

IMPACTOS PSÍQUICOS DA VIOLÊNCIA NO CONTINUUM URBANO E RURAL DO LUBANGO

Psychological Impacts of Violence in Rural and Urban Areas of Lubango

Jorge Manuel de Sousa Chaves, jorgemchaves2000@yahoo.com.br

Instituto Superior Politécnico Tundavala

Lubango-Angola



Resumo

Este estudo conjuga os conhecimentos de duas especialidades das Ciências Humanas, a Antropologia e a Psicologia, tendo por objectivo geral estabelecer conexões entre os impactos psíquicos da violência política vivida no período de guerra e algumas variáveis que influenciam o estado de saúde mental das populações no continuum urbano e rural do Lubango, nomeadamente a ansiedade e a depressão. O estudo baseia-se principalmente num inquérito por amostragem de 300 indivíduos de idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, da cidade do Lubango e dos municípios da Matala e Humpata (zonas rurais). Para a recolha de dados utilizou-se o questionário de Beck que é um instrumento de depressão para adultos e o inventário de Ansiedade Estado-Desenvolvido por Spielberger e outros (1970). Os resultados indicam que não há diferenças entre as duas zonas com respeito à ocorrência e à intensidade de depressão. No tocante à ansiedade, não há diferença em relação à intensidade dos sintomas mas sim em relação à ocorrência, sendo que no meio rural há uma ocorrência de ansiedade significativamente maior do que no meio urbano.

Palavras-chave: Violência Política; Impactos Psíquicos; Ansiedade; Depressão

Abstract

This study is very interesting for it unites two specialties in Human Science, Anthropology and Psychology. The objective is to establish connections between the diverse psychological impacts of the political violence lived during the war and some other variables that have influenced the mental health of the populations in the urban and rural areas of Lubango, like anxiety and depression. The base of the study is made on an enquiry to 300 individuals between the ages of 18 to 65 in Lubango and Matala and Humpata. To obtain all the information we used the Beck's questionnaire which is an instrument used to diagnose of depression in adults. For the anxiety we have used the Anxiety Inventory State-State invented by Spielberger et al (1970). The results show no difference in the occurrence and intensity of the depression in the area of Lubango and surroundings. Now on the results on the intensity of the anxiety there is also no difference in areas but in relation to the occurrence in the rural areas the anxiety is significantly higher than in urban areas of Lubango.

Keywords: Political violence, Psychological Impacts, Anxiety, Depression

A saúde mental tem sido descurada em Angola por falta de estudos de prevalência das patologias mais frequentes como consequência da guerra civil que avassalou o país por cerca de 30 anos e por falta de especialistas. Segundo Serra, (1995), a guerra é um dos acontecimentos mais traumatizantes, na medida em que costuma provocar a morte de um grande número de pessoas e é uma ameaça grave à vida e sobrevivência de muitas outras. As vítimas de um

conflito armado perdem familiares, amigos, haveres pessoais, muitas vezes têm de deixar a região onde vivem para irem para outra mais segura. Muitas pessoas morreram vítimas directas ou indirectas da guerra. Dados do final do conflito em Angola apontam para 2,7 milhões de indivíduos que morreram de fome e 1,5 milhões de angolanos mortos nos conflitos armados (Ventura, 2002).

A violência é um fenómeno complexo que envolve indivíduos, relações interpessoais, comunidades e a sociedade (Figueira, 2008: 183-4). Durante as últimas décadas, a violência tem-se tornado um dos principais problemas de saúde pública, já que há consistentes evidências de que é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todas as partes do mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (Krug, et al. 2002: 87-98), mais de 1,6 milhões de pessoas morreram no ano 2000 como resultado da violência. Mais de 90% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (Guerrero, R. 2002: 32-39).

As referências desenvolvidas, combinando diversas palavras-chave associadas ao tema deste trabalho (violência política, Angola pós-conflito, impactos psíquicos), consistem, basicamente, num enfoque possível do efeito principal da exposição à violência.

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

Os resultados obtidos nesta revisão dão suporte à ideia de que a violência é um grande problema de saúde pública e que uma parte significativa dos problemas de saúde mental encontrados em países em desenvolvimento pode ser atribuída à violência. Os trabalhos que versam sobre impactos psíquicos da violência política em Angola são ainda raros, o que justifica em parte a realização do presente estudo. A delimitação dos distúrbios ansiedade e depressão (que representam manifestações psicológicas mais associadas à vivência de acontecimentos traumáticos)

permitiu discutir os principais contornos do estado de saúde mental das populações do Lubango, Humpata e Matala que viveram directa ou indirectamente o período de guerra do sul de Angola.

Na base do exposto tornou-se patente a necessidade de tentar estabelecer as conexões entre os impactos psíquicos da violência (ansiedade e depressão) no continuum rural e urbano da Huíla e as diferenças que se verificam entre estes municípios.

Contexto geográfico, social e histórico da Província da Huíla

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

Consideramos continuum rural-urbano, fundamentando-nos na ideia de que o avanço do processo de urbanização é responsável por mudanças significativas na sociedade em geral, atingindo também o espaço rural e aproximando-o da realidade urbana, Abramovay (2000:15) diz que “... continuum rural-urbano significa que não existem diferenças fundamentais nos modos de vida, na organização social e na cultura, determinadas por sua vinculação espacial.” Não há dúvidas que campo e cidade são espaços diferentes, seja em sua paisagem, seja em seu modo de vida. Contudo, é importante que se saliente que, existem especificidades entre cada um deles. O que se pretende dizer é que, mesmo sendo diferentes, eles fazem parte de uma mesma trama territorial que se relaciona a todo o momento. Se, por um lado, a cidade busca matéria-prima, mão-de-obra, alimentos, tranquilidade, contacto com a natureza, entre outros, por outro lado, o campo procura ferramentas, alimentos industrializados, modos de vida, electricidade, televisão, entre outros. Assim, ambos os conceitos fazem parte de uma vida comum, de uma mesma trama territorial (Abramovay, 2000:15).

Nesta perspectiva consideramos importante fazer uma breve referência à caracterização da província da Huíla e dos três municípios onde se desenvolverá o nosso trabalho, os municípios do Lubango, Matala e Humpata, sendo que nos últimos a actividade principal é a agricultura e a pecuária diferindo no tipo de culturas e no grau de mecanização dos meios utilizados nestas actividades.

A Província da Huíla situa-se no sudoeste de Angola, abrangendo uma área de 78.879 km². Está delimitada a Oeste pela Província do Namibe, a norte pelas Províncias de Benguela e Huambo, a leste pelas Províncias do Bié e do Kuando-Kubango, e a sul pela Província do Cunene. Actualmente a divisão administrativa da Província da Huíla é composta por 14 municípios, 45 comunas (GPH, 2009).

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

Considera-se população urbana a que reside na sede da província em habitações definitivas. Na sua grande maioria são funcionários públicos, empregados do comércio e serviços e empresários. O Lubango, sede administrativa da província alberga o Governo Provincial, Delegações Provincial dos Ministérios, Direcções Regionais de Organismos e Empresas Públicas e ainda as principais infra-estruturas de apoio (escolas, institutos médios, universidades, hospitais, armazenistas, etc.). Concentra maioritariamente a classe média e alta da Província. A cidade encontra-se no centro de um conjunto de eixos de vias de comunicação que ainda mantêm alguma actividade e que imprime alguma animação económica à mesma (GPH, 2009).

Os municípios da Matala e Humpata enquadram-se no que o GPH, (2009) considera população rural urbana, a qual reside nos centros rurais que correspondem às sedes dos municípios e que têm como rendimento actividades de índole comercial, agrícola e serviços (funcionários públicos). A fuga por parte das populações rurais por causa da guerra aumentou a pressão demográfica nas sedes municipais sob

administração do governo, provocando situações de ruptura. Os municípios da Matala e Humpata têm ainda algumas condições particulares que interessa realçar. A actividade agrícola geradora de excedentes não se perdeu totalmente, existem ainda restícios de alguma agricultura estruturada. Também a situação geoestratégica em termos dos principais corredores de transportes, o acesso às vias de comunicação possibilitou algum nível de conservação das estruturas produtivas pelo que o rendimento nestas vilas é maior do que nas restantes GPH (2009).

Segundo o GPH (2009), a população da província da Huíla apresenta relativa homogeneidade. Com efeito, pertence, na sua maioria, à etnia dos Muílas, que conjuntamente com os Gambos constitui uma unidade maior, os Nhanecas. Neste sentido, poder-se-á dizer que a população huilana pertence especificamente a seis grupos etnolinguísticos, designadamente os Nyaneca-Nkhumbi, Umbundo, Nganguela, Quioco, Herero e não-Bantu.

Os dados demográficos disponíveis são extremamente escassos, embora os que serão apresentados mereçam um grau de confiança relativa devido aos seguintes factores: falta de um censo recente; divergências nos valores dos dados nas diversas fontes consultadas; movimentos populacionais provocados pela situação de guerra; Os dados referentes aos anos de 1985, 1990, 1993 e 1998 são valores estimados e não valores absolutos. Contudo, esta situação não impossibilita uma análise demográfica representativa da população em estudo.

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

Abordamos a nossa matéria a partir de alguns conceitos chave, tais como: Violência política, impactos psíquicos, ansiedade e depressão.

A violência como objecto de estudo é algo muito geral. Diríamos que ela, enquanto objecto material, precisa ser delimitada pelo ponto de vista a partir do qual é estudada, ou seja, pelo objecto formal. Obedecendo a esta exigência da lógica, pretendo analisar, neste trabalho, a violência nos municípios do Lubango, Humpata e Matala do ponto de vista de sua variável política.

Foi certamente o filósofo inglês Thomas Hobbes quem realizou, na modernidade, a primeira sistematização filosófica acerca da violência como característica do homem em sociedade. Hobbes (1974) considerava que a discórdia provinha da natureza do homem, sendo que as três causas principais da mesma seriam a competição, a desconfiança e a glória. “A primeira – frisa o filósofo (Hobbes, 1974: 79) - *leva os homens a atacar os outros tendo em vista o lucro; a segunda, a segurança; e a terceira, a reputação. Os primeiros usam a violência para se tornarem senhores das pessoas, mulheres, filhos e rebanhos dos outros homens; os segundos, para defende-los; e os terceiros por ninharias, como uma palavra, um sorriso, uma diferença de opinião, e qualquer outro sinal de desprezo, quer seja directamente dirigido às suas pessoas, quer indirectamente aos seus parentes, seus amigos, sua profissão e seu nome*”.

A violência política ocorre, segundo o mesmo filósofo inglês, em dois momentos: antes do surgimento do estado e quando este se corrompe. Hobbes (1974) denomina de “*guerra de todos contra todos*” à situação de violência social anterior à criação do estado. Nela, a vida humana não valia nada e todos eram reféns do temor da morte violenta. Hobbes retratava assim essa situação, como sombrias cores que traduziriam perfeitamente o clima de violência, impunidade e insegurança que vivemos hoje nas nossas sociedades africanas: tudo aquilo que é válido para um tempo de guerra, em que todo o homem é inimigo de todo o homem é válido também para o tempo durante o qual os homens não têm outra segurança senão a que lhes pode ser oferecida pela sua própria força e sua própria invenção. Numa tal situação não há lugar para a indústria, pois seu futuro é incerto; consequentemente não há cultivo da terra, nem uso de mercadorias

por obstrução das vias rodoviárias e ferroviárias de comunicação, não há conhecimento da face da terra, nem cômputo do tempo, nem artes, nem letras; não há sociedade; e o pior de tudo, prevalece um constante temor e perigo de morte violenta. E a vida do homem é solitária, pobre, sórdida, embrutecida e curta” (Hobbes, 1974: 80).

Com Deleuze e Guattari (1997), didacticamente a violência pode ser distinguida em quatro regimes: política, guerra, crime e luta. A luta é enquadrada sob o registo da “violência primitiva” caracterizada como “golpe a golpe”, é organizada por uma série que estabelece o código reconhecido do último golpe válido, do último que tenha sido trocado ao bem que tenha sido conquistado, o que, por seu turno, possibilita até a ritualização da violência. A guerra é enquadrada como um regime distinto e distingue-se da luta enquanto mera guerra primitiva, porque se trata de identificar a mobilização de uma máquina, que implica autonomização ante um aparelho contra o qual se está guerreando. A violência como crime inscreve-se no regime do “fora-da-lei” a ser de algum modo capturada/anulada pelo “direito” – posto como algo que captura o que não lhe é de direito, (Deleuze & Guattari, 1997:89). Por fim, política de estado ou violência de direito é aquela que, a um só tempo, captura e é dotada do direito de captura; é a “violência estrutural, incorporada, que se opõe a todas as violências directas” que leva Weber a definir o estado como dotado do “monopólio da violência”, monopólio que leva os autores à deteriorização do Estado enquanto “Estado do Direito” (Deleuze & Guattari, 1997:89).

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

Esta violência conduz à abordagem de temáticas correlatas, tais como os impactos psíquicos, entre eles a ansiedade e a depressão, permitindo uma análise sobre as implicações violentas da guerra para os indivíduos e para a humanidade.

Fazendo uma breve caracterização histórica sobre os impactos psíquicos da violência, é de salientar que nos diferentes estudos realizados aquando da Primeira Guerra Mundial, os principais impactos psíquicos descritos foram os estados confusionais e a histeria de conversão (Baddoura, 2002a: 51-55).

Na segunda guerra mundial, as principais patologias assinaladas foram: estados psicóticos agudos; distúrbios psicossomáticos, sobretudo nas camadas de nível socioeconómico elevado; as neuroses de guerra, caracterizadas, nomeadamente, por inibição da actividade, atitudes regressivas, distúrbios emocionais acompanhados por agressividade ou choro, medo intenso, obsessões, pesadelos, enquadrando-se alguns dos sintomas descritos no que se chama de stress pós-traumático (Baddoura, 2002a: 51-55).

Nas guerras mais recentes, por exemplo no Líbano, no Vietname, nos territórios ocupados da Palestina por Israel, são também descritos impactos psíquicos, nomeadamente: descompensações psicóticas, sobretudo nos jovens; depressão, ansiedade e sintomas hipocondríacos, sobretudo nos indivíduos mais idosos; doenças psicossomáticas e neuroses de guerra, sobretudo nos indivíduos de nível socioeconómico mais elevado; crises históricas e estados confusionais, sobretudo nos indivíduos de nível socioeconómico baixo (Baddoura, 2002b: 51-55).

Este mesmo autor, reportando-se aos efeitos da guerra do Líbano na população, refere que as taxas de depressão acompanhadas de ansiedade, os distúrbios somáticos e as preocupações hipocondríacas aumentaram significativamente, devido, entre outros: ao perigo, ao medo e à insegurança; à crise económica; à utilização de drogas durante os combates; à deslocação da população e à perda de bens pessoais; à perda de valores morais e sociais; à facilidade em aceder à droga a preços baixos (Baddoura, 2002b: 51-55).

O impacto dos conflitos na saúde mental é influenciado por uma série de factores dentre estes se incluem: a saúde psicológica dos afectados, antes do evento; a natureza do conflito; a forma de trauma (se é resultado de viver a experiência e assistir a actos de violência ou

se é directamente infligido, como no caso de tortura e de outros tipos de violência repressiva); a resposta ao trauma por indivíduos e comunidades; o contexto cultural em que ocorre a violência (Summerfield, 1991).

Com base no acima exposto os aspectos psicopatológicos de alguns elementos da violência que fazem parte do nosso objecto de investigação são a ansiedade e a depressão. Muito embora os actuais manuais de classificação de doenças mentais tratem separadamente os quadros ansiosos dos afectivos, pesquisas e autores têm se preocupado em estabelecer relações entre esses dois estados psíquicos.

Entende-se por Ansiedade, o estado de angústia e de preocupação exageradas geralmente sem objecto definido, ao contrário das fobias. A ansiedade está, no entanto, ligada ao medo, tensão, e pode apresentar sintomas como dispneia e taquicardia. Todas as neuroses apresentam formas de ansiedade. As crianças podem passar por estados de ansiedade quando se sentem isoladas e desprotegidas. Fala-se de ansiedade objectiva sempre que existem causas reais, objectivas para a mesma – não é, neste caso, uma forma de neurose (Mesquita, & Duarte, 1996a: 44-49).

As teorias de S. Schachter e de R. Lazarus são duas teorias psicológicas precursoras de praticamente todas as abordagens modernas da ansiedade. Os trabalhos de Schachter salientaram-se por terem demonstrado a influência de factores cognitivos nos estados emocionais. Devido à forte influência da medicina a concepção de ansiedade na altura prevalecente via esta como um fenómeno psicologicamente determinado, em que os aspectos psicológicos eram considerados como que epifenómenos. Neste sentido, as pesquisas de Schachter foram revolucionárias e precursoras das modernas concepções psicológicas da ansiedade. Para este autor, a actividade fisiológica fornece feedback ao cérebro, originando um estado afectivo indiferenciado. O que a pessoa vai sentir, em termos de emoção, resulta de um rótulo que ela dá a esse mesmo estado de activação.

Centramos o nosso estudo na teoria de Spielberger (1981), por parecer mais adequada à pesquisa sobre impactos psíquicos da violência. Na teoria de

Spielberger (1981) é atribuído um papel fundamental à avaliação cognitiva na evocação de estados de ansiedade, bem como aos processos cognitivos mobilizados para os eliminar ou reduzir. A activação de estados de ansiedade envolve uma sequência de acontecimentos ordenados temporalmente iniciados por estímulos internos ou externos e avaliados pelo indivíduo como perigosos ou ameaçadores. A avaliação do estímulo ou situação como ameaçadora seria também influenciada pela capacidade pessoal do indivíduo, sua experiência passada, nível de ansiedade e pelo objectivo inerente à situação. Neste sentido, e parafraseando Spielberger (1981) *qualquer estímulo interno ou externo cognitivamente como ameaçador evocará uma reacção de ansiedade como estado. A intensidade e duração dessa reacção emocional serão proporcionais ao grau de ameaça que a situação se põe ao indivíduo, bem como a persistência dos estímulos que a evocam.*

Assim, deduzimos que a duração de uma reacção de ansiedade depende da interpretação da ameaça, da persistência e dos mecanismos psicológicos de defesa que no passado se mostraram eficazes na redução dos estados de ansiedade. Em suma, a Teoria da Ansiedade de Spielberger (1981), que adoptamos para o nosso estudo, fornece-nos uma análise sequencial cruzada do fenómeno da ansiedade.

O conceito de depressão no contexto da nossa problemática remete-nos para o que está definido e aceite a nível mundial no seio da psiquiatria e psicologia, ou seja, é uma perturbação de humor caracterizada por sintomas como apatia, tristeza, irritabilidade, múltiplas queixas somáticas, ideias agressivas e perda de interesse. Alguns dos aspectos desta doença que causam impacto são: a elevada frequência na população e o caminho traçado para a cronicidade; a comorbilidade com outras problemáticas psiquiátricas; e a forte associação a problemas físicos (Maia, 2001).

A sua identificação tem sido explorada segundo duas organizações: a Organização Mundial de Saúde através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (1992) – na sua

décima revisão (CID-10) e a Associação Americana de Psiquiatria com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (1994).

Para o nosso estudo sobre a depressão recorreremos à teoria cognitivo-comportamental que integra técnicas e conceitos vindos de duas principais abordagens tais como a cognitiva e a comportamental. A Teoria Cognitiva utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e compreensão dos fenómenos relativos à psicologia humana. No entanto, constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os factores cognitivos da psicopatologia. Vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afecto, o comportamento, a biologia e o ambiente (Shinohara, 1997; Shaw & Segal, 1999).

De acordo com a Teoria Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida. Com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre a sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação estas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou estruturas. Uma estrutura cognitiva é um componente de organização cognitiva em contraste com os processos cognitivos que são passageiros (Beck, 1963; 1964).

A Teoria Cognitiva de Beck é considerada, actualmente, como a principal abordagem cognitiva. De acordo com a abordagem cognitiva de Beck, os pensamentos e avaliações negativos, comumente encontrados em pacientes com depressão não constituem um sintoma somente, mas são factores que estão na própria manutenção desta psicopatologia. Em consequência desta visão, a depressão na Terapia Cognitiva, assim como os demais transtornos psiquiátricos, é tratada levando o paciente a identificar e alterar esses pensamentos disfuncionais (Biggs & Rush, 1999).

Metodologia

Utilizamos neste estudo uma combinação das metodologias quantitativa e qualitativa. Atendendo aos objectivos específicos do estudo (Diagnosticar a prevalência e a intensidade de casos de ansiedade e depressão presentes no momento do estudo e relacionar as variáveis ansiedade e depressão) enveredamos pela metodologia quantitativa pois este tipo de abordagem permite a realização de um estudo com grandes amostras representativas (n=300) e os dados foram recolhidos a partir dos inquiridos, sob a forma de questionários. No que respeita ao tratamento estatístico dos mesmos, foram utilizados os métodos estatísticos descritivos bem como análises de variância para avaliar as interacções entre as variáveis ansiedade e depressão e as variáveis sócio-demográficas.

Num segundo momento utilizamos entrevistas. A nossa justificação para a escolha desta metodologia assentou nos seguintes pressupostos:

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

(ii) Na psicologia o narrar, a entrevista, o diálogo são recursos primordiais na elaboração do diagnóstico.

Nesta área é fundamental construir o percurso de vida do entrevistado e enquadrá-lo com os seus diversos contextos, para que seja possível compreender o aparecimento das perturbações e respectivas repercussões. Fleming (2003) afirma que muitas vezes ao sofrimento psíquico estão associadas narrativas.

Para avaliar o diagnóstico e prevalência das perturbações psicológicas de ansiedade e depressão e para recolher dados sócio-demográficos, foram aplicados os seguintes questionários ao total da amostra:

O Questionário de Beck é um questionário de depressão para adultos (Beck, 1973). Foi traduzido para português por McIntyre e McIntyre (1995a: 18-24) e constitui um questionário composto por vinte e um itens orientados para a pesquisa de sintomas depressivos.

Para a ansiedade utilizou-se o Inventário de Ansiedade Idate-Estado, desenvolvido por Spielberger et. al (1970: 25-28) já que escolhemos para a nossa abordagem teórica fundamental sobre a ansiedade a teoria de Spielberger. O IDATE é um inventário de auto-avaliação utilizado para medir o estado de ansiedade. Este foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Biagio e Natalício (1979). Foi adaptado e utilizado em Angola por Gelma, (2009) num estudo da ansiedade nos alunos do IMELUB durante as provas.

Tabela 1. Apresentação descritiva das variáveis sócio-gráficas (N=300)

Variáveis		Zona urbana		Zona rural		Total	
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Género	Masculino	76	50,6%	83	55,3%	159	53%
	Feminino	74	49,4%	67	44,7%	141	47%
Grau de escolaridade	Primário	58	38,6%	62	41,33%	120	40%
	I ciclo	27	18%	48	32%	75	25%
	II ciclo	65	43,4%	40	26,67%	105	35%
Religião	Católica	57	38%	75	50%	132	44%
	Protestante	44	29,3%	40	26,6%	84	28%
	Adventista	36	24%	26	17,4%	62	20,6%
	Outras	13	8,7%	9	6%	22	7,4%

Análise e interpretação dos dados

Na análise dos dados obtidos nos inquéritos utilizou-se o programa de análise estatística SPSS-win versão 15. Para a interpretação dos dados, recorreu-se aos elementos obtidos pela observação directa e pelas entrevistas.

Os dados ilustram uma grande homogeneidade existente, em termos das variáveis utilizadas, no universo inquirido:

exceptuando a escolaridade, naturalmente maior na cidade, são nestes termos muito poucas as diferenças entre as zonas rural e urbana.

Tendo estas informações como referência, passamos a examinar os resultados relativos às variáveis que medem ansiedade e depressão.

Tabela 2. Frequências das variáveis ansiedade e depressão

	Graus	Zona urbana		Zona rural		Total	
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Intensidade de ansiedade	Ansiedade leve	9	6%	3	2%	12	4%
	Ansiedade moderada	115	76,6%	142	94,6%	257	85,6%
	Ansiedade alta	26	17,4%	5	3,4%	31	10,4%
Diagnóstico de depressão	Sem depressão	87	58%	96	64%	183	61%
	Com depressão	63	42%	54	36%	117	39%

Nos termos descritivos da tabela, registamos, antes de tudo um alto nível geral de ansiedade - uma vez que "ansiedade moderada" (94,6%) já corresponde a um quadro patológico. Ainda se verifica que mais de um terço das pessoas padece de depressão (39%). Ainda verificamos que, em termos de ansiedade moderada, a zona rural apresenta índices superiores aos da zona urbana, mas apresenta índices inferiores quanto à ansiedade alta. A zona rural apresenta menor prevalência de depressão (36%) do que a

zona urbana (42%), embora o teste t de student não tenha dado significativo quanto à depressão (ver tabela 3). Se por um lado, a zona rural apresenta menos stress, o que explica os valores baixos de ansiedade alta, por outro é de reflectir sobre o facto da ansiedade moderada ser bastante elevada nesta zona. Factores como a falta de estruturas de saúde, de educação, entre outras, nas zonas rurais pode ser um factor de stress a considerar como explicação para estes resultados.

Tabela 3. Existência de diferenças na ocorrência e na intensidade de ansiedade e depressão, entre as zonas urbana e rural

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

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

As técnicas de investigação seleccionadas para este segundo momento basearam-se na:

(i) Observação uma vez que como pesquisador no local onde se realizou o trabalho de campo estabeleceu-se relações de maior ou menor formalidade com os elementos da amostra, permitindo observar outro tipo de interacções e situações que não são possíveis aquando da aplicação da entrevista;

(ii) Pesquisa bibliográfica e documental, que permitiu definir e enquadrar o objecto de estudo, bem como fornecer importantes dados sobre os procedimentos metodológicos e consequente interpretação e interligação dos resultados obtidos com a literatura;

(iii) Entrevista semi-estruturada aprofundada em perspectiva diacrónica, onde o objectivo não foi apenas

considerar as perturbações psíquicas (ansiedade e depressão) de cada entrevistado mas também a sua trajectória de vida no período de guerra civil no sul de Angola, focando aspectos pré-definidos.

O estudo teve uma amostragem do tipo aleatória estratificada, no primeiro momento da pesquisa quantitativa, composta de 300 sujeitos, sendo 150 do Lubango e 150 distribuídos pelos municípios da Matala e Humpata e no segundo momento da investigação qualitativa seleccionamos alguns indivíduos em cada um dos municípios num tipo de amostragem por conveniência, isto é, aqueles que de entre os seleccionados da amostra anterior se dispuseram as entrevistas.

Assim, foram considerados os seguintes critérios:

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

(ii) Elementos que se deslocaram das suas zonas de origem, devido a guerra, para os municípios do Lubango, Matala e Humpata.

Conclusões :

O factor guerra contribuiu directa ou indirectamente para sequelas de ansiedade e depressão, possivelmente a nível do stress pós-traumático, uma vez que esta é uma perturbação de ansiedade muito frequente em populações que sofreram conflitos armados e foram expostas à violência. Esta ideia é reforçada pelo facto de existir maior prevalência de ansiedade na zona rural, onde 41% da população é deslocada de guerra.

Outra conclusão a que chegamos é de que a soma dos vários tipos de violência é sensivelmente a mesma na cidade e na zona rural, isto é, tanto a violência derivada do

prolongado período de guerra, como aquela que não aparece tão explicitamente. É esta situação que explica a marcada semelhança dos resultados com respeito aos impactos psíquicos, semelhança esta que até permite falar de homogeneidade. Este resultado entre a zona rural e urbana pode ser explicado pelo facto de, a maioria dos deslocados de guerra que se encontram na zona rural já se terem fixado nesta zona há mais de 15 anos e como tal já estão integrados e com as mesmas regalias e dificuldades dos restantes. Ainda, a maioria das populações da zona rural sobrevivem, tal como as da zona urbana, do comércio informal, tendo por isso padrões de vida semelhantes.

Bibliografia:

Abramovay, R. (2000). *Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*. Rio de Janeiro. IPEA. (Texto para discussão nº702).

Assegurando a Paz: Disponível em: www.smallarmssurvey.org/.../Small-Arms-Survey-2010-chapter-07-summary-po.pdf

Baddoura, Ch. (2002). *Traverser la guerre*. In B. Cyrulnik (dir.) *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur Ornain, Ed. Hommes & Perspectives..

Beck, A. (1963). *Thinking and Depression I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions*. Archives of General Psychiatry 9, 324-333.

Beck, A. T.; Freeman, A. e Col. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Nova Iorque. The Guilford Press..

Biggs, M. & Rush, J. (1999). *Cognitive and Behavioral Therapies alone and combined with antidepressant medication in the treatment of depression*. In D. S. Janowsky (Ed.) *Psychotherapy, indications and outcomes* (pp. 121-171). Washington. American Psychiatric Press.

Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993). Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre. Artes Médicas.

Conflito na África vale quanto pesa/Comunidade Segura: Disponível em: www.Comunidadessegura.org/pt-br/node/38&12-4abril.2008

Deleuze, G. ; Guattari, F. (1997). *Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo. Editora 34.

DSM – IV (APA) (1994). American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (48ª ed.) (A. Baptista, A. P. Vieira, L. C.).

Fleming, M. (2003). *Dor sem nome, pensar o sofrimento*. Porto. Edições Afrontamento. (Coleção “Ciências do Homem”).

Freud, S. (1974). *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. (J. Salomão, Trad.) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (vol.XIV). Rio de Janeiro. Imago. (Original publicado em 1915).

Gelma, R. (2009). *Estudo da Ansiedade nos Alunos do IMELUB durante as provas*. Monografia para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Educação. Lubango. ISCED.

Governo Provincial da Huila (2009). *Caracterização sócio-demográfica da província*. Lubango: GPH

Guerrero, R. (2002) *Violence is a health issue*. *Bull World Health Organ*.80(10)p.764.

Hobbes, T. (1974). *Leviatã, ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*. (Tradução de J. P. Monteiro). 1ª edição. São Paulo. Abril Cultural.

Ignatiev, O. (1977). *Uma arma secreta em África*. Moscovo. Edições Progresso.

Krug Eg, Dahiberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (2002). *World report on violence and health*, Geneva: World Health Organization.

Lazarus, S.; Avarill, J.r. (1972). *Emotion and Cognition with special reference to anxiety*. In Spiellberger, CD. (Ed.). *Anxiety and behavior*. New York. Academic Press.

Maia, A. (2001). *Narrativas, Protótipo e Organização no Reconhecimento da Depressão*. Braga. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.

Mesquita, R. & Duarte, F. (1996). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa. Plátano Editora.

Minayo, M. (2005). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Pires, R. et al. (1984). *Retornados. Um Estudo Sociográfico*. Caderno 14. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Ratilal, A. (1997) Moçambique: *Que caminhos para a reintegração psicossocial da criança?* Revista de Psiquiatria, vol X(Supl 1)pp.23-29.

Serra, V. (1995). *Experiência Crítica de Algumas Escalas Portuguesas de Avaliação Clínica*. Conferência de Abertura à III Conferência Internacional de «Avaliação Psicológica: Formas e Contextos». Apport, Universidade do Minho, 6 de Abril. Braga, Apport.

Shaw, B. & Segal, z. (1999). *Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression*. In D.S. Janowsky (ED.) *Psychotherapy, indications and out-comes* (pp.173-195). Washington. American Psychiatric Press.

Shinohara, H. (1997). *Conceituação da terapia Cognitivo-comportamental*. Em: R. A. Banaco (Org.) *Sobre comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*, V3(pp.1-5). São Paulo. Editora Arbytes.

Spielberger, C. O.; Gorsuch, R. L.; Lushene, R. E. (1981), *Manual for the Stait Anxiety Inventory*, Paio Alto, CA, Consulting Psychologist Press.

Summerfield D. Toser L. (1991) *Low intensity war and mental trauma in Nicarágua: A study in a rural community*. *Med war*. 7(2)pp. 84-99.

Ventura, M. & Mcintyre, T. (1997). *Crianças de Guerra: Um estudo de PTSD em Adolescentes Angolanos*. Revista de Psiquiatria, Vol X(Supl 1)pp.15-18.

Ventura, M. (2002). *O Stress Pós-Traumático e suas sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola*. Luanda: Editorial Nzila.

Zlotnick, C. et al. (2006). *Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile*. *Psychol Med*.36(11)pp.1523-33.