



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

SISTEMA DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL EM ANGOLA: ENTRE A TRADIÇÃO E A MODERNIDADE.

Breno Augusto Souto Maior Fontes¹

¹ Professor Associado, Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPE. Bolsista de Produtividade de Pesquisa CNPq. Gastwissenschaftler am Institut für Soziologie, Universität Hamburg, DE (abril 2010/abril 2011)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

INTRODUÇÃO

Angola, país recém-saído de uma longa guerra civil, transição de um período colonial para o Estado moderno, enfrenta problemas de dimensões consideráveis, resultantes muitas vezes desta trajetória trágica de boa parte da África subsaariana, continente com história secular de exploração e abandono. Este quadro tem reflexos importantes no sistema de atenção à saúde mental: ausência quase total do Estado para a assistência aos portadores de transtorno mental, inexistindo praticamente infraestrutura de atendimento e profissionais qualificados. Na ausência do Estado, a sociedade civil, principalmente a partir das famílias e das comunidades, provê o necessário para os cuidados daqueles que sofrem. Cuidados que são assistidos por práticas de cura tradicionais, os terapeutas que se espalham pelo país, utilizando-se de saberes ancestrais. Cuidados reforçam o apoio das famílias e das comunidades de pertencimento. Mas mesmo as fontes originadas nestas práticas de sociabilidades encontram-se deterioradas. A guerra desestruturou as comunidades, deslocando contingentes importantes de pessoas para a capital do país, desorganizando famílias e esgarçando o tecido social. As solidariedades tradicionais de apoio ancoradas nas sociabilidades primárias são substituídas pelo abandono, pela perplexidade da impotência de se ver os loucos vagueando pelas ruas da capital. Loucos ou não, o cuidar dos seus é cada vez menos freqüente, mesmo por que os outros não reconhecem os que lhe são próximos. É a face mais cruel e o efeito mais perverso deste longo período de conflito. Com efeito, como nos mostra o relatório da PNUD²

“Durante o período de conflito, estima-se que acima de um quarto da população do país foi deslocada, a maior parte para Luanda, onde se estima que habite 25% da população. Após 27 anos de sofrimento e de acordos de paz falhados, a vida diária em Angola ainda é uma luta, com a maioria dos agregados familiares vivendo abaixo da linha da pobreza. O deslocamento

² Programa das Nações Humanas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano. Construindo uma Paz Social. Angola, 2004, Capítulo I Construindo a Paz Social



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

forçado e migração... resultou no esgarçamento da solidariedade comunitária e sobre as estruturas de coesão anteriormente existentes”

As conseqüências deste longo conflito se estendem muito mais além dos visíveis problemas econômicos. Os impactos sobre os mecanismos de proteção dos desvalidos são expressivos. Angola nunca teve um sistema de proteção social estruturado nos moldes do Estado do Bem-Estar Europeu. Os cuidados e assistência tradicionalmente têm ficado a cargo das comunidades que, agora, fortemente desorganizadas, se encontram ausentes.

Para o caso da saúde mental, este quadro se agrava, pois o número de pessoa acometida de problemas psíquicos aumenta significativamente com a guerra, com a ocorrência do chamado “stress pós-traumático”, fato que se revela na ocorrência de um número importante de pessoas com idade entre 30 a 50 anos acometidas de transtorno mental, fato que VIEGAS(2010:175) destaca com propriedade:

“entre os adultos com idades entre os 31 e 50 anos evidencia-se o fato de que a sua participação direta no serviço militar, portanto, na guerra, foi seguramente maior e por um período relativamente mais longo. Muitos deles nasceram na fase final do período colonial e foram iniciados na luta pela independência. Encontramos nesta geração bastantes ex-militares cujos transtornos apresentam perfis diferentes das gerações mais jovens”.

Pretendemos, neste artigo, trabalhar informações sobre a assistência a saúde mental em Angola. Contrariamente ao que o título indica ou parece sugerir em uma primeira leitura, não temos a opinião que o problema central da assistência a saúde mental em Angola seja a ausência do Estado, da constituição de uma modernidade ancorada em um Estado do bem estar social. O fato é que não se pode afirmar que situação semelhante tenha existido em algum momento na história de Angola. A sociedade, através de práticas de cura tradicionais e de apoio originário de vínculos comunitários – típicos de sociabilidades primárias – vem administrando os cuidados dos que precisam – crianças, idosos, doentes. Com as profundas cicatrizes da guerra,



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

aparentemente, esta rede de solidariedade se deteriora, resultando em déficits de atenção e de práticas de solidariedade importante.

ANGOLA: UM PAÍS EM RECONSTRUÇÃO

O território da República de Angola compreende uma vasta região localizada na parte Austral da África, com cerca de 1,24 milhões de km² e 16 milhões de habitantes³. Ocupada pelos portugueses desde o século XVI, constitui-se, na verdade de uma área onde vivem várias etnias, organizadas em um estado nacional a partir do desenho colonial. Com efeito, vivem no território angolano diversas formações étnicas: ovimbundos, quimbundos, bakongos, umbundus, congos, luimbés, imbés, nianecas. Parte importante do território angolano constituía o Reino do Congo, que surgiu no século XIII, formado por vários povos, entre eles os bantu.

A história recente de Angola é marcada, por um lado, pela luta pela independência, iniciada no início da década de 60 e finalizada em 1975, e, por outro, pela devastadora guerra civil, deflagrada logo após a independência e que chega a termo somente em 2002. Trata-se, portanto, de um país recém saído de uma longa guerra e ainda realizando um esforço monumental de reconstrução: infra-estrutura, campos devastados e muitos deles inutilizados por minas lá instaladas, a cidade de Luanda absolutamente carente de equipamentos de infra-estrutura, saturada com impressionantes vagas migratórias, de populações deslocadas de guerra. Luanda, a maior cidade angolana, conta hoje com mais de quatro milhões de habitantes.

País de baixo nível de desenvolvimento⁴, tem por principal atividade econômica o petróleo e diamantes, seguidos de minerais diversos (cobre, manganês, fosfatos) e agricultura (cana de açúcar, café, algodão, entre outras). Recentemente, tem passado por uma fase considerável de crescimento econômico, com uma taxa anual acima dos

³ Estimativa. O último censo realizado no país teve lugar em 1970, quando Angola contava com 5.673.000 habitantes.

⁴ Com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,446, ocupando em 2007 a 162ª posição no ranking mundial



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

15%. Fato que é perfeitamente visível na cidade de Luanda, uma cidade com altos investimentos em construção civil e infraestrutura.

Malgrado o recente crescimento econômico, indiscutivelmente Angola ainda não se recuperou totalmente de sua dolorosa trajetória de descolonização. As sequelas da guerra civil ainda estão em toda parte, refletindo-se principalmente nas precárias condições de infra-estrutura. O que se traduz em indicadores sociais bastantes críticos: áreas como educação, saúde, infra-estrutura de transportes, assistência e previdência social estão ainda por construir. Populações deslocadas da guerra que hoje habitam a imensa periferia de Luanda ainda não dispõem do mínimo de infra-estrutura para condições de vida adequadas. E o imenso hinterland angolano ainda não se livrou das minas terrestres, não conseguiu reconstruir suas estradas e equipamentos mínimos que permitam a volta de seus antigos habitantes. A trajetória recente de desenvolvimento ainda não se traduz em melhoras significativas da população, com uma evolução ainda tímida do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) angolano, como nos mostra o quadro I.

O quadro nos indica, em primeiro lugar, que o país, embora tenha apresentado índices de crescimento importantes no período, apresenta uma evolução de seu IDH irregular, com baixo crescimento até o final da década de 90, e depois retrocedendo. Os baixos índices de Desenvolvimento Humano se explicam pelo fato de que, estando em um patamar de desenvolvimento modesto, os resultados do crescimento econômico sobre os padrões de vida da população são lentos; mas também há outro importante ingrediente: o fato de o país apresentar altos índices de concentração de renda. Os frutos do período de crescimento por que passa o país neste momento não são adequadamente distribuídos pela população. Este fato é perfeitamente visível no quadro II, onde se mostra o *gap* de crescimento do IDH relativamente ao PIB per capita relativamente a posição do país no cenário internacional. Com efeito, enquanto em 1982 Angola ocupava a 161ª. posição relativamente ao PIB per capita e 164ª. para o IDH, em 2002 o PIB per capita evoluiu positivamente para a 126ª. posição, enquanto o IDH permanece praticamente estacionado (165ª. posição)



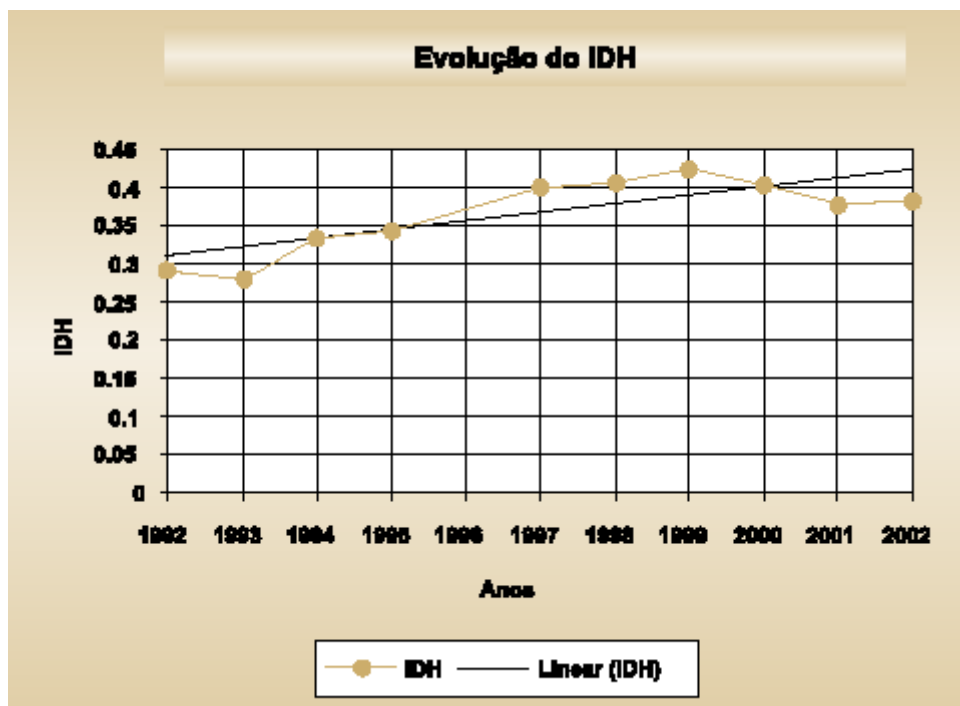
» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

QUADRO I: Angola: Evolução do IDH



FONTE: PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano. Construindo uma Paz Social. Angola, 2004

TABELA I: Angola evolução do IDF e PIB per capita

Evolução dos valores de IDH e PIB per capita e respectivas posições nos relatórios mundiais de desenvolvimento humano										
	1992	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
IDH	0.291	0.283	0.335	0.344	0.398	0.405	0.422	0.403	0.377	0.381
Posição IDH	164	165	157	156	160	160	146	161	164	166
Posição PIB per capita	161	168	133	128	143	126	102	125	132	128
Diferencial das posições do PIB per capita e do IDH	-3	1	-24	-28	-17	-34	-44	-36	-32	-38
Real PIB per capita (ppp\$) 1994			1,600	1,839	1,430	1,821	3,179	2,187	2,040	2,130
Fonte	RDH1995	RDH1996	RDH1997	RDH1998	RDH1999	RDH2000	RDH2001	RDH2002	RDH2003	RDH2004

RDH: Relatório Mundial de Desenvolvimento Humano



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

FONTE: FONTE: PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano. Construindo uma Paz Social. Angola, 2004

A realidade desta combinação perversa, a da existência de um estoque de riquezas, de um lado, e de sua apropriação por uma elite dirigente, em um padrão típico do que se denomina “*rent-seeking*”⁵, por outro, produz um quadro paradoxal de crescimento econômico e pouco resultado na diminuição da pobreza. Com efeito,

“A maldição dos recursos naturais tornou-se numa designação normal para caracterizar a situação de alguns países ricos neste tipo de factor de produção, mas que não têm conseguido aproveitá-lo no sentido da melhoria do bem-estar nacional e do progresso económico. Parece ter-se tornado evidente uma correlação negativa entre riquezas naturais - em especial petróleo e diamantes - desenvolvimento social e melhoria na distribuição dos rendimentos. Alguns dos países citados – como Angola e a Nigéria - já produzem petróleo há muitas décadas e com resultados desastrosos em matéria de desenvolvimento económico e redução da pobreza. Em 30 anos de independência, Angola não apresenta um rendimento médio por habitante superior a 850 dólares americanos em 2004 5 - contra USD 720 em 1980, detendo, por outro lado, uma das mais elevadas taxas de pobreza do mundo” (ROCHA, 2006:18)

As jazidas petrolíferas em Angola representavam, em 2004, 26,7% do total das que se localizam na África, o que significa 56% da riqueza angolana em 2005⁶. O espetacular crescimento econômico por que vem passando o país nesta última década é o reflexo do aumento dos preços do petróleo, de um lado, e do jogo delicado da geopolítica deste recurso natural⁷, que faz com que países como a China busquem estreitar os laços econômicos com Angola em troca da segurança energética. Acordos de investimentos entre os dois países, ao lado de contratos de longo prazo de suprimento de petróleo para a China mudam radicalmente a paisagem do país,

⁵ expressão tomada emprestada de ROCHA(2006).

⁶ FONTE: Relatório Económico de Angola 2005, Universidade Católica de Angola, Centro de Estudos e Investigação Científica

⁷ Sobre o assunto, consultar ALVES(2007), FERREIRA(2005),



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

especialmente na cidade de Luanda, onde são visíveis os as obras de infra-estrutura, a presença dos que chegam, na busca de oportunidades⁸

O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO EM ANGOLA

O quadro de atenção à saúde e o relativo às condições epidemiológicas de Angola reflete bem as condições do país. Condições, de um lado, de um país em reconstrução, recém saído da guerra, que provocou efeitos bastante avassaladores na infraestrutura sanitária do país; segundo fontes oficiais, “cerca de 65% das unidades de saúde foram destruídas durante a guerra. Muito equipamento foi roubado e outro estragou-se por falta de manutenção, em especial nas zonas periféricas. Entre as províncias, há grandes variações quanto à média das populações servidas pelos centros de saúde, com a Província de Cabinda a apresentar o melhor rácio – 9.400 pessoas por centro – e a Província do Bié o pior, com cerca de 460.000 por centro. Seis províncias têm um rácio acima dos 80.000 habitantes por centro de saúde (ONU, 2002).

O serviço público de atenção à saúde encontra-se em reconstrução; levando-se em conta o quadro de pobreza da população angolana, a realidade sanitária do país mostra que parte importante da população, não dispendo de condições adequadas de atendimento médico, e também condições nutricionais e de acesso a infra-estrutura básica (água potável, saneamento público, condições de habitação adequadas), apresenta indicadores de saúde bastante precários. Com efeito, como nos mostra tabela II, as elevadas taxas de mortalidade que, mesmo tendo uma queda acentuada nas duas últimas décadas, ainda indicam uma realidade que incorpora, para além das condições de oferta de serviços de saúde, o quadro geral de carência da população.

⁸ “Cinco anos após o fim de uma das piores guerras civis da história africana, Angola, movida por um boom do petróleo, tornou-se o país que mais cresce no mundo. A previsão para 2008 é de um salto de 27,2% no PIB da ex-colônia portuguesa, segundo o Fundo Monetário Internacional -o maior entre 180 países ... Perto disso, os 23,4% esperados para 2007 parecem modestos. Logicamente, o crescimento é sobre uma base reprimida por décadas de crise. No centro de Luanda, a capital, as contradições são visíveis. Erguendo arranha-céus para o governo ou petroleiras, guindastes disputam espaço com prédios dilapidados. Concessionárias despejam carros 4X4, preferência nacional, nas ruas esburacadas. Os engarrafamentos são intermináveis”. Petróleo leva crescimento recorde a Angola. Folha de São Paulo, 04/11/2007



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

São, desta forma, duas ordens de problemas relativamente ao quadro de saúde pública em Angola: (a) as precárias condições de vida da população, que a fragiliza e consequentemente aumenta os riscos de adoecimento; estes são fatores de ordem sócio-econômico que somente têm resultados satisfatórios com mudanças bastante profundas na estrutura social do país, possibilitando o acesso adequado a condições de vida dignas; (b) mas há também um outro ingrediente, relativo a questões de organização dos serviços públicos. O relatório da ONU, já citado, enumera alguns dos mais importantes:

“A capacidade do sector da saúde para satisfazer as necessidades e responder à solicitação de serviços tem estado muito limitada. São muitos os fatores que limitam a capacidade do governo para formular políticas sanitárias passíveis de implementação, adaptadas às carências e compatíveis com os recursos disponíveis. A competição com outros sectores, principalmente a Defesa, tem deixado recursos insuficientes para a saúde. Os recursos limitados da ajuda externa, a fragmentação do sistema e a falta de mecanismos de coordenação também têm responsabilidades. A instabilidade política e militar, a destruição de unidades de saúde, a inadequada capacidade de gestão (sobretudo a nível periférico) e a concentração dos profissionais da saúde nas principais capitais de província (sobretudo em Luanda), são fatores determinantes, responsáveis pela debilidade do sistema de saúde. Salários reduzidos e custos de vida elevados desmotivam os profissionais da saúde, o que se reflete na falta de pessoal a nível periférico e na baixa qualidade dos serviços de saúde aí prestados. Por outro lado, uma percentagem muito pequena da população com melhores condições económicas pode aceder a cuidados de saúde em clínicas privadas, nas principais zonas urbanas. Várias clínicas privadas surgiram rapidamente em zonas suburbanas, prestando cuidados de qualidade questionável, que nunca foram avaliados. Tudo isto se traduz em acesso limitado aos cuidados, para grande parte da população”. (ONU,2002:22)

TABELA 02: Angola – Indicadores Sanitários e sociais.

Indicadores sanitários e sociais	Por Milhar		%
	1990	2007	2006
Taxa de mortalidade nos menores de cinco	258	158	



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

anos			
Taxa de mortalidade nos menores de um ano	150	116	
Taxa de mortalidade neonatal	-	54(*)	
Expectativa de vida ao nascer	-	42(**)	
Acesso a abastecimento de água potável para populações urbanas			62
Acesso a abastecimento de água potável para populações rurais			39
Acesso a saneamento adequado – populações urbanas			79
Acesso a saneamento adequado – populações rurais			16

FONTE: http://www.unicef.org/infobycountry/angola_statistics.html#54

(*) em 2004 (**) em anos

Este relatório da ONU é do início desta década, quer dizer, pouco tempo depois do final da guerra civil em Angola. Mas o diagnóstico ainda é atual. Há, com efeito, atualmente, toda uma série de gargalos na gestão da saúde em Angola, que podem ser agrupados em três grandes grupos: (a) questões relativas ao orçamento público; (b) formação de recursos humanos; (c) infraestrutura e facilidades de disposição de equipamentos.

Tabela 03. Angola – Alguns indicadores econômicos

INDICADORES ECONÔMICOS	%
Taxa per capita de crescimento anual médio 1970-1990	0,4
Taxa per capita de crescimento anual médio 1990-2007	2,9
Taxa média anual de inflação 1990-2007	319
% da população vivendo abaixo da linha de pobreza (US\$ 1,25 dólares diários) em 2005	54
% do orçamento público alocado em defesa (1997-2006)	34
% do orçamento público alocado em saúde (1997-2006)	06
% do orçamento público alocado em educação (1997-2006)	15

FONTE: http://www.unicef.org/infobycountry/angola_statistics.html#54



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

O orçamento público, por exemplo, ainda apresenta uma distribuição bastante desigual, com importante fatia alocado para a defesa. Comparando com o que é alocado para a Saúde, por exemplo, vemos um volume 5,6 vezes maior para aquela rubrica (tabela 03).

Examinando a proposta orçamentária para 2008, do que é destinado à área de saúde, quase 80% é direcionado para o Ministério da Saúde, que distribui estes recursos principalmente em investimentos (80,4% do que foi alocado para o Ministério), provavelmente verba reservada para fazer face à necessidade de recuperação e instalação da infra-estrutura necessária ao bom funcionamento do sistema. O restante do orçamento, em torno de 20% é distribuído pelos diversos serviços de saúde do país (hospitais, centro de oncologia, Centro nacional do Sangue, Instituto Nacional de Controlo contra a SIDA, Instituto Nacional de Combate e controlo das tripanossomoses, Centro Ortopédico de Viana)⁹ Não dispomos de informações que nos permitam categoricamente afirmar este fato, mas há uma grande chance de os recursos alocados para estas unidades de saúde serem insuficientes diante de uma demanda importante de pessoas que acessam estes serviços¹⁰

Uma importante questão diz respeito à fragmentação organizacional do setor público de saúde, com a ausência de concertação entre as diversas unidades componentes do setor, resultando e mais ineficiência no planejamento e conseqüentemente alocação dos escassos recursos, com efeito, como nos mostra um relatório da OCD:

⁹ ANGOLA, Ministério das Finanças. Orçamento do Ministério da Saúde, Exercício 2008 (emissão em 30/10/2007).

¹⁰ Quando da construção deste texto, deparamo-nos com o fato de as informações sobre Angola são bastante escassas, principalmente aquelas que têm origem em fontes oficiais. Não há nada, por exemplo, no site do Ministério da Saúde. Também o mesmo fato se repete para outras informações, que recolhemos aqui e acolá, quase garimpando as páginas da internet. Importante ressaltar que este fenômeno recentemente foi denunciado pelo International Budget Partnership, que publica um relatório sobre transparência em informações fiscais. Dos 85 países investigados, Angola ocupa a 76ª. posição: "Angola e São Tomé e Príncipe pertencem ao grupo dos dez países com orçamentos públicos menos transparentes do mundo, ocupando respectivamente o 76º e último lugares no Índice do Orçamento Aberto 2008, entre os 85 países analisados. O relatório está disponível no site da Parceria Internacional do Orçamento (IBP, do inglês International Budget Partnership), com o nome "Orçamentos Abertos Transformam Vidas" (extraído do site www.agencialusa.com.br, em 14/07/2009)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Uma das causas profundas da reduzida taxa de acesso a serviços de saúde e da fraca qualidade desses serviços é a insuficiente fatia orçamental destinada a despesas sociais. Os poucos fundos destinados ao sector da saúde são fragmentados em unidades orçamentais distintas ao nível das províncias e dispersos por um vasto número de políticas, programas e planos subsectoriais, sem que haja um plano de acção que abranja todo o sector. (OCD:2005:62)

Outro grande gargalo no sistema de atenção à saúde em Angola, os recursos humanos. Encontra-se inscritos na Ordem dos Médicos de Angola 2.220 profissionais, distribuídos em diversas profissões, o que representa um índice de 1,38 médicos por 100.000 habitantes, para uma população estimada de 16 milhões de habitantes¹¹. Destes registrados, apenas 564 profissionais estão atuando no território angolano¹². A distribuição destes profissionais é bastante irregular, concentrando-se nas especialidades de Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, que totalizam 42,55% dos médicos atuando em Angola. Especialidades como Neurocirurgia, Imagiologia, Oncologia são absolutamente carentes, com um, três e três profissionais, respectivamente, atuando no país. Ainda outro complicador: parte significativa dos profissionais trabalha nos centros urbanos, especialmente na cidade de Luanda, deixando regiões inteiras do país desprovidas de qualquer assistência. Nas três principais especialidades médicas acima citadas, por exemplo, 76% dos profissionais atuam na cidade de Luanda.

Este quadro de desassistência, carência de equipamentos e de recursos humanos é crônico e se reflete em todos os campos de atenção à saúde. Indica, de um lado, carências acumuladas, que, mesmo com monumental esforço, não são passíveis de serem resolvidas de pronto; e por outro, somando-se ao quadro de desigualdade social do país, as consequências da guerra que, além de destruir parte significativa da infra-estrutura do país, desloca suas populações, inchando as cidades; provoca desestruturação dos vínculos sociais, muitos deles ainda ancorados em práticas de sociabilidades tradicionais. Estas populações, desenraizadas, deslocadas para as

¹¹ este número muito baixo. Tomando como exemplo a comunidade europeia, temos o número de 330 médicos especialistas para 100.000 habitantes (Informações da OECD);

¹² segundo informação de ANTUNES(2009)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

periferias das grandes cidades, sofrem. E os reflexos bastante significativos, como veremos, se dão com o agravamento de ocorrência de transtornos mentais.

A SAÚDE MENTAL EM ANGOLA

Informações oficiais que dispomos sobre o sistema de atenção à saúde mental em Angola resumem-se àquelas publicadas pela Organização Mundial de Saúde, no Atlas de Saúde Mental, em 2005. O que se dispõe neste texto são dados fragmentados, indicando uma ausência de documentos oficiais sobre o assunto:

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

O relatório ainda apresenta algumas informações epidemiológicas, dispostas no quadro abaixo:

TABELA IV: Atenção à Saúde Mental em Angola

Indicadores da rede de saúde mental	%
Leitos Psiquiátricos por 10.000 habitantes	0,13
Leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos	0,07
Número de psiquiatras por 100.000 habitantes	(*)
Numero de neurocirurgiões por 100.000 habitantes	0,032
Número de enfermeiros psiquiátricos por 100.000 habitantes	(*)
Número de neurologistas por 100.000 habitantes	0,032
Número de assistentes sociais por 100.000 habitantes	(*)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

(*) Valores próximos a zero

FONTE: WHO(2005:58)

Não encontramos informações sistematizadas sobre o perfil epidemiológico da saúde mental em Angola. O que sabemos é que a história recente do país deixa marcas profundas em seus habitantes, com efeitos também bastante visíveis na saúde mental: as quase três décadas de conflito, além de provocar diretamente quadros de stress pós-traumático¹³, resultaram em impactos profundos na organização social das comunidades, com o deslocamento causado pela guerra, as migrações descontroladas para a cidade e a consequente ocupação das periferias urbanas com assentamentos absolutamente desprovidos de condições de habitabilidade. Famílias que se destruíram, territórios descaracterizados, com efeitos graves na construção das identidades e trajetórias biográficas das pessoas, agora, deslocadas de seus pertencimentos étnicos. São questões apontadas por especialistas como agravantes do quadro de saúde mental do país¹⁴

¹³ que poderia ser definido por: “o fato de a pessoa estar exposta a um acontecimento traumático que envolve ameaça ou perigo excepcional, ou com um grau devastador tão elevado que causaria mal estar permanente em praticamente qualquer indivíduo ... (ou também) a experiência ou testemunho de um acontecimento que envolva morte, ferimento, ou ameaça à integridade física própria ou a de outra pessoa, ou a aprendizagem de um evento desse tipo vivido por um amigo próximo ou membro da família (RIBEIRO,s/d)

¹⁴ Desta forma, “embora não haja números exactos de quantos são, em Angola há apenas um hospital psiquiátrico (em Luanda) para servir doentes de 18 províncias. Um pouco por toda a cidade, desde a baixa às zonas periféricas é comum observar doentes mentais, vulgarmente conhecidos por malucos. Circulam nas ruas, de um lado para o outro, comem comida que retiram dos contentores de lixo e trajam de forma extravagante. Diariamente, o hospital psiquiátrico atende cerca de 70 pacientes provenientes das restantes províncias do país, um número que cresceu significativamente, segundo avançou a directora do hospital, Antónia de Sousa. “No passado, observávamos entre 12 a 18 doentes por dia, hoje, a procura é maior pela capacidade que temos” ... A directora geral do Hospital Psiquiátrico, Antónia de Sousa, deu a conhecer ao Novo Jornal que uma das principais causas das doenças mentais em Angola está relacionada com a guerra que o país viveu durante muito tempo, pois, muitas pessoas perderam os seus haveres e as suas famílias, o que causou danos mentais em pessoas que, possivelmente, já teriam indícios de problemas. “Sabemos que a fase da guerra foi muito difícil para muitos; há pessoas que viram coisas horríveis”, afirmou. País carece de hospitais psiquiátricos. Correio do Patriota, 18/11/2008 acesso pela internet <http://www.correiodopatriota.com> em 07/07/2009



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

O sistema de atenção à saúde mental, grosso modo, é formado, de um lado, pelo Hospital Psiquiátrico de Luanda, que oferece serviços médicos especializados; é o único do país. Por outro lado, a população recorre aos centros de medicina tradicional, espalhados pelo território nacional, que atendem e oferecem tratamento àqueles que os procuram. Procuraremos detalhar nos parágrafos seguintes esta rede de atenção à saúde mental, a ocidental e a que incorpora práticas de saberes tradicionais¹⁵.

1. O hospital Psiquiátrico de Luanda

Inicialmente integrando o Hospital Geral, enquanto ambulatório, o Hospital Psiquiátrico de Luanda existe há cerca de 70 anos. A partir da década de 1970¹⁶ se torna unidade administrativa autônoma, ligado diretamente ao Ministério da Saúde. É a única instituição do País a lidar com saúde mental. Desde os procedimentos médicos especializados, até a coleta e sistematização de informações, o Hospital, pode-se dizer, instrumentaliza as práticas de atenção à saúde mental que, como vimos não possui uma política definida: não há, por exemplo, no organograma do Ministério da Saúde de Angola, nenhum setor ou departamento encarregado de saúde mental, nem tampouco algum órgão encarregado de organizar as estatísticas e processar dados epidemiológicos¹⁷. Recolha e tratamento de dados estatísticos são feitos no próprio hospital, em um departamento especializado lá constituído.

¹⁵ As informações que se seguem foram obtidas durante visita que fiz ao País, em abril de 2009. Agradecimentos a todos que me receberam de forma bastante calorosa. Em especial a Profa. Fátima Viegas e Bernardo Viegas. Agradecimentos àqueles gentilmente abriram as portas de suas instituições, oferecendo-me as informações necessárias a este relato: Dra. Antônia Mendes Ferreira da Costa e Souza, Diretora do Hospital Psiquiátrico de Luanda; Dra. Marquinha de Lurdes M. A. Oliveira, Médica Psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico de Luanda; Papá Kitoko, terapeuta tradicional e dirigente da Fundação Kitoko

¹⁶ Segundo VIEGAS (2010:172), “a estrutura do atual Hospital Psiquiátrico de Luanda começou a ser construída em 1969, estando a cargo da Ordem hospitaleira de S. João de Deus, mediante empréstimo do Banco de Fomento. Contudo, nesse mesmo ano existiam em Angola 2 Dispensários de Saúde mental, entre os quais o serviço antecessor do Hospital Psiquiátrico de Luanda, integrado no Hospital Josina Machel (ex Maria Pia)”

¹⁷ Informações recolhidas em entrevista com técnico do Ministério da Saúde em Angola.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

O hospital conta com uma equipe médica formada por um psiquiatra, médicos residentes, psicólogos¹⁸, enfermeiros, e equipe técnica que processa análises laboratoriais. Há também a equipe administrativa, com o destaque do staff que se ocupa da estatística, principal fonte de informações sobre saúde mental do País.

O hospital atende a uma média de 80 pessoas diariamente. Dispõe de uma unidade de emergência, leitos para internamento, dispensário de medicamentos e laboratórios para diversas análises clínicas. Em 2008 o hospital atendeu mais de quatro mil pessoas, a metade em serviços de urgência; em torno de 200 pessoas foram internadas (VIEGAS,2010:172). Na parte renovada do hospital o piso superior é ocupado pela administração e pelos serviços médicos. São atendidas pessoas em emergência, e também se possibilita, caso necessário, internamentos. Estes internamentos têm duração média de três meses. No piso inferior desta parte renovada encontram-se os serviços de análise clínica – com laboratórios de análise, e o departamento de estatística.

Existem também as alas de internamento, organizadas segundo o modelo clássico das Instituições asilares¹⁹. São dois grandes pavilhões, um masculino e outro feminino, que abrigam além daqueles que passam períodos mais curtos, cerca de 200 pacientes crônicos, muitos deles residindo no hospital há vários anos. São pessoas que perderam totalmente o contato com as famílias²⁰ ou conhecidos e que praticamente não têm onde ficar. O pavilhão feminino está em estado de conservação razoável, ao contrário

¹⁸ também o hospital recebe estudantes (de medicina, psicologia, enfermagem) para estágio.

¹⁹ Instituições asilares, estabelecidas a partir da concepção de Pinel, têm por princípio o fato de que o indivíduo, para ser curado de sua loucura deve ser isolado e submetido a uma higiene moral. Sobre o assunto, consultar FOUCAULT(2005); FOUCAULT(2001)

²⁰ Um dos grandes problemas relatados pela Dra. Antônia é o abandono familiar. Pessoas que ficam internadas por algum tempo e que depois, quando têm alta, não tem para onde ir; em alguns casos o hospital procura os familiares, ou mesmo a pessoa indica o endereço de sua residência, mas, quando são achados, os que lhe são próximos recusam a acolhida. Um caso bastante significativo, descrito pela Dra. Antônia: levado a sua residência e chegando lá, a pessoa com transtorno mental e a equipe do hospital, consternados, ouviram da mãe desta pessoa que não a conhecia, que portanto não podia acolhê-la.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

do masculino, em ruínas. Com efeito, no primeiro piso, onde se alojam os crônicos e incontroláveis, a umidade, o mau cheiro e as condições de higiene são deploráveis²¹

Regra geral as instalações do hospital de Psiquiátrico de Luanda apresentam instalações razoáveis, modernas, e bem equipadas, excetuando o pavilhão masculino. Mas há o fato irretorquível de que esta é a única instituição no país que presta serviços de saúde mental o que, indiscutivelmente, não dá conta da alta demanda. Foi preciso instalar tendas militares para abrigar excedente de pessoas internas que não puderam ser alojadas nos leitos disponíveis. Estas tendas se localizam ao lado dos pavilhões, no pátio interno do hospital.

A gravidade da situação é reconhecida e se buscam soluções para conter a alta demanda por serviços no hospital. Há em curso um projeto para atendimento de pessoas com transtorno mental nas unidades de atenção básica espalhadas pelo país. Os profissionais lá atuantes seriam treinados para lidar com casos de emergência psiquiátrica, efetuando os procedimentos básicos. Com efeito, conforme afirmou a Dra. Antônia de Sousa, em entrevista a Jornal de Luanda,

“Antônia de Sousa assegurou, por outro lado, que está em curso no país um projeto de formação de quadros nas periferias para prestarem serviços básicos em saúde mental, cujo arranque está previsto para o mês de Dezembro. A diretoria referiu ainda que este projeto de formação tem como objetivo responder aos doentes em urgência de psiquiatria para que sejam reencaaminhados para o hospital psiquiátrico apenas os casos mais complicados. "Vamos começar com todos os municípios e quando terminarmos aqui avançamos para as províncias, esclareceu”²²

Contando com um quadro grave de desassistência, as pessoas com transtorno mental em Angola buscam soluções. Há a realidade de abandono e de pessoas nas ruas, mas também as soluções encontradas: técnicas terapêuticas não inscritas no modelo

²¹ trata-se, como afirmam as pessoas do hospital, de uma situação provisória, visto que um novo edifício para a ala masculina está em construção, em fase final de acabamento. O prédio em construção – que visitamos - localiza-se quase ao lado daquele em ruínas.

²² País carece de hospitais psiquiátricos. Correio do Patriota, 18/11/2008, acesso pela internet em 07/07/2009 (<http://www.correiodopatriota.com>)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

ocidental, portanto fora do Hospital Psiquiátrico de Luanda, e praticadas por pessoas que apresentam trajetórias de formação e conseqüentes modelos de diagnóstico e intervenção diversos daqueles aprendidos em escolas médicas. São os centros de medicina tradicional, existentes em diversas feições na África. Faremos, na sessão seguinte, um breve relato desta prática terapêutica, a partir de informações recolhidas durante a visita a Fundação Kitoko, localizada na periferia de Luanda.

2. As práticas tradicionais de atenção à saúde mental

Os angolanos acessam de forma intensa bens e serviços a partir do que convencionalmente se designa setor informal. Normalmente, para o caso latino-americano, visto enquanto fenômeno restrito a atividades econômicas, o setor informal em Angola apresenta particularidades: ultrapassa o mercado e também incorpora provisão de bens públicos²³.

Para a explicação deste fenômeno são apresentadas algumas causas fundamentais: (a) o fato de o mercado não dispor suficientemente destes bens; o setor informal atua, portanto, completando o mercado; (b) a atuação do setor informal também aconteceria de forma predominante onde o Estado exercesse escasso poder regulatório²⁴. As atividades tradicionalmente reguladas pelo Estado seriam, então, ocupadas pelo setor informal. Aqui referência especial ao transporte e ao mercado informal de trabalho²⁵.

Há ainda outra importante causa: setores de atividades fortemente institucionalizados, mas não acreditados pela população seriam reconstruídos informalmente. Para o caso dos países com origem colonial recente e com orientações culturais ainda fortemente ancoradas em culturas tradicionais, este fenômeno é recorrente. Como resultado, um

²³ que podem ser definidos a partir de sua característica fundamental: o fato de, uma vez produzido, todos podem consumi-los, não é, portanto, apropriado individualmente. Ver sobre o assunto SAMUELSON(1954)

²⁴ É o que afirma CACCIAMALI(2000) estão presentes no setor informal atividades, trabalhos e rendas realizadas desconsiderando regras expressas em lei ou em procedimentos usuais.

²⁵ veja, para o caso angolano, um estudo de caso sobre atividades de mercado de moeda (câmbio), transporte urbano de pessoas e de mercadorias, o texto de LOPES(2004)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

conflito entre os modos ocidentais de organização da sociedade versus os tradicionalmente orientados. Assim, modelos de organização do Estado impostos pela administração colonial de origem são fortemente contestados – na maioria das vezes não de forma explícita, mas subterrânea - surgindo padrões alternativos de organização e provisão de bens e serviços. Aqui se incluem também outros elementos não propriamente inscritos no campo de fenômenos dos bens públicos, mas com características descritas desta relação entre herança colonial e mentalidades tradicionais. A relação entre líderes comunitários tradicionais e elites políticas inscritas na ordem estatal é um exemplo clássico. Em muitos casos são organizados arranjos onde a presença destes líderes tradicionais é considerada, às vezes formalmente inscritos na ordem político-legal, como é o caso dos líderes tradicionais em Moçambique²⁶. Em Angola, a forte presença dos Soba, líderes tradicionais, parece indicar o mesmo tipo de fenômeno. Embora muitas vezes não reconhecidos no quadro legal, estes líderes exercem influência *de facto* em diversos campos, com autoridade sobre sua comunidade e intermediando atos da administração oficial²⁷. E também substituindo práticas tradicionalmente monopolizadas pelo Estado, como é o caso da administração da Justiça. Refiro-me aos tribunais populares, sistemas informais de organização da Justiça onde as comunidades, através de seus líderes, organizam fóruns para dirimir conflitos. Neste caso, colocam-se, ao mesmo tempo o fato da escassez de instâncias judiciais, de um lado, e descrença em um sistema que incorpora o aparato

²⁶ “O pressuposto normativo que giou a reintrodução dos chefes tradicionais na administração local tem como fundamento uma pretensa autoridade legítima dos chefes tradicionais por representar um poder tangível cuja autenticidade deriva de sua ligação com o passado que constitui a raiz da população. O modelo que levou a seu ressurgimento define-se claramente pelo modelo moderno x tradicional, onde o tradicional é a continuidade do passado”. JOSSIAS, Elísio. Autoridade locais em Moçambique: dinâmicas e Processos de sua articulação. in: Atas do VII Congresso Lusoafrobrasileiro em Ciências Sociais. Coimbra, 2004. extraído de <http://www.ces.uc.pt/LAB2004 em 07/07/2009>

²⁷ não pretendemos aqui desenvolver em demasia este tema complexo. Remetemos o leitor a uma literatura onde se encontram alguns detalhes desta relação dos sobas com o Estado Angolano: NZATUZOLA(1997), CAMARA(2008).



legal colonial, com as leis e códigos processuais praticamente não modificados e, em alguns casos, com origem na primeira metade do século passado²⁸.

Fenômeno semelhante acontece no campo de atenção à saúde mental. Em Angola há uma rede importante de práticas tradicionais de medicina, utilizadas enquanto substitutos da rede oficial, suprimindo as carências de atendimento da oficialmente organizada. O que difere o caso angolano – e também de alguns países africanos - de outros países não é a existência de práticas tradicionais de cura, fenômeno que existe em todas as sociedades²⁹, mas o fato de que este sistema não se apresenta somente como complementar – indicado, portanto uma escolha ou mesmo de uma prática que se julgaria mais eficaz ou adequada que aquela oferecida pela Instituição médica – mas, em alguns casos, a única alternativa para a busca da cura.

Estas práticas de cura incorporam ingredientes mágicos e tradicionais, como nos mostra Barros(2004):

“No âmbito da medicina tradicional distinguem-se a medicina popular e aquela iniciática. a primeira é constituída de um arsenal de remédios, interpretações da doença e de técnicas, patrimônio de uma vasta população, que não requerem para ser utilizado uma preparação particular do terapeuta. A segunda é patrimônio de poucos indivíduos especializados, cujas características pessoas, história e iniciação sejam singulares”.

O fenômeno do curandeirismo³⁰ não é exclusivo de sociedades tradicionais, mas faz parte mesmo da própria concepção de cura e das direções por ela apontada para

²⁸ “Os tribunais informais continuaram a ser as principais instituições através das quais os cidadãos resolveram conflitos em zonas rurais. Os líderes tradicionais (sobas), foram chamados a ouvir e a decidir sobre casos locais.... as regras foram fixadas pela comunidade” Relatório da embaixada dos Estados Unidos da América sobre direitos Humanos. http://portuguese.angola.usembassy.gov/relatrio_dos_direitos_humanos... (acesso em 07/07/2009).

²⁹ Assim, é muito comum em sociedades europeias ou norteamericanas a busca pelas chamadas terapias alternativas; ou, outro exemplo, no repertório dos itinerários terapêuticos das pessoas com sofrimento psíquico é comum, além do tratamento com o psiquiatra ou profissional médico, a busca de conselhos em pais de santos, pastores pentecostais, grupos de espíritas. RABELO(2003) nos apresenta um interessante estudo etnográfico de alguns casos de pessoas residentes em bairros da periferia de Salvador (Capital do Estado da Bahia, Brasil)

³⁰ esta expressão, também utilizada no idioma português enquanto significando “Indivíduo que exerce ilegalmente a Medicina” ou “Charlatão em Medicina, que finge tratar doenças ou possessões diabólicas por meio de rezas”(Dicionário Michaelis) aqui tem um significado preciso: práticas de cura adquiridas a



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

práticas terapêuticas. Mas na África subsaariana faz parte de uma prática que em alguns momentos se torna dominante, isoladamente ou em associação com as práticas modernas. Em alguns lugares, como em Benin, há a coexistência entre os grandes campos de saberes, o reconhecimento da existência e importância dos saberes tradicionais:

Os psiquiatras beninenses têm uma visão muito culturalista da doença mental: divididos entre um saber biomédico ocidental, que eles criticam por não levar em conta as variantes culturais próprias a cada região do mundo, e um conhecimento popular das terapias locais que eles queriam legitimar, os psiquiatras beninenses agrupam-se, ainda, em dois tipos de crenças: a crença num saber científico positivista médico e a crença num saber mágico dos anciãos - saber ao qual eles buscavam conferir certa fundamentação científica. (KADYA,1992)

Estes saberes tradicionais são classificados em duas ordens: (a) os inscritos no campo dos repertórios de conhecimentos inscritos na tradição de um povo, compartilhado, portanto por todos daquela comunidade: conhecimentos sobre hábitos saudáveis, usos de medicamentos (infusões, emplastos, banhos, com uso de ervas, ou outros materiais encontrados no ambiente), e práticas de cura em geral; e (b) e outra, descrita por Barros(2004) como medicina tradicional iniciática, “que é patrimônio de poucos indivíduos especializados, cujas características pessoais, história e iniciação sejam singulares”. Para o caso das doenças mentais, há uma grande presença de práticas de cura iniciáticas associadas ao campo religioso, visto que em muitas vezes a doença é associada a causas transcendentais, como é o caso de terapeutas Nigerianos especialistas do *Bo* (enfeitiçamento e desenfitecimento) ou dos terapeutas de Benin que também associam alguns tipos de doença “a castigo dos deuses ou como investida de uma divindade: quando a família do doente esqueceu uma promessa feita a uma divindade, ou transgrediu uma interdição”(KADYA TALL,1992)

partir da tradição. É frequente nestas práticas a existência de ingredientes mágico-religiosos. Esta expressão é utilizada, por exemplo, por HELMAN(1994), que designa curandeiros “todos aqueles envolvidos em ações que visem a cura”. Ver resenha do livro citado em TEIXEIRA(1995)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina

Assim como entre outros povos, os da África também constroem padrões nosológicos relativamente particulares, adequados a sua cultura e cosmologia. Samudio explica, por exemplo, que em certos casos não seja adequado empregar de forma indiscriminada padrões classificatórios oriundos da medicina ocidental para transtornos mentais, fato que mesmo Instituições tradicionais na psiquiatria reconhecem:

“Se pensarmos no âmbito da saúde mental, a psiquiatria é uma herdeira digna da concepção médica que considera os transtornos mentais como sendo explicados mediante desordens do sistema nervoso central. O discurso hegemônico do modelo biomédico na psiquiatria moderna se expressa através da conceitualização que faz dos transtornos mentais a Associação Americana de Psiquiatria (APA) através de seu Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM). A APA pretende que o DMS-IV tenha uma validade universal e reconhece timidamente a influência do ambiente cultural na enfermidade mental com a criação de um apêndice que inclui uma categoria chamada ‘os sintomas psiquiátricos culturais’. No DSM-IV a APA reconhece que em um transtorno mental como a esquizofrenia os critérios de diagnóstico tem que levar em conta a cultura e o meio social onde se insere o sujeito. Em algumas culturas, as alucinações visuais ou auditivas com um conteúdo religioso podem ser parte normal da experiência religiosa. Igualmente com os delírios: idéias que podem ser delirantes em alguma cultura (por exemplo, a magia e bruxaria) que podem ser comuns em outras”(SAMUDIO,2006:42)

Os centros de medicina tradicional estão espalhados pelo país. Não existem informações seguras sobre quantos são, nem sobre aqueles que trabalham com transtornos mentais. Na maior parte dos casos, principalmente nas localidades distantes da capital, é o único recurso disponível³¹. Oferecida por terapeutas iniciados nas práticas de cura, com forte componente religioso, esta rede de atenção à saúde mental se vale de conhecimentos da tradição e provavelmente conta com nenhuma colaboração da atenção médica ocidental que, como vimos, é claramente insuficiente.

³¹ as informações que dispomos, bastante escassas, são oriundas da visita à Fundação Kitoko (União Terapeuta Tradicional de Desenvolvimento de Angola), em conversa com seu fundador e dirigente, Avô Kitoko, e de notícias da imprensa local.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

O que vamos nos descrever, a Fundação Vovô Kitoko, localiza-se no bairro de Asa Branca, Município de Cazenga, a cerca de uma hora do centro da cidade de Luanda. Este centro foi Fundado Por Kitoko Maiavangua (Vovô Kitoko) em 1992. Viegas (2010:186) descreve a trajetória desta Instituição:

“Segundo o seu fundador e patrono, Avô Kitoko, o centro iniciou suas atividades no longínquo ano de 1975, na povoação de Kibocolo, município e Maquela do Zombo, província de Uíge. Resultando da transmissão intergeracional de saberes e práticas, a iniciativa de criar o centro foi da Mamã Samba, mãe do terapeuta, que ainda exerce a mesma atividade noutro bairro de Luanda. Muito antes de vir a instalar-se em Luanda, Papá Kitoko separou-se da mãe emigrando para a cidade de Negage, ainda na província de Uíge, em 1982, ... tendo funcionado durante 14 anos naquela cidade, outro convite formulado por um paciente social e economicamente influente curado no Negage motivou a transferência do Centro para a capital, em 1996. ... aonde veio a instalar-se definitivamente em um terreno que foi obtido graças aos bons ofícios do tio de uma doente curada, que era membro da Comissão de Moradores do Bairro (pp.186-187)

A Instituição acolhe pessoas com transtorno mental. No momento da nossa visita, havia 35 pessoas em tratamento, lá internadas, alojadas em dois grandes salões, separadas por sexo. O prédio se divide em três importantes espaços: (a) um pátio, local onde se realizam festas, reuniões e cerimônias religiosas. A partir da entrada – o imóvel se separa da rua por uma porta, não há espaço intermediário entre a rua e o interior do imóvel, como por exemplo, um jardim – tem-se este pátio; (b) em seguida temos uma sala onde se localiza o escritório do vovô Kitoko. Esta sala dispõe de uma escrivaninha, uma mesa para reuniões com capacidade para cerca de seis pessoas e, ao fundo, encoberto por uma cortina, um espaço sagrado, local de guarda de símbolos religiosos, e também para celebração de rituais. Vovô Kitoko nos informa que em alguns casos torna-se necessário invocar divindades religiosas; o tratamento espiritual é peça importante da terapêutica; (c) depois, dois grandes salões, locais para alojamentos masculino e feminino. Nestes salões se distribuem camas e há o registro de aparelhos de televisão e de rádio; (d) farmácia, onde são armazenadas ervas, para banhos e infusões, e medicamentos; (e) finalmente, um pequeno cômodo, local de



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

abrigo dos que são medicados.³² O centro ainda conta com o apoio de 23 pessoas que lá trabalham, todos ex-pacientes curados: “11 trabalham nas instalações do Centro, 10 em pesquisa com plantas medicinais, no Centro Nacional de Investigação Científica, e 2 desenvolvem pesquisa na Internet” (VIEGAS,2010:187)

As instalações são bastante modestas e o que salta os olhos é a ausência de espaço para qualquer atividade (lazer, trabalho, sociabilidades em geral) dos que lá são abrigados. Com efeito, nos espaços de circulação das pessoas que lá são atendidas - o pátio e os cômodos que servem como dormitório -3 não equipamentos (além de aparelho de televisão instalado nos dormitórios) com que as pessoas se ocupem. Alguns, como o vovô Kitoko nos informa, saem, passeiam pelo bairro ou mesmo se ocupam de pequenos ofícios. Permanecem no Centro por terem perdido totalmente os vínculos familiares-comunitários.³³

O centro de Terapia Comunitária faz parte de uma extensa rede de práticas de cuidados. Há no país, segundo o Departamento de medicina Tradicional do Instituto de Saúde Pública de Angola, cerca de 15.000 terapeutas tradicionais, dos quais 1.000 em Luanda (VIEGAS,2010:181). São Instituições geridas com recursos da sociedade civil. Para o caso do administrado por Vovô Kitoko – agora uma Organização Não Governamental – há uma rede de colaboradores, que contribuem com recursos financeiros e também na coleta dos medicamentos – ervas, na maior parte dos casos. São familiares de pessoas atendidas por Vovô Kitoko, outros terapeutas, associações civis diversas (de moradores, clubes esportivos), partidos políticos.

As informações que dispomos não nos permitem traçar um quadro completo da assistência à Saúde mental por parte dos Terapeutas tradicionais angolanos. Há, de fato, um número considerável de terapeutas e é incontestável que esta é a principal

³² Medicação a base de ervas que são administradas de diversas formas (infusões, emplastos, chás, preparos para banhos),.

³³ É o caso, por exemplo, de uma pessoa que nos foi apresentada, que, segundo Vovô Kitoko, foi encontrada em um cruzamento da linha férrea e aparentemente originário da República Democrática do Congo, país fronteiro a Angola. Ainda segundo vovô Kitoko, esta pessoa está totalmente recuperada mas continua abrigada no Centro, ocupando-se de pequenos trabalhos nos bairros do entorno e também ajudando nas tarefas cotidianas do Centro Terapêutico.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

fonte de assistência. Mas não podemos afirmar que se trata de uma rede, onde os participantes mantenham interações constantes, com trocas de informações, recursos e saberes. Parece-me, ao contrário, que se trata de pequenas Organizações, muitas vezes constituídas quase que exclusivamente pelo terapeuta (que às vezes também é líder local e religioso), que conta com poucos recursos das localidades onde atuam. Para a maior parte dos casos, aparentemente, a âncora territorial é uma das características centrais destas Instituições, que recebem pessoas da comunidade para cuidados; a fonte de autoridade é a tradição e a confiança no saber ancestral gerido pelos terapeutas tradicionais.

A Fundação Vovô Kitoko³⁴ é um caso típico, onde, ao mesmo tempo em que apresentando vínculos comunitários, está estruturada em padrões organizativos mais complexos.. O vínculo comunitário não se verifica em Luanda da mesma forma que em outras regiões do país, devido exatamente a própria característica da cidade, local de migrantes de várias regiões (do país e do exterior), com número importante de deslocados da guerra. O que se reflete, por exemplo, no fato de que muitos dos atendidos pela fundação Kitoko sejam pessoas recolhidas na rua, desgarradas de suas famílias e comunidade.³⁵

A base de organização da Fundação Kitoko é constituída, de um lado, por pessoas a ela associadas, antigos doentes curados e suas famílias. Segundo VIEGAS (2010:185),

“estes ‘irmãos’ , com os seus anciãos e sacerdotes, não se cansam de divulgar o trabalho do centro e trazer familiares, vizinhos ou amigos em busca de solução para os seus males. Desta forma, constitui-se a ‘Congregação da Boa Vontade’, uma espécie de comunidade religiosa particular, na prática, ‘a comunidade terapêutica’, no seio da qual tudo acontece. Se excetuarmos os patrocinadores públicos e particulares, tal é a base social e econômica que sustenta o Centro e a Fundação Kitoko”

³⁴ Oficialmente, “União Terapeuta Tradicional de Desenvolvimento de Angola, Fundação Kitoko”

³⁵ Inclusive, um fato interessante, há o registro de campanhas “de recolha de doentes mentais”, fato noticiado na imprensa: “Segundo o patrono da fundação Kitoko, o terapeuta avô Kitoko, esta incursão, a primeira do ano, representa o arranque da primeira fase da *campanha 2000*, um projeto novo concebido para a recolha mais ampla de dementes na cidade-capital” ANGOP – Agência Angola Press, notícia de 29/05/200 em www.portalangop.co.ao , acesso em 18/07/2009



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Seu fundador, papá Kitoko, dispõe de boas relações com instituições governamentais, o que lhe permite, de um lado, obter recursos financeiros para suas atividades³⁶. Há por exemplo, convênio da Fundação com o Ministério da Saúde Angolano, Instituições Universitárias e de pesquisa.³⁷ Papá Kitoko mantém ainda intensa atividade política, visando organizar corporativamente os terapeutas tradicionais do país.

As atividades de medicina tradicional, como afirmamos, são a principal fonte de acesso da população a cuidados com a saúde. Praticamente substituem as práticas médicas ocidentais, ausentes ou precárias em grande parte do país. Estas atividades, entretanto, se encontram desarticuladas, e somente há pouco tempo tem-se assistido a ensaios de organização e regulamentação oficial destas práticas.

Assim como em boa parte dos países africanos, as práticas terapêuticas tradicionais se constituem na principal forma de acesso da população a cuidados, com parte significativa de medicamentos. Não tendo acesso direto a fármacos, ou mesmo optando por medicamentos naturais, o lugar das práticas e dos cuidados tradicionais embora seja central, não é regulada e somente há pouco tem objeto de atenção de Instituições de Saúde Pública. A Organização Mundial de Saúde há muito tempo vem incentivando esta prática, tendo-se notícia de o primeiro encontro para discutir o assunto ter acontecido em 1989, em Níger – com colaboradores de Organizações Não Governamentais que trabalham com terapias tradicionais – e em 1990 em Arusha (Tanzânia), com a primeira Conferência Internacional dos peritos em países em desenvolvimento sobre plantas medicinais. A OMS, neste sentido,

³⁶ Em conversa com Papá Kitoko, em abril de 2009, houve a referência de financiamentos públicos para suas atividades, inclusive, como exemplo, um automóvel utilitário que foi doado pela presidência da República. Não tivemos acesso a documentos da Fundação, nem sobre informações precisas sobre fontes de recursos. As informações aqui expostas são originárias de conversas com Papá Kitoko ou de notícias de Jornais angolanos, extraídas da Internet.

³⁷ Medicina Tradicional resolve problemas de saúde pública. Folha de Angola, 19/08/2008. Acesso em 18/07/2009 www.folhadeangola.com ; Mulanje: Fundação Kitoko vai construir escola de formação de medicina natural alternativa. ANGOP, Agência de Notícias Angolana, Luanda, 28/11/2007. Acesso em 18/07/2009, extraído de www.portalangop.co.ao



“exorta todos os governos a

- i. Elaborar, no contexto dos seus sistemas nacionais de saúde, políticas e legislação apropriadas, para reforçar o desenvolvimento das atividades nacionais de medicina tradicional;
- ii. Mobilizar ativamente os fundos necessários à promoção da medicina tradicional”³⁸ (OMS,1990)

Decorridos mais de vinte anos destas primeiras iniciativas, relativamente a África, e em especial Angola, pouco foi feito a respeito. Documento de 2005 da OMS ainda reporta o fato que o principal desafio relativamente ao uso cada vez mais importante de medicamentos tradicionais tem sido a sua regulamentação destas práticas complementares ou alternativas. A ação regulatória do setor permitiria o controle da qualidade dos medicamentos, das atividades profissionais dos terapeutas tradicionais; ao mesmo tempo permitiria uma integração desejável entre as práticas de cuidados de saúde modernas e tradicionais, com efeitos bastante positivos no bem-estar das populações, conforme se observa em lugares onde esta política foi implantada

Para o caso de Angola, a atividade de terapeuta tradicional não é oficialmente instituída³⁹, e os medicamentos tradicionais ainda são objeto de regulação. Em 1998 o Ministério da Saúde de Angola instituiu um Departamento para tratar destes assuntos (OMS,2005), embora ainda não haja nenhuma regulação oficial sobre ervas medicinais e se disponha de poucas pesquisas sobre a farmacopeia nacional.

CONCLUSÕES

³⁸ Em relação à saúde mental, o ponto principal levantado pelo documento foi no sentido da incorporação dos centros de saúde mental à rede de atenção básica. Não há referência aos terapeutas nem as práticas tradicionais.

³⁹ Conforme informa documento da OMS(2001), e, ainda, notícia da imprensa sobre a fundação de uma associação nacional de terapeutas tradicionais em Luanda, que tem por principal objetivo a regulamentação profissional. Cf. Jornal de Angola.02.09.2010 Plantas medicinais abundam em Angola www.jornaldeangola.sapo.ao acesso em 23/08/2010



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

É fato unânime entre os que entrevistamos que o problema da saúde mental tem se agravado; que a percepção deste fenômeno se dá principalmente pelo sentimento de um número cada vez maior de “loucos” vagando pela cidade. O fato de estas pessoas estarem vagando pelas cidades não pode ser lido como ausência do Estado – com hospitais, casas de repouso, residências terapêuticas – que, aliás, nunca existiu em Angola, mas principalmente pela deterioração dos mecanismos de solidariedade tradicionalmente existentes na sociedade civil – na família, nas comunidades rurais, na autoridade do *soba*, líder tradicional, que organizava os conflitos e distribuía os recursos, inclusive os de assistência. Não se trata, portanto, de um falso dilema tradição/modernidade, mas antes o contrário, de incorporar, agora que o país vive uma expansão econômica sem limites, o moderno no campo da tradição, ressignificando o modelo de assistência pública a partir de alianças amplas, embebendo-as nas tramas do tecido social. Buscar, portanto, uma sociedade empoderada, na construção de modelos de assistência a saúde e de práticas de solidariedade – sejam elas oriundas do Estado ou de fórmulas associativas parecem ser o desafio que a sociedade angolana enfrenta. País, como vimos, recém saído de uma guerra civil e com imensos problemas sociais a resolver – agravados por uma desigual distribuição da riqueza.

Mas a sociedade se move. Não há paralisia neste sentido. Tem-se assistido recentemente a uma série de iniciativas no sentido de concertar os esforços públicos e aqueles originários de fórmulas organizativas da sociedade civil no sentido de melhor organizar os serviços de saúde, e de utilizar com mais eficiência os saberes tradicionais. Em 2006 foi criado o Fórum da Medicina Tradicional, que tem por objetivo “explorar e reativar a medicina Tradicional em Angola, melhorar as competências e capacidades terapêuticas, proteger as plantas medicinais, organizar e harmonizar encontros entre diferentes intervenientes do âmbito nacional e internacional”⁴⁰ Diversos encontros e reuniões têm acontecido com participantes do Estado, empresas e terapeutas tradicionais. Em 2008 foi realizado na cidade de Luanda sobre o papel da medicina

⁴⁰ Plantas Medicinais abundam em Angola. Jornal de Angola, 02.09.2009. www.jornaldeangola.sapo.ao acesso em 23/08/2010



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

tradicional nos cuidados primários de saúde⁴¹. E nesses encontros são discutidas as possibilidades de trabalhos integrados dos que praticam a medicina tradicional (terapeutas, parteiras) e a convencional; de se constituírem grupos de trabalho para a pesquisa de medicamentos tradicionais. De, em resumo, por em prática as recomendações anunciadas há mais de vinte anos pela Organização Mundial de Saúde no sentido de promover práticas de saúde que incorporem o significado de vida saudável, entendido de forma mais ampla. “Há uma abordagem holística da vida, equilíbrio entre mente, corpo e meio ambiente e ênfase antes na saúde que na doença. O tratamento em geral é focado na compreensão da vida enquanto integridade, a doença é o resultado deste conjunto vital” (OMS,2005:05). Trata-se de uma visão que está presente em culturas de diversas partes do planeta, e as abordagens terapêuticas não convencionais em muitos casos coexistem com as convencionais em muitos países, conhecidas por “medicina alternativa”⁴², e tem-se assistido recentemente a uma popularização destas práticas. Nos países africanos, entretanto, onde em algumas regiões o acesso a facilidades da medicina - profissionais médicos, medicamentos e equipamentos - é inexistente, há relatos de ocorrência de óbitos que normalmente seriam evitados.⁴³ Há, portanto, muito mais a fazer: ao lado das práticas tradicionais – importantes porque também trazem consigo o espírito profundo de um povo – levar a todos as facilidades que a ciência contemporânea dispõe, em medicamentos e técnicas de cura. Integrar, portanto, os dois saberes.

⁴¹ Realizado Workshop sobre papel da medicina tradicional. ANGOP Agência Angola Press. Luanda, 01.09.2008 www.portalangop.co.ao acesso em 23/08/2010

⁴² A OMS lista algumas mais importantes: Ayurveda, medicina tradicional chinesa, Chiroprática, Homeopatia, Unani

⁴³ Situação, por exemplo, que é comum na República Centro Africana, conforme o que nos descreve Javier Ayuso: “a visita (ao hospital) continua em outro barracão com casos mais graves. Tem duas crianças que os médicos pensam que não sobreviverão. Luís tem dois anos e está internado há uma semana. Chegou com malária e tuberculose e há pouco tempo a enfermidade atacou seus rins. Não tem cura. Mesmo se o levasse a Bangui (capital do país), porque lá não há máquinas para diálise. O mesmo acontece com Miguel, outra criança de quinze anos, que tem apresenta um quadro grave de diabetes. Não se pode tratá-la por falta de insulina. Os diabéticos também estão condenados na RCA” AYUSO, Javier; PÉREZ, Bernardo. República Centroafricana. Sobrevivir a La enfermedad. El País, 22.08.2010



BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington (DC):American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed). Washington (DC):American Psychiatric Association;
- ANGOLA, Ministério das Finanças. Orçamento do Ministério da Saúde, Exercício 2008
http://www.minfin.gv.ao/fsys/MINISTERIO_DA_SAUDE.pdf
- ANTUNES, Marina Lina. Especialidades Médicas, que prioridades? III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. Lisboa, Fevereiro de 2009. acesso em:
http://stk1.outbox.ativism.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0578305001235651981-125.pdf
- ALVES, Duarte Bué. A presença Chinesa em África: o caso de Angola. Revista Negócios Estrangeiros (Publicação do Instituto Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros, Portugal), n.10 Fevereiro 2007, pp. 56-72
- BARROS, Denise Dias. medicina negro-africana: funcionalidade, saberes do adoecer e da loucura na África do Oeste e no Mali . Imaginário, USP, ano X n. 10 pp. 77-114, 2004
- CACCIAMALI, Maria Cristina. Globalização e Processo de informalidade. Economia e Sociedade, Campinas, (14): 153-174, jun. 2000. disponível em
<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V9-F1-S14/06-Cacciamali.pdf>
- CAMARA, Laye; VALLODORO, Antonietta. Villaggi e campagne del dopoguerra in Angola: quale normalizzazione? Storia Urbana, n.18, 2008.
- FOLEY, Conor. Land rights in Angola: poverty and plenty. HPG (Humanitarian Policy Group) working paper. November 2007 disponível em
<http://www.odi.org.uk/resources/download/3184.pdf>
- FOUCAULT, Michel (2001). *Le pouvoir psiquiatrique*. In: Dits et Écrits vol I. Paris, Gallimard pp.1543-1554
- FOUCAULT, Michel. História da Loucura. São Paulo, Ed. Perspectiva, 2005 (coleção Estudos)
- HELMAN, C.G. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994
- JOSSIAS, Elísio. Autoridade locais em Moçambique: dinâmicas e Processos de sua articulação. in: Atas do VII Congresso Lusoafrobrasileiro em Ciências Sociais. Coimbra, 2004. extraído de <http://www.ces.uc.pt/LAB2004> em 07/07/2009
- KADYA, Emanuelle. O antropólogo e o psiquiatra face às medicinas Tradicionais: relato de uma experiência. Cadernos CRH, n. 16, jan/jun 1992, pp. 97-111
- LOPES, Carlos. M. Candongueiros, Kuinguilas, roboteiros e zungueiros. uma digressão pela economia informal em Luanda. Em Anais do VIII Congresso Lusoafrobrasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, Universidade de Coimbra, CES, 2004. disponível em
<http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/CarlosMLopes.pdf> (acesso em 10/07/2009)



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)Igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

- NZATUZOLA, João Baptista Lukombo. Eleições e multipartidarismo em Angola. Uma observação introspectiva e análise sociológica à volta da proliferação de grupos políticos sob a liderança de origem etnolinguística Kongo. *Africana*, n.17,1997:47-59
- PEREIRA, Luena Nascimento Nunes (2008) Os bakongo de Angola: religião, política e parentesco num bairro de Luanda. São Paulo, Serviço de comunicação Social do FFLCCH/USP, 183p. (Série Produção Acadêmica Premiada)
- Portes, A. (org.) (1995), *The Economic Sociology of Immigration*, Nova Iorque, Russell Sage.
- RABELO, Miriam C. *et alii*. 1998. *Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo*. Caxambu: ANPOCS. (mimeo)
- RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria Sigmas, significado e Práticas relativos à doença mental. In: RABELO, Miriam Cristina; RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, 2003. Ed. Fiocruz, pp. 75-87
- RIBEIRO, José Luis Pais. As variáveis Psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stresse in: *Stresse Pós traumático: modelos, abordagens e práticas*. Disponível em http://www.adfa-portugal.com/livros/Livro_stress.pdf (acesso em 15/08/2009)
- ROCHA, Alves. O petróleo em África e em Angola. *Difícil Equação de Desenvolvimento*. *Latitudes*, n.28, dezembro 2006
- SAMUDIO, Alvaro Roberto Vallejo (2006) *Medicina Indígena y Salud Mental*. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2): 39-46
- SANTOS, Catarina Madeira. Entre deux droits: les Lumières em Angola (1750-1800). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, année 2005/4 pp.817-848
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2008). *Health Data*. OECD, Organization for Economic Co-operation and Development.(2004) *Perspectivas Econômicas em África 2004-2005*. Angola. Disponível em www.oecd.org/dev/aeo
- ONU, Organização Mundial de Saúde. *Mental Health Atlas*. Geneva, Switzerland, 2005
- ONU, Organização Mundial de Saúde. *Comité Regional Africano 40ª. Sessão Relatório*. Brazaville, Congo, 1990
- ONU, Organização Mundial de Saúde. *Legal Status of Traditional Medicine and complementary/Alternative Medicine: a worldwide review*. Geneva, 2001
- ONU, Organização Mundial de Saúde. *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicine*. Report of a WHO Global Survey. Geneva, 2005
- ONU, Organização Mundial de Saúde (Escritório Regional Africano) . *Estratégia da OMS de Cooperação com os países*. Angola 2002-2005
- Relatório da embaixada dos Estados Unidos da América sobre direitos Humanos. http://portuguese.angola.usembassy.gov/relatrio_dos_direitos_humanos...
- SAMUELSON, Paul. *The pure theory of Public Expenditure*. *Review of Economic and Statistics*, 1954
- TEIXEIRA, Elizabeth. *Tratamento e cura: as alternativas de assistência à saúde*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.03, n.02, pp. 193-197 julho 1995
- ZIMMERMAN, Jochen. *Reintegration von Soldaten und Vertriebenen des Bürgerkrieges in Angola*. München, GRIN Verlag, 2005



» **XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais**

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II

Campus de Ondina