

**Mental Health: A Study
on Post-traumatic Stress
Disorder, Anxiety and
Depression in Rural and Urban
Areas of Southern Angola**

ABSTRACT | Introduction: *Angola is an African country that has lived a civil war for almost 40 years. Much of its population was exposed to war or traumatic events. Stress results from unbalance between demands from aggression situations and resources available to individuals in order to deal with such situations. Individuals facing traumatic events can manifest post-traumatic stress disorder or anxiety and depression reactions. Objective:* *The aim of the present study is to verify whether there is difference in traumatization, anxiety and depression degree between individuals living in urban (less exposed to war) and rural (more exposed to war) areas. Methods:* *The sample comprised 300 individuals from Matala (rural area) and other 300 from Lubango community (urban area). Participants were in the age group 18 - 65 years - 22.7% were women and 77.3% were men. Results:* *Based on the results, there are no significant differences between individuals living the rural and urban areas when it comes to post-traumatic stress disorder. However, higher anxiety levels were observed in rural areas (94.6% versus 76.6% in urban areas), and higher depression prevalence was recorded in urban areas (42% versus 36% in rural areas). Conclusion:* *Although Angola has been living in peace for approximately 17 years now, its population still presents visible war sequels and markedly high traumatization, anxiety and depression rates.*

Keywords | *Post-traumatic Stress Disorder; Anxiety; Depression.*

**| Saúde mental: um estudo sobre
transtorno de stress pós-traumático,
ansiedade e depressão nas zonas
rurais e urbanas do Sul de Angola**

RESUMO | Introdução: Angola é um país africano que viveu uma guerra civil por quase 40 anos. Grande parte da população esteve exposta à guerra ou a eventos traumáticos. O estresse resulta de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos do indivíduo para o enfrentar. Um sujeito que enfrenta acontecimentos traumáticos pode vir a manifestar reações de transtorno de stress pós-traumático ou ainda de ansiedade e depressão. **Objetivo:** verificar se existe diferença quanto ao grau de traumatização, ansiedade e depressão entre os sujeitos da zona urbana (menos exposta à guerra) e rural (mais exposta à guerra). **Métodos:** A amostra é composta 300 sujeitos pertencem à Matala (zona rural) e outros 300 à comunidade do Lubango (zona urbana). As idades estão compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sendo 22,7% do sexo feminino e 77,3% do masculino. **Resultados:** Em relação ao transtorno de stress pós-traumático, não há diferenças significativas entre a zona rural e a urbana, enquanto se verificou um nível mais elevado de ansiedade na zona rural (94,6% contra 76,6% na zona urbana) e uma prevalência maior de Depressão na zona urbana (42% contra 36% da zona rural). **Conclusão:** Embora Angola viva uma situação de paz há cerca de 17 anos, ainda se verificam sequelas da guerra na população, sendo os índices de traumatização, ansiedade e depressão bastante elevados.

Palavras-chave | Perturbação de Stress Pós-traumático; Ansiedade; Depressão.

¹Instituto Superior Politécnico Tundavala, Angola.

INTRODUÇÃO |

Durante muitos anos tem-se vindo a fazer estudos sobre *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), Ansiedade e Depressão 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 a ansiedade, o trauma e a depressão em adultos e crianças tem sido uma preocupação.

Investigadores americanos como Kessler et al.⁶ relatam que mais da metade dos americanos estiveram expostos a eventos traumáticos durante a sua vida. Contudo, menos de um décimo daqueles que tiveram experiências traumáticas desenvolveu sintomas de PTSD ou outra perturbação de ansiedade ou depressão. 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, de ansiedade e de depressão do que os americanos, sendo que aproximadamente três quartos dos militares encontram-se traumatizados.

Investigadores como Stein, Walker e Fordes (referidos por Han, Kaminski, Huynh⁵) colocam a questão do porquê de algumas pessoas expostas a eventos traumáticos continuarem o seu desenvolvimento normal enquanto outras continuam a sofrer conseqüências 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 essa questão chegaram à conclusão de que mecanismos bio-psico-sociais estão na resposta a esse 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 o enfrentar³. Um sujeito que enfrenta situações ou acontecimentos traumáticos pode vir a manifestar reações conhecidas pelo nome de PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*), vulgarmente denominadas de trauma, ou ainda manifestações gerais de ansiedade ou depressão. O PTSD é uma categoria

diagnóstica relativamente recente, reconhecida pelos meios psiquiátricos americanos (DSM-IV-TR) e europeus (CID-10). Faz parte das perturbações de ansiedade. 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 desse tipo, ou ter acumulado uma série de acontecimentos estressantes que provocam a patologia. Tais acontecimentos nem sempre deixam marcas. Quando isso 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. Paralelamente ao surgimento do PTSD ou sem estar associado a este, os acontecimentos traumáticos podem gerar perturbações de ansiedade ou de depressão.

A doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias, que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação de humor, que se caracteriza por uma variedade de sintomas físicos e emocionais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica¹³.

Os sintomas mais característicos da depressão são:

- humor deprimido persistente;
- perturbações do sono;
- perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais;
- diminuição da energia e fadiga;
- perda de apetite ou de peso;
- sentimento de culpa;
- dificuldade de concentração;
- diminuição do desejo sexual.

Para além destes, estão também presentes ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão.

Segundo Serra,¹⁰ “a ansiedade é um termo tão divulgado que faz parte da linguagem comum, e é empregado nas mais variadas aceções”. Para o autor, a ansiedade é um conjunto complexo de emoções, formado pela emoção dominante do medo, à qual se associam outras, como a culpabilidade, a amargura, a vergonha e o interesse-excitação.

O impacto dos acontecimentos traumáticos pode modificar os indivíduos nos planos biológico, psicológico e social. Monteiro⁹, afirma 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. Mostra 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, a sua reatividade ao meio tivessem ficado presos ao acontecimento.

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 Monteiro⁹ “o ser humano envia para a memória os acontecimentos pelos quais vai 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. Recordam pormenores como se o acontecimento traumático acabasse de acontecer. Por isso, muitos dos sintomas de 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”.

O problema da traumatização PTSD, da ansiedade generalizada e da depressão na população angolana é um assunto quer da sociedade quer da 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 17 anos desde que se instalou a paz em Angola, ainda se encontram sequelas psicológicas. Este estudo tem por objetivo verificar se existe diferença quanto ao grau de traumatização, ansiedade e depressão entre os sujeitos da zona urbana (menos exposta à guerra) e rural (mais exposta à guerra).

MÉTODOS |

Este estudo foi realizado na zona da Matala e Lubango (província da Huíla), sendo que 300 sujeitos pertencem

à comunidade da Matala (zona rural), e outros 300 à comunidade do Lubango. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 65 anos (média 29,4 anos), sendo 22,7% do sexo feminino e 77,3% do masculino.

A subamostra do Lubango é constituída por sujeitos maioritariamente nascidos no Lubango. Grande parte dos sujeitos da subamostra da Matala são provenientes de outras províncias vizinhas e deslocaram-se para essa zona fugidos da guerra ou à procura de melhores condições de vida. Nessa subamostra, 46,4% são sujeitos que se deslocaram para a Matala fugidos da guerra, enquanto 53,6% são nascidos nesse município ou deslocados por outros motivos que não a guerra. Quanto às habilitações literárias, dos sujeitos inquiridos, 73% frequentam ou possuem nível médio de ensino, e 24,8% níveis mais baixos de ensino. Apenas 2,2% são analfabetos.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

Variáveis	Percentagem	Média
Idade	-	29,4
Sexo		
Feminino	22,7	-
Masculino	77,3	-
Profissão		
Funcionários	47,3	-
Estudantes	28	-
Outras	24,7	-
Habilitações		
Ensino Médio	73	-
III nível	18	-
Outros	6,8	-
Analfabeto	2,2	-
Motivo deslocação		
Guerra	46,4	-
Outros	53,6	-

Na altura da recolha de dados, foi pedida a autorização aos Administradores do Lubango e da Matala, tendo estes chamado os responsáveis de bairro, no caso do Lubango, ou os sobas (autoridades tradicionais), no caso da Matala, para explicar o que se pretendia com o estudo. 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 da zona da Matala 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 três questionários que mediam o trauma (PTSD), a ansiedade e a depressão. Seguidamente os sujeitos foram entrevistados, com vista a tornar claras algumas das respostas dadas nos questionários para avaliar o grau de traumatização (Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático-PTSD), a ansiedade (Inventário de Ansiedade-Estado) e a depressão (Questionário de Beck).

Em relação aos questionários referidos, o primeiro “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático”²⁸ é constituído por 17 itens de resposta dicotómica e foi construído com base nos critérios de diagnóstico para o PTSD de acordo com o DSM-IV (*American Psychiatric Association*), e validado para Angola, tendo apresentado boas características métricas. O Questionário de Beck, tradução para português de McIntyre e Krippner⁷ é constituído por 21 itens orientados para a pesquisa de sintomas depressivos. Cada item exige que a pessoa escolha uma das quatro questões alternativas, ou a que melhor se adequar aos seus sentimentos e ideias. Os valores da pontuação a atribuir a cada item vão de zero a três, indicando níveis ascendentes de depressão. O resultado final é o somatório dos resultados atribuídos em cada item, que está compreendido entre 0 e 63. Os níveis de depressão são avaliados em função de uma escala assim estabelecida: de 0 a 19 (sem depressão), 20 a 30 (depressão leve), 41 em diante (depressão grave), sendo por isso considerados com depressão os sujeitos que apresentarem valores superiores a 19. O Inventário de Ansiedade Idate-Estado foi desenvolvido por Spielberger et al.¹¹ e é utilizado para medir o estado de ansiedade. Foi adaptado e utilizado em Angola por Gelma⁴ num estudo de ansiedade dos alunos do IMELUB durante as provas. O instrumento tem 20 afirmações, onde se indica a intensidade no momento do preenchimento do inventário (IDATE-Estado), através de uma escala de 4 pontos (1 a 4). O valor total da escala varia de 20 a 80 pontos, e os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. A fim de evitar a influência da “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados de forma inversa (1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20). Assim, nesses itens, as respostas marcadas com 1,2,3 e 4 recebem os valores de 4,3,2 e 1, respetivamente. Os sujeitos que apresentam uma

pontuação menor que 34 pontos têm ansiedade leve, entre 34 e 54 têm ansiedade moderada, acima de 55 pontos têm ansiedade alta.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Passados 17 anos desde que se instalou a paz em Angola, ainda se encontram sequelas psicológicas, 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.

Analisando os dados recolhidos, verificamos que, quanto ao trauma, 39,6% dos sujeitos da zona da Matala têm diagnóstico de PTSD, ou seja, esses 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. Quanto à zona urbana, os sujeitos apresentaram um resultado semelhante, e 38% têm o diagnóstico de PTSD. Onde, 38,8% da amostra global (zona rural e urbana) estão traumatizados. Esse resultado é inferior aos encontrados em estudos com militares em Angola, em que o grau de traumatização foi de 85%¹² e de 50,2% segundo Fonseca² ou ainda num estudo com crianças órfãs de guerra Culumbele e Ventura¹ onde a prevalência de PTSD foi de 80,2%. É de salientar que, enquanto os estudos anteriores foram feitos durante a guerra, este foi feito já alguns anos depois do seu final, pelo que a prevalência e a sintomatologia do PTSD estão a diminuir.

Para além da prevalência de diagnóstico de PTSD apresentado, outros há que apenas têm alguns sintomas, mas que não são suficientes para que lhes seja diagnosticado PTSD. Na amostra global deste estudo, poucos 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 de PTSD é de 13,19, quando à intensidade máxima que pode ser conseguida nessa escala é de 60 pontos. Mesmo

Tabela 2 - Médias e Percentagens das variáveis em estudo

Variáveis	Minímo	Máximo	Média	Percentagem
Dg PTSD	-	-	-	39,6
Sintomas PTSD	0	17	6,84	-
Intensidade PTSD	0	48	13,19	-

Tabela 3 - Frequências relativas ao PTSD, ansiedade e depressão nas zonas urbanas e rurais

Variáveis	Graus	Zona urbana		Zona rural		Total	
		N	%	N	%	N	%
Prevalência de PTSD	Sem PTSD	186	62%	181	60,4%	367	61,2%
	Com PTSD	114	38%	119	39,6%	233	38,8%
Prevalência de ansiedade	Leve	18	6%	6	2%	24	4%
	Moderada	230	76,6%	284	94,6%	514	85,6%
	Alta	52	17,4%	10	3,4%	62	10,4%
Prevalência de Depressão	Sem	174	58%	192	64%	366	61%
	Com	126	42%	108	36%	234	39%

Tabela 4 - ANOVA entre a zona (urbana/rural) e as variáveis PTSD, ansiedade e depressão

Variáveis	F	Significância	Resultado
Ocorrência de PTSD	0.523	.588	Não significativo
Ocorrência de ansiedade	9.707	.000	Significativo
Ocorrência de depressão	2.496	.050	Significativo

considerando que nessa 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. Isso pode ser explicado pela estabilidade social e por fatores de suporte social no pós-guerra.

Quanto às variáveis ansiedade e depressão, verificou-se um nível geral de ansiedade alto, uma vez que a ansiedade moderada (85,6%) já corresponde a um quadro patológico. Ainda se verifica que mais de um terço dos sujeitos inquiridos padece de depressão (39%). Na Tabela 3, encontramos os dados relativos às variáveis estudadas, comparando a zona urbana com a rural

Analisando a tabela acima, podemos verificar que, enquanto o grau de traumatização é semelhante nas zonas rural e urbana, existem diferenças quanto à ansiedade e à depressão nessas duas zonas. Assim, a ansiedade moderada é bastante mais elevada na zona rural do que na urbana (94,6% e 76,6% respetivamente), sendo a ansiedade alta mais elevada na zona urbana do que na rural (17,4% e 3,4% respetivamente). Quanto à depressão, a prevalência de diagnóstico de depressão é mais elevada no meio urbano do que no rural (42% e 36% respetivamente).

A diferença entre o trauma, a ansiedade e a depressão nas zonas urbanas e rurais foi verificada por meio de uma Análise de Variância, que comprovou não haver diferenças significativas quanto ao trauma, mas sim quanto à ansiedade e depressão (Tabela 4).

Uma explicação para os resultados encontrados poderá ser que a paz em Angola já dura há mais de dez anos, pelo que tanto na zona urbana como na rural as pessoas encontraram estabilidade social e, por isso, interiorizaram os acontecimentos traumáticos como pertencentes ao passado, estando os traumas resolvidos ou em remissão parcial. O mesmo não acontece com a ansiedade e a depressão, uma vez que as dificuldades económico-sociais vividas pelas pessoas aumentaram em tempo de paz, com agravamento do fosso existente entre os ricos e os pobres e um aumento da ansiedade na zona rural, onde as dificuldades económico-sociais são maiores. Contrariamente, a ocorrência de depressão é maior na zona urbana do que na rural, pois nesta última ainda prevalecem valores comunitários de solidariedade entre as pessoas, o que já é mais raro na zona urbana.

CONCLUSÃO |

Podemos concluir que os muitos anos de guerra em Angola deixaram sequelas psicológicas na população, sendo que a ansiedade é bastante elevada quer nas populações da zona urbana quer rural, manifestando-se em maior número nesta última, enquanto a depressão parece fazer-se sentir mais nas populações da zona urbana. Por último, o grau de traumatização das populações urbanas e rurais está a diminuir, se compararmos com estudos feitos durante a guerra civil, sendo, no entanto, ainda um problema que afeta um terço da população urbana e rural.

REFERÊNCIAS |

1. Cumbelembe A, Ventura M. O PTSD em crianças angolanas órfãs de guerra. In: 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa; 2009; Braga, Portugal.
2. Fonseca F. 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. Lubango. Monografia [Graduação] – Instituto Superior de Ciências de Educação; 2006.
3. Fortin L, Bigras M. La résilience dès enfants, facteurs de risque, de protection. *Pratiques Psychologiques*. 2002; (1):49-63.
4. Gelma R. Estudo da ansiedade nos alunos do IMELUB durante as provas. Lubango. Monografia [Graduação] – Instituto Superior de Ciências de Educação; 2009.
5. Han G, Kaminski P, Huynh J. Adult attachment patterns, images of self and religious faith: mediators of traumatic experience and affect-behavior regulations. In: 118. American Psychological Association Annual Convention; 2010 ago 12-15; San Diego, Estados Unidos da América.
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Adv Psychiatr Treat*. 1995 [acesso em 5 fev 2013]; 13(5):369-75. Disponível em: URL: <<http://apt.rcpsych.org/content/13/5/369>>.
7. McIntyre TM, Krippner S, editores. *The psychological impact of war trauma on civilians: an international perspective*. Westport: Greenwood Publishing Group; 1995.
8. McIntyre TM, Ventura M. Validação da escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático. Lisboa: APPORT; 1996.
9. Monteiro F. Trauma e Coping: natureza e curso de um processo. In *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: APPORT; 1996.
10. Serra AV. O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*. 1989; 1(2):93-103.
11. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for state: trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists; 1970.
12. Tyivi-Tyavo JA. Distúrbio de stress pós-traumático e da resiliência nos convalescentes das forças armadas angolanas da 5ª região militar. Lubango. Monografia [Graduação] – Instituto Superior de Ciências da Educação; 2004.
13. Wilkinson G, Moore B, Moore P. *Guia prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi; 2005.

Correspondência para/Reprint request to:

Margarida Ventura

Rua Patrice Lumumba, Lubango

Tel.: +244 261 224 245

E-mail: info@isptundavala.ed.ao

Recebido em: 12/03/2019

Aceito em: 01/06/2019