumatização secundária pode ser descrita como uma perturbação de ajustamento em termos do impacte do indivíduo traumatizado no sistema, transmitindo as emoções traumáticas a um outro membro da família. Este é um dos efeitos mais visíveis da traumatização na sociedade. Outros, menos evidentes, afetam não só a família como as pessoas com quem a vítima convive e trabalha. A traumatização afeta a sociedade em geral.

BIBLIOGRAFIA

- Abrantes, A., Tavares, A., & Godinho, J.(1989) *Manual de Métodos de Investigação em Saúde*. Lisboa: Edições Especiais APMCG.
- Ajuiraguerra, J. & Marcelli, D. (1991). *Manual de Psicopatologia Infantil* (4ª ed.). São Paulo: Masson.
- Albuquerque, A. (1987). *Stress – Causas, Prevenção e Controlo*. Lisboa: Texto Editora.
- Almeida, L & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Coimbra: APPORT.
- American Psychiatric Association (2002). *Mini DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Amón, J. (1992). *Estatística para Psicólogos* (14ª ed.).Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arendt, H. (1994). *Da Violência*. Rio de Janeiro: Vozes
- Ayalon, O. (1978). Potential Victims of Violence. Paper presented to the Second International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace. Tel-Aviv
- Baião, T. (2006). *A Violência contra a Mulher e a sua Relação com a Perturbação Pós-Stress Traumática: um estudo feito na cidade do Lubango* (Trabalho de fim de curso para obtenção do grau de licenciada em Ciências da Educação não publicado). ISCED, Lubango.
- Ballone, G.J. (2003). *Criança Adoptada e de Orfanato*. In Psiqweb. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br> acessado em 23.04.2005.
- Beavoir, S. (1980). *O Segundo Sexo: a Experiência Vivida*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Brown, D. & Fromm, E. (1985). *Hipnosis and Post-traumatic Stress Disorders*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carneiro, S. (1998). *Eixos articuladores da Violência de Género*. Comunicação apresentada ao Seminário Nacional Palavra de Mulher: Revisão em torno das questões da violência doméstica, Brasil.

- Carreira, I. (1996). *O Pensamento Estratégico de Agostinho Neto*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Cavalcanti, S. (2006). *Violência Doméstica contra a mulher no Brasil*. Salvador: Podivm.
- CCF-Angola (1995). *Estudo do Grau de Exposição e de Impacto da Guerra sobre as Crianças em Angola*. Luanda: CCF.
- CCF-Angola (2002). *Paz é brincar à vontade: Como as Crianças Vivem a Guerra em Angola*. Luanda: Edição do Autor.
- Castro, M.G. (1992). *O Conceito de Género e as Análises sobre Mulher e Trabalho, Notas sobre Impasses Teóricos*. Salvador: Cadernos do CRH.
- Claes, M. (1990). *Os Problemas da Adolescência*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Comerford, M. (2005). *O rosto pacífico de Angola-Biografia de um Processo de Paz*. Windhoek: John Meinert Printing.
- Cramer, D. (1993). *Análise de Dados em Ciências Sociais*. Oeiras: Celta Editora
- Favieres, A. (2001). *Dinâmica de la Violência Doméstica*. In www.DMedicina.com (22.11.2001).
- Fonseca, A.C. (1992). Uma Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes: “o que penso e o que sinto”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(1) 141-155.
- Fonseca, F. (2006). *Distúrbio de Stress Pós-Traumático nos Militares de acordo com o Grau de Exposição à Guerra – um estudo com os militares da 5ª Região Militar* (Trabalho de fim de curso para obtenção do grau de licenciada em Ciências da Educação não publicado).ISCED, Lubango.
- Graeff, F.; Guimarães, F. & Deakin, J. (1993). Serotonina: a molécula da ansiedade e da depressão. In *Ciência Hoje*, 16., p.50-7. Rio de Janeiro: Zahar.
- Hill, M. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lara, L. (1997). *Um Amplo Movimento: Itinerário do MPLA através de documentos e anotações de Lúcio Lara* (1º Vol.). Lisboa: Editora Lito Cor.
- Laufer, R.S., Gallops, M.S., & Frey – Wouters, E. (1984). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Reconsiderada: PTSD among Vietnam Veterans. In B.A.,Van der Kolk (Ed.), *Post-traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae* (pp.65-85 -). Washington: American Psychiatric Association Press, Inc.

- Linhares, B.L. (1999). *Seminário Multissetorial de apoio ao atendimento de Mulheres Vítimas de violência*. Rio de Janeiro: Mimeo.
- Linn, M., Fabricant, S.& Linn, D. (1998). *Como Sanar Las Ocho Etapas de La Vida*. México: Ediciones Promexa.
- MacGuigan, F.J. (1976). *Psicologia Experimental, uma Abordagem Metodológica*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Maldonado, M.T. (2002). *Os construtores da Paz – Caminhos de Prevenção da Violência*. Rio de Janeiro: Edições Saraiva.
- Mandriz, I. (2004). *O Estudo do Distúrbio de Stress Pós-Traumático nos Militares Portadores de Deficiência de Guerra na Cidade do Lubango*. (Trabalho de fim de curso para obtenção do grau de licenciada em Ciências da Educação não publicado) ISCED, Lubango.
- Marcum, B. (1978). *The Demography of Racial and Ethnic Groups*. New York: Academic Press.
- McIntyre, T. & Ventura, M. (1996). *Validação da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático*. Lisboa: APPORT.
- McIntyre, T. & Ventura, M. (1998). *Validação do Questionário de Resiliência para Crianças e Adolescentes*. Lubango: ISCED.
- Meerlo, D. (1960), *Dance Craze and Sacred Dance*. Amsterdam: Djambatan
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Trauma e Coping: natureza e curso de um processo*. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. (pp. 55 – 90). Lisboa: Climepsi Editores.
- Padilha, V. (2000). Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: a panaceia delirante. *Revista Trabalho Educação Saúde*, 7 (3), 549-563.
- Pereira, M.G. (2003). Impacto do Stress Traumático na Família: Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) . In M.G Pereira & J. Monteiro Ferreira (Eds.) *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp.91 – 107). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pynoos, R.S. (1990). Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. In Garfinkel, D., Carlson, G & Weller, E. (Eds.) *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents* (pp. 48 – 63). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Rodrigues, A. (1996). *Psicologia Social*. Brasil: Editora Vozes. Saffioti, H.I.B. & Almeida, S.S. (1995). *Violência de Gênero: Poder e Impotência*. Rio de Janeiro: Revinter Lda.
- Scarpato, A. (2004). *Estresse Pós-Traumático: A Situação Emocional de Pessoas Vítimas de Violência*. *Revista Psicologia. Brasil*, Ano 2 (6), (p. 10 – 14).
- Silberman, R.K. (1981). Assessment and evaluation of visually handicapped students. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 75, 109 – 114.
- Soares, B. (1999). *Gênero, Violência e Segurança pública*. São Paulo: USP.
- Sorte, F. (2002). *Estudo do distúrbio Pós-Stress Traumático (PTSD) e da Resiliência ao Stress nas Crianças da Escola do ensino de Base do II Nível “Mandume” do Lubango* (Trabalho de fim de curso para obtenção do grau de licenciada em Ciências da Educação não publicado). ISCED, Lubango.
- Sousa, A. (2011). *Técnicas de Expressão Corporal em Psicomotricidade – psicoterapias expressivo-criativas*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Tomkiewicz, S. (1996). Saúde e Sobrevivência: as crianças e a guerra. *Revista Servir*, 47 (2), páginas 86 – 92.
- Toothaker, L.E. & Miller, L. (1996). *Introductory Statistics For the Behavioral Sciences, Secon Edition*. USA: Books/Cole Publishing Company.
- UNICEF (1995). *Uma análise da Situação da Criança Angolana – Relatório*. Luanda: Autor.
- Vaz Serra, A. (1986). O que é a Ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1, 93-103.
- Vaz Serra, A. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*, (2ª Ed.). Coimbra: Editora Gráfica de Coimbra.
- Ventura, M. (1997). *Distúrbio Pós Stress Traumático nos Adolescentes do Sul de Angola*. (Tese de Doutoramento não publicado). Braga, Universidade do Minho.
- Ventura, M. (1998). *A Resiliência e o PTSD – Texto de apoio*. Lubango: ISCED
- Ventura, M. (2003). *O Stress Traumático e suas Sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola*. Luanda: Editorial Nzila
- Ventura, M. & Zinga Emília, S. (2002, Outubro). *PTSD nos Guerrilheiros do MPLA: um estudo da Guerra Colonial Portuguesa*. Comunicação apresentada ao 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Portugal.

- Ventura, M. & Cumbelembe, A. (2009, Abril). *O PTSD em crianças angolanas órfãs de guerra*. Comunicação apresentada no 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa, Portugal
- Wittig, A. (1981). *Psicologia Geral*. São Paulo: McGraw-Hill
- Ziv, A. & Israeli, R. (1973). Effects of Bombardement on the Manifest Anxiety levels of children living in the Kibbutz. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, páginas 287 – 291
- Utodosi, M. (2003). *As Feridas Invisíveis da Guerra – Conferência sobre o Distúrbio Pós-traumático da Guerra*. In www.Google.com

