



» 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

Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Brasil, Agosto de 2011

REABILITAÇÃO PSICOLÓGICA EM CRIANÇAS ANGOLANAS COM PTSD E ANSIEDADE

Margarida M. F. Ventura, Ph.D, Universidade Privada de Angola, Angola

Ana C. C. Ribeiro, Faculdade Motricidade Humana, Portugal

Introdução

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. Para Fortin e Bigras (2000), o stress resulta de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos do indivíduo para a enfrentar. Um sujeito que enfrenta situações ou acontecimentos traumáticos pode vir a manifestar reacções conhecidas pelo nome de Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD).

O PTSD é uma perturbação de ansiedade. A ansiedade é considerada por uns como a força propulsora de determinado comportamento, noutros como a resposta emocional desencadeada por certos estímulos, noutros como um impulso desagregador de um comportamento adequado, ainda noutros como um traço de personalidade básica e finalmente noutros como uma simples emoção (Vaz Serra, 1980).

O PTSD (do inglês: Post-Traumatic Stress Disorder) é uma categoria diagnóstica relativamente recente, reconhecida pelos meios psiquiátricos americanos (DSM-IV-TR) e europeus (CID-10). Para que se possa diagnosticar PTSD numa pessoa, é necessário que ela tenha passado por um acontecimento traumático que usualmente está para além das ocorrências normais, ter testemunhado um acontecimento deste tipo, como morte de alguém, tortura ou guerra, entre outros, ou ter acumulado uma série de acontecimentos stressantes que provocam a patologia. Estes acontecimentos nem sempre deixam



» 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

marcas. Quando isto acontece, a pessoa começa a evidenciar certas perturbações como a revivência do acontecimento, a evitar tudo o que evoque o acontecimento e a revelar um estado de hiperactivação fisiológica, que antes não era usual (Ventura, 2003). Deve ser realçado aqui que a maioria das pessoas que vivem acontecimentos traumáticos ficam com sintomas de PTSD, sem que isso implique que tenham o diagnóstico dessa patologia. O diagnóstico de PTSD obriga a que a pessoa tenha pelo menos um sintoma de revivência do acontecimento, três sintomas de evitamento e dois de activação fisiológica.

Muitas pessoas em Angola desenvolveram PTSD. Outras, mais resilientes, limitam-se a alguns sintomas sem contudo desenvolverem a patologia. Entende-se como resiliência, a capacidade do indivíduo se construir e viver de maneira satisfatória apesar das dificuldades e das situações traumáticas com as quais pode ser confrontado. A resiliência depende de factores de protecção que modificam a reacção aos perigos presentes no ambiente afectivo e social (Tychev, citado por Anaut, 2005).

O longo período de guerra em Angola deixou consequências no desenvolvimento psicossocial das crianças, adolescentes e jovens. Nos períodos de procura da identidade, nomeadamente na adolescência, as mudanças psicossociais que têm início na infância operam-se com a substituição gradual do grupo de pares como agentes de sociabilização, o que exige a organização de relações de competição e de cooperação com os companheiros de ambos os sexos (Claes, 1990). Todas as importantes transformações sociais que se operam no indivíduo são consequência de vários períodos de desenvolvimento psicossociais, do desenvolvimento pubertário, cognitivo, afectivo e da identidade. Em períodos de conflitos e violência, todo este desenvolvimento é afectado, tendo implicações sociais no futuro.

Durante o conflito armado angolano que durou quase trinta anos, as crianças não foram poupadas. Foram expostas a longas horas de combates, andaram fugidas pelas matas em busca de segurança, vivenciaram emboscadas nas estradas e ataques às suas aldeias, vilas ou cidades, sentiram a tensão provocada pelos bombardeamentos; foram sequestradas e submetidas à servidão, carregando material bélico à cabeça ou trabalhando brutalmente para os chefes; accionaram minas, sofreram amputações de seus membros destruídos pelos engenhos explosivos; sofreram as torturas e as



» 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

deparações étnicas, algumas foram esturpadas ou ainda submetidas ao serviço militar forçado; foram obrigadas a praticarem acções de pilhagem nas aldeias, vilas e cidades, submetidas a castigos violentos decorrentes da tentativa de fuga daquela vida desumana; assistiram a fuzilamentos, perderam os seus entes queridos e ficaram órfãs e privadas de exprimir as reacções emocionais que estas acções provocaram (Cumlebele, 2006). As crianças angolanas, para além destas agressões directas, foram ainda vítimas de agressões indirectas. A destruição provocada pela guerra privou a criança de serviços básicos tais como assistência médica e medicamentosa, educação e segurança. A desmantelamento da organização civil do país: as escolas, a justiça, a política e de todos os serviços públicos, a desestabilização da família, fizeram com que a criança se arriscasse a perder as suas ligações sociais a ponto de não saberem distinguir o bem do mal, o que é permitido e o que não é, o justo e o injusto (Tomkiewicz, 1996). A separação da família natural, mesmo que não resulte da morte, os espectáculos da guerra, a visão de atrocidades infligidas aos membros da família e amigos, a solidão, a perda de referências, a ausência da partilha das angústias e esperanças, o desaparecimento da escola e de todas as instituições cujo papel é instruir e socializar a criança e a perda dos hábitos da comunidade é causa de sofrimento que pode hipotecar o futuro da criança (Tomkiewicz, 1996). Um estudo feito em 1993, logo a seguir à guerra que se generalizou por todo o país, depois das primeiras eleições angolanas, mostrou que 82% das crianças que viviam na cidade estavam traumatizadas (tinham diagnóstico de PTSD), enquanto que 90% das crianças refugiadas apresentavam essa patologia (Ventura, 1997). Ainda outro estudo feito uns meses depois do fim da guerra civil angolana em 2002 encontrou uma prevalência de 64,5% de PTSD em crianças que viviam na cidade (Sorte e Ventura, 2003). Muitas crianças ficaram órfãs e abandonadas como consequência da guerra. Estas foram as maiores vítimas do conflito armado angolano. Um estudo realizado com as crianças órfãs que vivem em orfanatos mostrou que 80,2% delas têm o diagnóstico de PTSD (Cumbelembe e Ventura, 2009). Como podemos ver pelos dados referidos, mesmo em tempo de paz os efeitos da guerra ainda se fazem sentir.

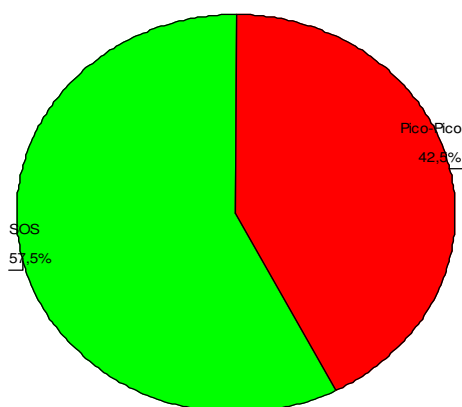
Metodologia



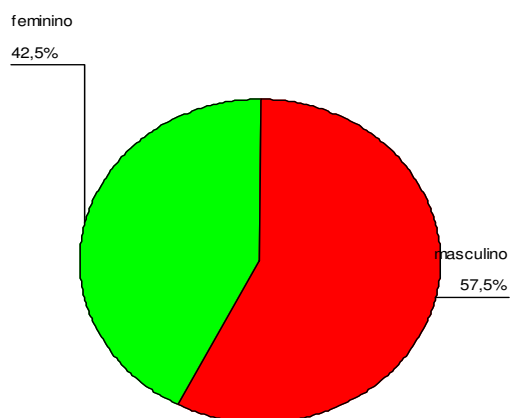
Sujeitos

O estudo foi feito numa amostra de 80 crianças, sendo 46 do sexo masculino (57,5%) e 34 do feminino (42,5%), de idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos. Foram seleccionadas em duas instituições: 34 destas crianças estudam em escolas privadas e frequentam um ATL para os tempos livres, de nome PICO-PICO. As restantes 46 crianças vivem na aldeia SOS e frequentam a escola nessa organização. Estas últimas são órfãs ou abandonadas, tendo ido para a aldeia SOS muito cedo (a maioria com menos de 3 anos de idade).

ESCOLA



SEXO





» 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

Instrumentos

Os instrumentos usados para a recolha de dados foram:

- Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT), de McIntyre e Ventura (1996)
- Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (CMAS), de Castaneda e outros (1956), adaptada por Reynolds e Paget (1981), versão portuguesa de Fonseca (1992)

Ambas foram validadas para Angola e apresentaram boas características métricas.

Intervenção Psicológica

Dado que muitas das crianças da nossa amostra, mais propriamente da sub-amostra da aldeia SOS foram vítimas directas ou indirectas da guerra, foi feita uma avaliação prévia às crianças dos dois grupos (PICO-PICO e Aldeia SOS) usando a Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (para avaliar a frequência do diagnóstico de PTSD, o total de sintomas de PTSD e a intensidade dos mesmos) e a Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (para avaliar a ansiedade das crianças e a sua desirabilidade social (mentira). Depois da avaliação foi feita uma intervenção durante 3 semanas, com sessões diárias de 2 horas. A técnica usada foi a expressão corporal e artística, a música e o desenho.

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

Resultados



» 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

Durante a primeira avaliação, quanto à traumatização, NA AMOSTRA GLOBAL verificou-se que 90,9% das crianças não apresentavam PTSD (não estavam traumatizadas), enquanto 9,1% apresentavam o diagnóstico dessa patologia, o que pode ser considerado baixo para crianças que vivem num país que sofreu uma guerra durante três décadas. Analisados os resultados tendo em conta os grupos de sintomas de PTSD, verificou-se que a média de sintomas de Revivência do Acontecimento Traumático é de 1,62, a média de sintomas de Evitamento de 1,50 e de Activação Fisiológica de 2,32. A média do total de sintomas de PTSD (Revivência, Evitamento e Activação) é de 5,59. A média da intensidade dos sintomas é de 12. De acordo com a teoria, os sintomas de activação fisiológica são os últimos a desaparecer, o que é confirmado pelos resultados deste estudo, uma vez que enquanto nos grupos de sintomas de revivência do acontecimento e de evitamento a média é de um sintoma e meio por criança, no de activação fisiológica é de mais de dois sintomas por criança. O número médio de sintomas apresentado e a intensidade dos mesmos são relativamente baixos, o que pode ser explicado pelo facto de a guerra em Angola ter terminado há quase uma década, dando tempo para que as crianças adquiram alguma estabilidade emocional e social e, por isso, estejam em processo de remissão da patologia.

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

A segunda avaliação, após a intervenção psicológica, mostrou uma intensidade de sintomas de PTSD de 10,89, uma média de ansiedade geral de 14,29, de mentira de 4,18 e de ansiedade específica de 9,97, bem inferiores à primeira avaliação feita antes da intervenção. Constitui excepção os resultados da subescala da mentira, que se manteve constante, tendo-se verificado que as crianças mostravam grande desejo de agradar, o que pode ser a explicação para estes resultados. É frequente, em crianças pequenas mentirem para agradar aos adultos.

As ANOVAS para verificar se existem diferenças significativas entre a primeira avaliação e a segunda deram altamente significativas para a ansiedade e para a intensidade de sintomas de PTSD que diminuiu consideravelmente, mostrando que este



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

Tabela 1 – Comparação da avaliação antes e depois da intervenção psicológica

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

Para além do interesse em verificar os resultados da ansiedade e do grau de traumatização antes e depois da intervenção psicológica, fez-se também uma comparação entre as crianças das duas escolas: aldeia SOS (crianças órfãs) e Escola Pico-Pico (crianças com estabilidade socio-económica e familiar). Assim, foram utilizadas análises de variância (ANOVA) para verificar se existia uma relação entre estas duas escolas e as variáveis clínicas e entre o sexo e as mesmas variáveis clínicas.

A ANOVA entre a escola e as variáveis clínicas deu significativa para as variáveis Diagnóstico de PTSD (F(80)=4,449; p<.039), encontrando-se na aldeia SOS seis crianças com PTSD, enquanto que no Pico-Pico nenhuma crianças com PTSD. Estes resultados estão de acordo com o esperado, uma vez que as crianças da aldeia SOS são órfãs ou abandonadas, enquanto que as do Pico-Pico são crianças com famílias mais ou menos estruturadas.



Ainda comparando as duas escolas, os resultados mostram diferenças significativas para a Ansiedade Específica ($F(80)= 6,022$; $p<.017$), quer na primeira quer na segunda avaliação, encontrando-se uma média de ansiedade de 13,10 na aldeia SOS e de 10,62 no Pico-Pico na primeira avaliação e uma média de 15,43 nas crianças da aldeia SOS e de 12,88 nas do Pico-pico na segunda avaliação ($F(80)=12,112$; $p<.001$). Na segunda avaliação (depois da intervenção) encontraram-se diferenças entre as crianças da aldeia SOS e as do Pico-Pico quanto à Intensidade de PTSD ($F(80)= 4,335$; $p<.041$), com as crianças da aldeia SOS a apresentarem uma média de 12,47 e as do Pico-Pico 9,76. O mesmo se passa quanto ao Total de Ansiedade ($F(80)= 8,064$; $p<.006$), com as crianças da aldeia SOS a apresentarem uma média de 17,80 e as do Pico-pico 15,77. Em qualquer dos casos as crianças da aldeia SOS apresentaram maior número de sintomas do que as do Pico-pico, o que confirma a hipótese de que as crianças da aldeia SOS estão mais traumatizadas e são mais ansiosas do que as do Pico-Pico.

Tabela 2 – Comparação das variáveis clínicas nas escolas Pico-Pico e Aldeia SOS

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

Os resultados mostram ainda que as crianças da Aldeia SOS têm maior frequência de diagnóstico de PTSD do que as da Escola Pico-Pico (SOS=6 crianças com Dg de PTSD; Pico-Pico= 0 crianças com PTSD).

Embora a ANOVA entre a escola e a desirabilidade social não tenha apresentado diferenças significativas, é de salientar que os valores quer na primeira avaliação quer na segunda são ligeiramente superiores nas crianças do Pico-pico, do que nas da aldeia



SOS, o que mostra menor preocupação em agradar os outros nas crianças da aldeia SOS (Pico-pico=5,15; SOS=4,70; Pico-pico=4,59; SOS=3,86, respectivamente). É interessante notar que nesta variável a situação se inverte, tendo as crianças da escola Pico-pico mais preocupação em agradar os adultos do que as da aldeia SOS, o que pode ser explicado pelo facto de as crianças que vivem com os pais terem mais necessidade de corresponder às expectativas destes do que as da aldeia SOS que, embora vivam em lares substitutos, não têm a pressão dos pais sobre as suas realizações.

Quanto à ANOVA entre o sexo e as outras variáveis, apenas se encontraram diferenças significativas na relação do sexo com o grupo de sintomas de activação fisiológica ($F(80)=7,719$; $p < .007$), apresentando os rapazes maior activação fisiológica que as meninas (Masculino=2,65; Feminino=1,86) e entre o sexo e a intensidade de sintomas de PTSD ($F(80)=5,574$; $p < .021$), apresentando igualmente os rapazes maior intensidade do que as meninas (Masculino=13,63; Feminino=9,79). Aspectos culturais podem estar na base destes resultados, uma vez que as meninas se integram mais nas actividades do lar e a tomar conta das crianças mais novas do que os rapazes, cujos interesses e necessidades são diferentes na sociedade angolana.

Conclusões

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

- Em geral, poucas crianças da amostra global apresentam diagnóstico de PTSD, verificando-se contudo que quase todas elas têm sintomas dessa patologia, sem que contudo preencham os critérios de diagnóstico dessa patologia.

- A intensidade dos sintomas de PTSD apresentados é baixa, o que mostra que estão em remissão.

- As crianças da amostra global apresentam uma ansiedade moderada.



» 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

- As crianças da sub-amostra da aldeia SOS apresentaram quer na primeira, quer na segunda avaliação maior ansiedade, maior prevalência de PTSD e maior intensidade nos sintomas de PTSD.

- As crianças do sexo masculino apresentam mais sintomas de activação fisiológica do que as do sexo feminino.

- As técnicas de expressão artística mostraram-se bastante eficazes para a terapia com crianças traumatizadas ou ansiosas.

Bibliografia

Fortin, L. & Bigras, M. (2000). La résilience des enfants, facteurs de risque, de protection. In Pratiques Psychologiques, 1, pp49-63

Abaut, M. (2005). A Resiliência- ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores

Claes, M. (1990). Os problemas da adolescência. Lisboa: Editorial Verbo

Cumlebele, A. (2006). Estudo do PTSD em Crianças Órfãs de Guerra em Angola. Trabalho de fim de curso para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia. Lubango: ISCED

Culebele, A. & Ventura, M. (2009). O PTSD em Crianças angolanas órfãs de guerra. In 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa, Universidade do Minho, 16 a 18 de Abril



» 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

Tomkiewicz, S. (1996). Saúde e Sobrevivência: as crianças e a guerra. In Revista Servir, nº 47, Volume 2. Genebra

Vaz Serra, A. (1980). O que é a ansiedade? In Psiquiatria Clínica, 1 (2), pp93-103

Vaz Serra, A. (2002). O Stress na Vida de todos os dia. Coimbra: autor

Ventura, M. (2003). O Stress Traumático e suas sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola. Luanda: Nzila