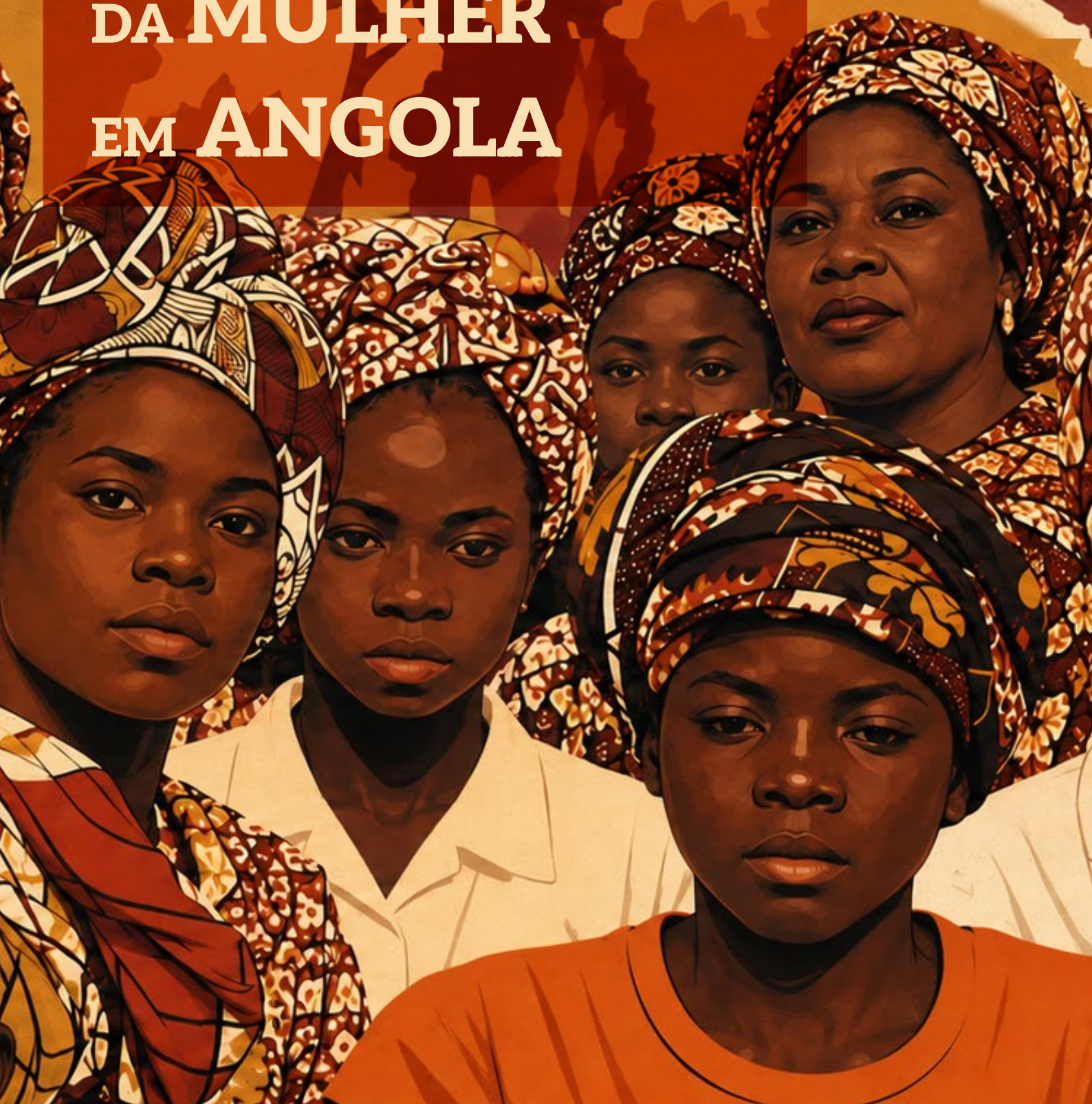


SAÚDE MENTAL E DIREITOS DA MULHER EM ANGOLA





Projeto: Mulheres e Vida: Um Caminho para a Igualdade

Promotor: Rosto Solidário

Financiador: Camões- Instituto da Cooperação e da Língua

Parceiros: Cáritas de Angola, Cáritas Portuguesa, Saúde em Português





Os investigadores:

Coordenação: Patrícia Ribeiro (Escola Superior de Educação Paula Frassinetti/ Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento)

Equipa responsável em Portugal: Mónica Nogueira Soares; Marisa Lima (Escola Superior de Educação Paula Frassinetti/ Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento)

Equipa responsável em Angola: Lulenga Mambu, Esperança Ferraz, Mbenza Libório, Mac-Mohon Fonseca, Dulcínia Simões, Indira Félix, José Baptista, Célsio Mota, Mauro Augusto e Luísa Vieira (Universidade de Luanda)



PAULA FRASSINETTI
Escola Superior de Educação



**UNIVERSIDADE
DE LUANDA**
Faculdade de Serviço Social

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	8
2. METODOLOGIA	10
2.1. Desenho do estudo	10
2.2. Equipa de investigação	11
2.3. Participantes e recrutamento	12
2.3.1. Mulheres participantes	12
2.3.2. Profissionais e Especialistas	14
2.4. Métodos e instrumentos de recolha de dados	16
2.4.1. Análise documental	16
2.4.2. Entrevistas semiestruturadas individuais com mulheres angolanas	16
2.4.3. Grupos focais com Especialistas e Profissionais	17
2.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	18
2.6. Procedimentos de análise de dados	19
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	20
3.1. Análise documental	20
3.1.1. Instrumentos jurídicos de proteção da mulher em Angola	20
3.1.2. Desafios de implementação: entre a lei e a prática	22
3.1.3. Considerações finais	24
3.2. Análise das entrevistas	24
3.2.1. Vida quotidiana e contexto das mulheres angolanas	25
3.2.2. Direitos da mulher no quotidiano	26
3.2.3. Saúde mental e sofrimento emocional	29
3.2.4. Desigualdades, violência e impacto emocional	31
3.2.5. Apoios existentes e respostas locais	32
3.2.6. Recomendações e Propostas de Mudança	34
3.2.7. Análise transversal: o impacto das variáveis sociodemográficas	36
3.2.8. Síntese conclusiva da análise das entrevistas	39
3.3. Análise do grupo focal com Especialistas	40
3.3.1. Enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental	40
3.3.2. Saúde mental e sofrimento psicológico das mulheres que procuram ajuda	42
3.3.3. Impacto das limitações no exercício dos direitos da mulher sobre a saúde mental	44
3.3.4. Respostas existentes no território e articulação entre atores	45
3.3.5. Recomendações e propostas de melhoria	47
3.3.6. Síntese da análise ao grupo focal com Especialistas	49
3.4. Análise do grupo focal com Profissionais	50
3.4.1. Enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental	50
3.4.2. Saúde mental e sofrimento psicológico	51
3.4.3. Impacto das limitações no exercício dos direitos da mulher sobre a saúde mental	53
3.4.4. Respostas existentes no território e a articulação entre os diferentes atores	54
3.4.5. Recomendações e propostas de melhoria	56
3.4.6. Síntese da análise ao grupo focal com Profissionais	58
3.5. Considerações finais sobre a análise e discussão de dados	58
4. RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO	61
4.1. Considerações introdutórias	61
4.2. Recomendações aos decisores políticos	62
4.3. Recomendações às lideranças locais e comunitárias	64
4.4. Recomendações à comunidade geral	65
4.5. Produção de dados, monitorização e continuidade da investigação	67
4.6. Limitações do estudo	67
4.7. Considerações finais das recomendações	67
5. CONCLUSÃO	69
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

INTRODUÇÃO

O estudo “Saúde Mental e Direitos da Mulher em Angola” surge no âmbito do projeto “Mulheres e Vida: Um caminho para a Igualdade”, promovido pela Rosto Solidário, e financiado pelo Camões - Instituto da Cooperação e da Língua.

Este projeto tem como objetivo promover o bem-estar e empoderamento de mulheres angolanas das províncias de Luanda, Bengo e Icolo e Bengo (Dioceses de Luanda, Bengo e Caxito) através do aumento das suas competências empreendedoras, direitos humanos e da mulher, saúde física e mental.

Entre os seus objetivos globais encontram-se o combate à violência doméstica, a facilitação do acesso à saúde sexual, reprodutiva e materno-infantil e a promoção dos direitos das mulheres e meninas, focando-se nos direitos humanos e auxiliando no desenvolvimento equitativo, justo e inclusivo. Permite, ainda, contribuir para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5, relativo à igualdade de género e ao empoderamento de todas as mulheres e meninas.

Este projeto surge num contexto no qual se verificam ainda muitos obstáculos à participação igualitária das mulheres no processo de tomada de decisão, nomeadamente barreiras associadas a costumes e comportamentos discriminatórios normalizados. Entre estes, destacam-se perda de espaços e propriedades por parte da mulher em caso de falecimento do esposo, um elevado índice de violência doméstica, falta de conhecimento dos direitos, e ainda a dependência económica da mulher.

Outras problemáticas em Angola, que ainda têm uma resposta limitada, são a saúde sexual e reprodutiva e a saúde mental, áreas em que persistem desafios de acesso, cobertura e continuidade das respostas. A saúde mental das mulheres é influenciada por determinantes sociais, económicos, culturais e relacionais, particularmente em contextos marcados por desigualdade de género, violência e fragilidade institucional.

Por este motivo, o estudo é uma das principais atividades a desenvolver no âmbito do projeto. Centrado na Saúde mental das mulheres em Angola, pretende-se que os resultados sejam partilhados com as lideranças comunitárias e com os decisores políticos do país, promovendo a sensibilização para esta problemática e incentivando a adoção de medidas proativas perante a mesma.

O presente estudo encontra-se estruturado em cinco grandes secções, organizadas de forma a proporcionar uma compreensão progressiva e integrada da problemática em análise, articulando enquadramento conceptual, procedimentos metodológicos, análise empírica e propostas de intervenção.

Numa primeira secção apresenta-se a contextualização do estudo, onde se desenvolve o enquadramento teórico, social e institucional da investigação, bem como a identificação da problemática em análise e os objetivos que orientam o projeto.

Segue-se a secção metodológica, na qual se descrevem o desenho metodológico adotado, os procedimentos de recolha e análise de dados e a caracterização dos participantes envolvidos no estudo, incluindo as mulheres entrevistadas e os participantes dos grupos focais.

A secção central do relatório é dedicada à análise e discussão dos dados recolhidos. Esta parte integra a análise documental dos principais instrumentos jurídicos e políticos de proteção dos direitos das mulheres em Angola, bem como a análise das entrevistas individuais e dos grupos focais realizados com especialistas e profissionais de um centro de acolhimento de meninas e jovens mulheres. A discussão dos resultados procura compreender de que forma fatores sociais, culturais, económicos e institucionais influenciam a saúde mental, o exercício de direitos e as experiências de vulnerabilidade das mulheres participantes.

Posteriormente, o estudo apresenta um conjunto de recomendações dirigidas a decisores políticos, lideranças comunitárias e sociedade em geral, procurando contribuir para o fortalecimento das respostas institucionais, comunitárias e preventivas no domínio da saúde mental, da igualdade de género e da proteção dos direitos das mulheres.

Por fim, o estudo encerra com uma secção conclusiva, onde se sintetizam os principais resultados do estudo, se retomam os objetivos inicialmente definidos e se refletem os principais contributos e desafios identificados ao longo do estudo.



1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A saúde mental das mulheres em Angola situa-se num cruzamento entre determinantes sociais, desigualdades de género, enquadramento jurídico e capacidade institucional de resposta. A literatura sobre saúde mental das mulheres demonstra que o sofrimento psicológico feminino deve ser compreendido a partir da interação entre condições individuais, relacionais, sociais e institucionais, sobretudo em contextos marcados por violência, dependência económica, estigma e acesso limitado a serviços especializados (Chandra et al., 2017). No contexto africano, a priorização da saúde mental das mulheres tem sido igualmente associada à concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em particular no que se refere à saúde e bem-estar, igualdade de género, redução das desigualdades e fortalecimento das respostas institucionais (Spedding et al., 2020).

A legislação angolana reconhece a violência doméstica, incluindo a violência psicológica, como crime e prevê o direito das vítimas a acompanhamento psicológico gratuito, nos termos da Lei n.º 25/11, de 14 de julho de 2011. O Código Penal de 2020 reforça a tutela penal destes comportamentos, reconhecendo o sofrimento psíquico como dimensão juridicamente relevante. Apesar deste enquadramento normativo, persistem limitações na cobertura, acessibilidade e continuidade das respostas em saúde mental, o que torna necessário analisar a distância entre direitos formalmente reconhecidos e condições efetivas de proteção.

Em Angola, a violência por parceiro íntimo tem sido analisada como um problema que afeta a saúde das mulheres e exige respostas institucionais mais preparadas para reconhecer os

seus impactos físicos, sociais e psicológicos (Yaya et al., 2019). Estudos sobre práticas profissionais perante a violência contra mulheres em Angola mostram, ainda, que as respostas institucionais podem ser condicionadas por representações sociais sobre género, família e papel da mulher, o que interfere na identificação, no acolhimento e no encaminhamento adequado das situações de risco (Nascimento et al., 2014).

Apesar da relevância social do tema, continuam a ser escassos os estudos empíricos que articulem, de forma integrada, saúde mental, direitos das mulheres, violência baseada no género, dependência económica e respostas institucionais em Angola. A literatura identificada incide sobretudo sobre dimensões específicas, como violência por parceiro íntimo, práticas profissionais ou grupos particulares de mulheres em situação de vulnerabilidade acrescida (Bernatsky et al., 2007; Nascimento et al., 2014; Yaya et al., 2019). Esta dispersão justifica a pertinência de um estudo qualitativo que integre análise documental, narrativas de mulheres e perspetivas de profissionais e especialistas, procurando compreender a relação entre normas jurídicas, práticas institucionais e experiências subjetivas de sofrimento psicológico. Em concreto, o estudo procura responder a três lacunas interligadas: a forma como os profissionais no terreno interpretam os direitos da mulher previstos na lei, sobretudo quanto à integridade psíquica e ao acesso a apoio psicológico; as formas de sofrimento emocional e mental relatadas ou identificadas junto das mulheres; e as respostas concretas existentes nas localidades estudadas para assegurar que o direito à proteção e ao acompanhamento psicológico não permanece apenas no plano legislativo.

Para além da análise institucional e técnica, o presente estudo integra uma componente participativa com mulheres angolanas das províncias de Luanda, Bengo e Icolo e Bengo, residentes tanto em contextos urbanos como rurais, e com diferentes características sociodemográficas, incluindo diferentes meios socioeconómicos, faixas etárias, pertenças étnico-culturais e crenças religiosas.

Esta componente é necessária para compreender, de forma direta, como as mulheres angolanas percecionam a sua saúde mental, o impacto das desigualdades de género e as políticas e respostas comunitárias disponíveis no quotidiano. Ao incluir a voz das próprias mulheres, o estudo adota uma perspetiva interseccional e culturalmente contextualizada da saúde mental feminina em Angola, orientada para a formulação de recomendações no domínio da igualdade de género, da justiça social e dos direitos humanos.

Este estudo justifica-se, assim, pela necessidade de compreender de que modo a saúde mental das mulheres angolanas é condicionada pelo exercício, ou pela limitação, dos seus direitos, identificando desafios, perceções e respostas existentes, com vista à formulação de recomendações dirigidas a decisores políticos, líderes comunitários e sociedade civil.

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o panorama da saúde mental das mulheres angolanas, analisando de que modo as desigualdades de género, as limitações no exercício dos direitos da mulher e o acesso a respostas institucionais e comunitárias influenciam as suas experiências de sofrimento psicológico e bem-estar emocional nos contextos estudados.

Especificamente, pretende-se com o estudo:

1. Analisar a documentação legal existente no que se refere aos direitos da mulher em Angola e aos cuidados de saúde mental, compreendendo em que medida essa documentação é incorporada, ou ignorada, nas práticas institucionais descritas pelos profissionais participantes.
2. Identificar os principais desafios enfrentados pelas mulheres angolanas no domínio da saúde mental, incluindo fatores associados ao sofrimento emocional, barreiras de acesso a apoio psicológico e efeitos da estigmatização social e cultural.
3. Compreender de que modo a saúde mental das mulheres pode ser afetada por eventuais limitações práticas na concretização dos seus direitos, nomeadamente dificuldades no acesso a proteção efetiva face à violência psicológica ou económica, ausência de resposta social após denúncia e/ou insuficiência de apoio psicológico continuado.
4. Identificar e descrever as respostas existentes nas localidades estudadas, mapeando atores institucionais, nomeadamente saúde, justiça e proteção social, atores comunitários, incluindo associações de mulheres, igrejas e organizações não governamentais, bem como fluxos de encaminhamento e apoio.
5. Identificar recomendações dirigidas a lideranças locais, decisores políticos e comunidade geral sobre medidas que possam ser implementadas a nível local e nacional para proteger a saúde mental das mulheres, reforçar o exercício dos seus direitos e reduzir o risco de sofrimento psicológico continuado.

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho do estudo

O presente estudo assumiu um desenho qualitativo, empírico, descritivo e exploratório, de natureza transversal, orientado para a compreensão das percepções, experiências e dinâmicas institucionais relacionadas com a saúde mental e os direitos das mulheres em Angola.

A opção por uma metodologia qualitativa decorreu da necessidade de compreender os significados atribuídos pelos participantes às suas experiências e aos contextos em que se inserem, privilegiando uma análise aprofundada das vivências relacionadas com saúde mental, violência baseada no género, desigualdades estruturais e acesso a direitos e respostas institucionais. Neste sentido, procurou-se compreender o fenómeno no seu contexto natural, sem partir de hipóteses rígidas ou previamente definidas, valorizando os discursos, interpretações e sentidos produzidos pelos próprios participantes (Creswell, 1998; Punch, 1998; Creswell, 2003; Snape e Spencer, 2003; Stake, 2007).

Os pressupostos teóricos do estudo situam-se num paradigma fenomenológico-interpretativo ou construtivista (Creswell, 1998; Snape e Spencer, 2003; Lincoln e Guba, 2006; Amado, 2013), centrado na compreensão das experiências, significações e intenções dos sujeitos em articulação com os contextos sociais, culturais e institucionais nos quais se movimentam. Esta perspetiva parte do princípio de que a realidade social é construída a partir das interpretações e experiências dos próprios atores sociais.

Partindo da ideia de que, neste tipo de

investigação, os participantes não são meros objetos de observação, mas sujeitos que interpretam, questionam e atribuem significado às suas experiências (Correia, 1998), privilegiou-se a valorização da narrativa, da fala e do diálogo enquanto formas fundamentais de acesso às experiências vividas. Procurou-se, assim, compreender de que forma os discursos das participantes expressam valores, normas sociais, representações culturais e condições históricas e socioeconómicas específicas (Minayo e Sanches, 1993).

A investigação procurou manter uma relação de proximidade entre os discursos institucionais e as experiências concretas das participantes, articulando diferentes perspetivas sobre os mesmos fenómenos sociais e psicológicos.

No que respeita às técnicas de recolha de dados, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, por se tratar de um instrumento flexível, capaz de favorecer respostas mais espontâneas e aprofundadas, permitindo simultaneamente explorar diferentes dimensões das experiências das participantes (Arthur e Nazroo, 2003; Fraser e Gondim, 2004; Boni e Quaresma, 2005).

Relativamente aos grupos focais, foi utilizada uma amostra intencional, composta por participantes com experiência profissional diretamente relacionada com as problemáticas em estudo. Procurou-se constituir grupos com algum grau de homogeneidade, favorecendo um ambiente de identificação entre os participantes e maior profundidade na discussão dos temas abordados (Finch e Lewis, 2003; Polak, Mishkov e Williams, 2015). Tal como refere Amado (2013, p. 229), esta opção “permite uma maior

profundidade na recolha de dados, na medida em que os participantes se identificam mais facilmente com a experiência colectiva”. Também Ferreira (2004b, p. 103) destaca que, quando os participantes possuem ligação direta ao fenómeno discutido, encontram-se “afectiva e existencialmente implicados” no tema em análise.

O estudo integrou, ainda, a análise documental enquanto estratégia complementar de recolha de dados, permitindo contextualizar e compreender a evolução dos instrumentos legislativos e normativos relacionados com os direitos das mulheres e a proteção da saúde mental em Angola. Conforme referem Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), a análise documental acrescenta a dimensão temporal à compreensão dos fenómenos sociais, possibilitando analisar processos de continuidade, mudança e implementação normativa.

Considerou-se, por fim, fundamental recorrer à triangulação de diferentes fontes de evidência — análise documental, entrevistas e grupos focais — de forma a ampliar a compreensão dos fenómenos estudados e aceder a múltiplas interpretações sobre a mesma realidade social (Maroy, 1997; Ritchie, 2003; Yin, 2009; Amado, 2013).

2.2. Equipa de investigação

A presente investigação resultou de uma colaboração entre equipas portuguesas e angolanas, procurando assegurar sensibilidade cultural, adequação contextual dos instrumentos de recolha de dados e uma compreensão aprofundada das realidades sociais, institucionais e comunitárias analisadas ao longo do estudo.

A coordenação científica e metodológica do

estudo foi assegurada, em Portugal, por uma equipa de investigação da área das Ciências Sociais e Humanas, constituída por profissionais com formação e experiência académica nas áreas da Psicologia, Ciências da Educação e intervenção psicossocial, desenvolvendo atividade científica nas áreas da saúde mental, desenvolvimento humano, educação, vulnerabilidade social, igualdade de género e direitos humanos. A equipa integra investigadoras licenciadas em Psicologia, com formação pós-graduada ao nível do Mestrado em Psicologia e doutoramentos nas áreas da Psicologia e das Ciências da Educação, que se encontram vinculadas à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti e integram o polo do Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento.

A equipa portuguesa foi responsável pela definição do desenho metodológico, supervisão ética e científica da investigação, acompanhamento contínuo do trabalho de campo, análise qualitativa dos dados recolhidos, triangulação entre diferentes fontes de evidência e redação final do presente estudo.

A recolha de dados em Angola foi desenvolvida em articulação com a Faculdade de Serviço Social da Universidade de Luanda, que identificou dez investigadores com formação superior nas áreas das Ciências Sociais e do Comportamento, nomeadamente Psicologia, Serviço Social, Ciência Política e Direito. A equipa angolana possuía experiência prévia em investigação qualitativa e conhecimento contextual das províncias de Luanda e Bengo.

Os investigadores locais desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento do trabalho de campo, participando no mapeamento

preliminar da realidade local, na análise documental inicial, na validação contextual dos instrumentos de recolha de dados, na realização das entrevistas e grupos focais e na mediação cultural e linguística junto das participantes e atores institucionais.

Ao longo da investigação realizaram-se reuniões periódicas entre as equipas de Portugal e Angola, permitindo monitorizar os procedimentos metodológicos, discutir dificuldades emergentes, ajustar estratégias de recolha de dados e assegurar coerência científica, metodológica e ética em todas as fases do projeto. A colaboração entre ambas as equipas envolveu, ainda, a definição conjunta dos critérios de amostragem e a validação científica e cultural dos instrumentos utilizados no estudo.

O estudo foi igualmente submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada, assegurando o cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação com participantes humanos, nomeadamente no que respeita ao consentimento informado, confidencialidade, proteção dos dados recolhidos e salvaguarda da dignidade e bem-estar das participantes.

2.3. Participantes e recrutamento

O estudo foi organizado em dois eixos metodológicos complementares: um eixo experiencial, centrado em mulheres adultas residentes das províncias de Luanda, Bengo e Icolo e Bengo, provenientes de diferentes meios socioeconómicos, grupos etários, contextos étnico-culturais, pertenças religiosas e zonas de residência urbanas e rurais; e um eixo institucional, centrado em profissionais de um centro de acolhimento de meninas e

jovens mulheres em risco e em especialistas com intervenção nas áreas da saúde mental, proteção social, justiça, apoio psicossocial e direitos da mulher.

A articulação entre estes dois eixos procurou permitir uma leitura integrada entre enquadramento legal e político, funcionamento das respostas institucionais e experiências concretas vividas pelas mulheres.

Por outro lado, no sentido de respeitar os ritmos dos sujeitos (disponibilidade) e as suas especificidades sociais (adaptação dos guiões), os dados do estudo foram recolhidos num ambiente não controlado, neste caso, no contexto natural dos sujeitos, pelo que foi sempre adaptado o plano de recolha de dados, as entrevistas e os grupos focais às disponibilidades e características dos participantes.

2.3.1. Mulheres participantes

As mulheres participantes foram selecionadas, através de uma lógica de amostragem intencional e de heterogeneidade, procurando assegurar diversidade em termos etários, socioeconómicos, culturais e religiosos e representar diferentes experiências de vida e contextos de vulnerabilidade.

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, residir nas províncias abrangidas pelo projeto (Luanda, Bengo e Icolo e Bengo), disponibilidade para participar voluntariamente na recolha de dados e prestação de consentimento informado.

Cerca de dois terços das mulheres participantes já se encontravam integradas no projeto “Mulheres e Vida: Um caminho para a Igualdade”,

sendo identificadas com apoio da Cáritas Angola e das redes comunitárias associadas ao projeto. O recrutamento das restantes participantes foi realizado através de contactos da equipa de investigadores de Angola, tendo em conta os critérios de inclusão definidos para as participantes.

O perfil das 30 mulheres entrevistadas neste estudo revela um grupo heterogéneo, marcado por contrastes geracionais, educativos e socioeconómicos, que refletem a complexidade da condição feminina em Angola (Cf. Apêndice 1).

As mulheres entrevistadas residem maioritariamente em contextos urbanos e periurbanos, verificando-se uma predominância de participantes provenientes da província de Luanda. Entre os territórios mais representados encontram-se as centralidades do Kilamba e do Zango, bem como bairros e municípios como Benfica, Cazenga, Viana e Talatona. Uma parte menos expressiva da amostra reside na província do Bengo, nomeadamente nas localidades de Panguila e Barra do Dande. Esta distribuição territorial permitiu incluir participantes com diferentes contextos de acesso a serviços e recursos comunitários, ainda que com maior incidência em contextos urbanos e periféricos da capital angolana.

As participantes apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, permitindo reunir perspetivas associadas a diferentes fases do ciclo de vida. O grupo inclui mulheres jovens (21-30 anos), que representam cerca de 35% da amostra e que estão em processos de transição entre a formação académica e a inserção profissional; mulheres

adultas (31-59 anos), que representam 60% da amostra e que acumulam responsabilidades familiares, profissionais e comunitárias; bem como uma participante sénior (60 anos), cuja narrativa trouxe elementos associados à memória intergeracional, resiliência familiar e transformações sociais vividas ao longo do tempo.

Ao nível da escolaridade, verifica-se uma heterogeneidade significativa. Uma parte considerável das participantes (57%) possui formação superior concluída ou encontra-se a frequentar o ensino universitário, coexistindo com mulheres com escolaridade média ou formação técnico-profissional (33%) e, em menor número (10%), mulheres com percursos escolares mais limitados e níveis básicos de literacia. Esta diversidade permitiu compreender de que modo o acesso à educação influencia as trajetórias pessoais, profissionais e familiares das mulheres, bem como as suas possibilidades de autonomia económica e conhecimento dos próprios direitos.

Relativamente à situação profissional, as participantes desenvolvem atividades bastante diversificadas, refletindo diferentes posicionamentos sociais e estratégias de sobrevivência económica. O setor da educação surge como o mais representado (cerca de 37%), incluindo professoras e docentes de vários níveis de ensino. Paralelamente, várias participantes (cerca de 23%) encontravam-se ainda em percurso académico, identificando-se prioritariamente como estudantes. Outras mulheres exerciam atividades ligadas ao setor informal e ao pequeno empreendedorismo (cerca de 17%), nomeadamente como vendedoras ambulantes, lavadeiras,

cabeleireiras ou comerciantes de pequena escala, frequentemente descritas como estratégias essenciais de subsistência perante contextos de desemprego, instabilidade laboral ou ausência de proteção social. Foram ainda identificadas profissionais de áreas como o jornalismo, a administração pública, os serviços de emergência e atividades criativas.

No que se refere à composição familiar e ao estado civil, observou-se um predomínio de mulheres que não se encontram formalmente casadas, incluindo participantes solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas (cerca de 60%). Algumas encontravam-se em união de facto ou casamento formal. A maioria das entrevistadas é mãe, com agregados familiares de diferentes dimensões e níveis de dependência económica. Diversas participantes descreveram assumir sozinhas a responsabilidade financeira, emocional e educativa dos filhos, utilizando frequentemente a expressão “ser pai e mãe” para caracterizar o peso acumulado das responsabilidades familiares.

A situação financeira descrita pelas participantes revelou níveis significativos de vulnerabilidade económica. Embora algumas mulheres caracterizem a sua situação como relativamente estável ou suficiente para assegurar as necessidades básicas do agregado familiar (cerca de 40%), uma parte expressiva relatou condições marcadas por precariedade, dependência económica de familiares ou parceiros e dificuldades persistentes de acesso a recursos financeiros. A dependência económica surge repetidamente associada à dificuldade em interromper relações abusivas, procurar apoio especializado ou construir trajetórias de maior autonomia pessoal e emocional.

2.3.2. Profissionais e Especialistas

No caso da presente investigação, realizaram-se dois grupos focais, ambos com função exploratória (Ritchie, 2003; Hennink, 2014), ou seja, envolvendo grupos relativamente pequenos de pessoas, cujo papel fundamental neste estudo prende-se com o facto de possuírem informações relevantes sobre a problemática. Assim, os critérios de inclusão definidos para estes participantes incluíram o exercício atual ou recente de funções com intervenção direta junto de mulheres em situação de sofrimento psicológico, violência baseada no género ou vulnerabilidade social. O recrutamento foi realizado através de convite institucional e posterior convite individual, sendo assegurados o carácter voluntário da participação e a inexistência de consequências, formais ou informais, em caso de recusa.

O grupo de especialistas, do primeiro grupo focal, foi constituído por sete profissionais que cumprem os critérios de inclusão definidos, apresentando experiência relevante na intervenção em áreas de interseção entre os direitos da mulher e a saúde mental. O perfil do grupo caracteriza-se pela sua multidisciplinaridade e pela sólida formação académica e prática. A área da Psicologia está fortemente representada, incluindo psicólogos clínicos com formação pós-graduada (grau de mestrado e especializações em intervenção psicossocial) e experiência no acompanhamento psicológico e psicossocial de mulheres em situação de violência baseada no género. Alguns destes profissionais desenvolvem, igualmente, trabalho em projetos comunitários de saúde mental e apoio a mulheres em situação de vulnerabilidade social. A vertente das ciências sociais integrou

sociólogos e assistentes Sociais, alguns dos quais com mestrado em Saúde e Desenvolvimento ou Serviço Social. Estes profissionais apresentam experiência em intervenção comunitária, gestão de casos de violência doméstica, proteção social e análise de determinantes sociais. O grupo integrou, ainda, profissionais ligados à área da justiça e advocacia social, com experiência no atendimento jurídico a vítimas de violência baseada no género e na orientação de mulheres que procuram reconhecimento e proteção legal perante situações de abuso. Estes profissionais apresentavam, igualmente, conhecimento do enquadramento legal angolano, incluindo a aplicação da Lei n.º 25/11 relativa à violência doméstica.

O segundo grupo focal foi realizado com colaboradores e profissionais de um centro de acolhimento para raparigas e jovens mulheres em situação de vulnerabilidade social, cuja intervenção integra componentes de saúde mental, apoio psicossocial e proteção social. O centro acolhe aproximadamente 80 raparigas e jovens mulheres, incluindo menores de idade (cerca de 60) e jovens adultas. Embora a maioridade legal seja aos 18 anos, a instituição permite a permanência das jovens até aos 22 anos. Para além da resposta residencial, a instituição desenvolve atividades de apoio psicossocial, promoção da literacia jurídica e formação vocacional orientadas para a autonomia e integração social das utentes.

Relativamente a este segundo grupo focal, participaram 14 colaboradores e profissionais, com uma composição predominantemente feminina (12 mulheres e 2 homens). O grupo integrou profissionais com diferentes funções institucionais e operacionais, incluindo

responsáveis pela coordenação do centro, apoio direto às utentes (participantes que lidam diretamente com o quotidiano das jovens), serviços de apoio (profissionais responsáveis pela higiene, acompanhamento das crianças, tratamento da roupa e manutenção da horta) e segurança (participantes masculinos que exercem a função de segurança da instituição). Entre os participantes que indicaram a idade, verifica-se uma amplitude que vai de jovens adultos (entre 19 e 23 anos), até profissionais mais experientes (48 anos).

Os participantes de ambos os grupos focais provêm de diferentes contextos institucionais e comunitários e a heterogeneidade dos seus perfis profissionais permitiu integrar múltiplas perspetivas sobre os desafios relacionados com a saúde mental e os direitos das mulheres em Angola. Esta diversidade permitiu que os participantes dos grupos focais analisassem o fenómeno tanto sob o prisma técnico-clínico, como sob a perspetiva da execução das políticas públicas e do apoio de proximidade nas comunidades.

A participação destes especialistas e profissionais permitiu aprofundar a compreensão da relação entre enquadramento legal, práticas institucionais e experiências de proteção ou desproteção vividas por mulheres angolanas.

2.4. Métodos e instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados integrou três estratégias metodológicas complementares: análise documental, entrevistas semiestruturadas individuais e grupos focais.

2.4.1. Análise documental

Numa primeira fase realizou-se uma análise documental sistemática de legislação angolana, políticas públicas, planos setoriais e relatórios nacionais e internacionais relacionados com direitos das mulheres, violência baseada no género, saúde mental, proteção social e acesso a apoio psicológico.

A análise documental permitiu identificar o enquadramento jurídico e político existente relativamente à proteção dos direitos das mulheres e à organização dos cuidados de saúde mental em Angola, bem como compreender de que forma a violência psicológica e o sofrimento mental são reconhecidos institucionalmente. Foram analisados documentos legais e programáticos relevantes, incluindo legislação sobre violência doméstica, enquadramento penal da violência psicológica, planos de saúde mental, medidas de proteção e apoio psicológico gratuito e redes de apoio institucional e comunitário.

A análise documental assume particular relevância neste estudo por permitir compreender a evolução dos instrumentos legais e institucionais, bem como identificar continuidades, lacunas e tensões entre os compromissos formalmente assumidos e a sua implementação prática. Neste sentido, a documentação legal e programática não é tratada apenas como fonte normativa, mas como material empírico que permite analisar a forma como o Estado reconhece, organiza e operacionaliza a proteção dos direitos das mulheres e o acesso a cuidados de saúde mental (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009).

Os documentos foram analisados através de grelhas temáticas alinhadas com os objetivos do

estudo, permitindo construir o enquadramento conceptual e normativo que sustentou posteriormente a elaboração dos guiões de entrevista e dos grupos focais.

2.4.2. Entrevistas semiestruturadas individuais com mulheres angolanas

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 30 mulheres angolanas.

Este tipo de entrevista permite explorar em profundidade as trajetórias de vida, perceções e significados atribuídos pelos participantes, conciliando a existência de um guião orientador com a flexibilidade necessária para acompanhar o discurso do entrevistado (Lombardi, Ávila e Paula, 2021). Esta característica revela-se particularmente adequada no presente estudo, onde cada história é única e pode exigir diferentes níveis de aprofundamento. Adicionalmente, a utilização de entrevistas no paradigma qualitativo possibilita a construção de narrativas que dão sentido às experiências vividas, permitindo compreender não apenas os acontecimentos, mas também a forma como estes são interpretados pelos sujeitos (Silva e Amendoeira, 2018).

Os guiões de entrevista foram construídos pela equipa de investigação a partir da revisão da literatura científica internacional sobre saúde mental, género e desigualdades em contextos africanos, sendo posteriormente complementados com dados recolhidos através da análise de documentos legislativos e políticas públicas relacionadas com os direitos das mulheres e a saúde mental. Os guiões foram discutidos entre as equipas de Portugal e Angola e sujeitos a uma avaliação local, com o objetivo

de garantir a clareza linguística das perguntas, a sua adequação cultural e a segurança emocional das participantes (CF Apêndice 2).

A estrutura dos guiões foi organizada em seis blocos temáticos alinhados com os objetivos específicos do estudo.

O primeiro bloco centrou-se na descrição por parte das mulheres do seu contexto de vida quotidiano, permitindo iniciar a entrevista com a exploração das responsabilidades da mulher angolana e das suas necessidades.

O segundo bloco incidiu sobre as perceções relativas aos direitos da mulher e ao respeito ou violação desses direitos, procurando compreender de que forma as participantes interpretam, na prática, estes direitos e o modo como são experienciados no quotidiano.

O terceiro bloco centrou-se na relação entre desigualdades de género, dependência económica, violência, limitação de direitos e sofrimento emocional e psicológico.

O quarto bloco abordou a saúde mental e o sofrimento emocional das mulheres, procurando compreender a forma como as participantes descrevem o sofrimento emocional e psicológico, identificar os fatores considerados como desencadeantes de sofrimento, e aferir a influência do contexto familiar, económico e social no seu bem-estar emocional.

O quinto bloco incidiu sobre as respostas e apoios disponíveis no território, incluindo recursos formais e informais de apoio. Pretendeu-se compreender o grau de confiança nas instituições e mapear barreiras geográficas, económicas, sociais e culturais no acesso ao apoio psicológico e à proteção.

O sexto bloco correspondeu à recolha de recomendações e perspetivas para o futuro, permitindo identificar propostas formuladas pelas próprias participantes, reforçando o seu papel ativo na reflexão sobre os direitos das mulheres, o acesso a apoio psicológico e a respostas institucionais.

No final de cada entrevista foi criado um espaço adicional para que as participantes pudessem acrescentar informações relevantes ou expressar eventual desconforto emocional associado aos temas abordados.

As entrevistas tiveram duração aproximada entre 45 e 75 minutos, decorreram em espaços privados e seguros e foram gravadas após consentimento explícito das participantes.

2.4.3. Grupos focais com Especialistas e Profissionais

Os grupos focais com os especialistas e profissionais foram utilizados para explorar, não apenas narrativas individuais, mas também dinâmicas institucionais, consensos, tensões e perceções partilhadas sobre o funcionamento das respostas existentes. Foram moderados por investigadores com formação em metodologias qualitativas e seguiram um guião semiestruturado, organizado em cinco blocos temáticos (CF Apêndice 3).

O primeiro bloco incidiu sobre o enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental. Os participantes refletiram sobre a forma como interpretam e operacionalizam estes direitos no contexto das suas práticas profissionais, nomeadamente em situações de violência doméstica e violência psicológica.

O segundo bloco centrou-se na saúde mental e no sofrimento psicológico das mulheres que procuram apoio, procurando-se compreender os problemas emocionais e psicológicos mais frequentemente identificados pelos profissionais, bem como os fatores desencadeantes referidos pelas próprias mulheres.

O terceiro bloco explorou o impacto das limitações no exercício dos direitos das mulheres sobre a saúde mental, particularmente em situações em que as mulheres não conseguem obter proteção efetiva ou continuidade de apoio devido a sofrimento psicológico ou contextos de violência.

O quarto bloco incidiu sobre as respostas existentes no território e a articulação entre atores institucionais e comunitários, permitindo mapear recursos existentes, identificar lacunas institucionais e compreender os mecanismos de articulação entre saúde, justiça, proteção social e comunidade.

O quinto bloco centrou-se na recolha de recomendações e propostas de melhoria, incentivando os participantes a formular sugestões dirigidas às lideranças locais, decisores políticos e comunidades.

2.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

A recolha de dados decorreu em três etapas principais.

Numa primeira etapa procedeu-se à recolha, leitura e sistematização da legislação, políticas públicas e documentos institucionais relevantes para o estudo.

Numa segunda etapa foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com mulheres participantes, permitindo explorar experiências, perceções e significados associados à saúde mental, desigualdades de género, violência e acesso a apoio.

Numa terceira etapa realizaram-se grupos focais com profissionais e agentes institucionais e comunitários, procurando compreender as respostas existentes no território, os constrangimentos institucionais e as necessidades identificadas pelos próprios intervenientes.

Todas as sessões de recolha de dados foram antecedidas de explicação dos objetivos do estudo, procedimentos, direitos dos participantes e garantias éticas, sendo realizadas apenas após obtenção do consentimento informado. A participação no estudo foi voluntária, tendo sido garantidas a confidencialidade da informação recolhida e a pseudonimização dos dados. As participantes foram igualmente informadas de que poderiam recusar responder a qualquer questão, interromper a entrevista ou retirar o consentimento, sem necessidade de justificação e sem qualquer consequência.

Atendendo à natureza sensível dos temas abordados, foi definido um procedimento de salvaguarda ética para situações de sofrimento emocional significativo. Neste sentido, sempre que necessário, e mediante concordância explícita da participante, foram disponibilizados informações e possibilidades de encaminhamento para estruturas locais de apoio psicológico, serviços de saúde mental ou redes de proteção social.

O estudo assumiu exclusivamente objetivos de investigação científica, não tendo natureza clínica ou psicoterapêutica.

2.6. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada de forma rigorosa e sistematizada, garantindo a fidelidade ao discurso dos participantes.

A análise das entrevistas realizadas foi conduzida com base numa abordagem de análise de conteúdo temática, articulando os referenciais de Braun e Clarke (2006) com a tradição clássica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Esta opção permitiu identificar padrões recorrentes e construir sentidos a partir da linguagem, da vivência e da prática das entrevistadas. A metodologia adotada assentou numa lógica mista: indutiva, permitindo a emergência de temas diretamente dos dados, e dedutiva, orientada por categorias previamente definidas com base no guião semidiretivo.

A análise partiu de categorias temáticas inicialmente alinhadas com os objetivos do estudo, incluindo direitos e proteção, sofrimento psicológico, desigualdade e violência, recursos e barreiras de acesso e recomendações. Ao longo da análise foram igualmente identificadas categorias emergentes relevantes para a compreensão contextual do fenómeno, incluindo categorias relacionadas com o estigma religioso associado à procura de apoio psicológico, violência económica e controlo financeiro enquanto formas de dano psicológico, medo de represálias após denúncia e exaustão emocional associada à sobrecarga de cuidado.

A análise iniciou-se com uma leitura flutuante das transcrições, seguida da codificação temática e posterior organização em categorias e subcategorias.

Foi realizada a triangulação entre análise documental, narrativas das mulheres e percepções dos profissionais. Esta triangulação permitiu confrontar três planos de análise: o plano normativo e institucional, resultante da análise documental; o plano experiencial, produzido pelas entrevistas com mulheres angolanas; e o plano técnico-profissional, resultante dos grupos focais com especialistas e profissionais. Esta opção permitiu reforçar a consistência interpretativa dos resultados, não no sentido de produzir generalizações estatísticas, mas de compreender convergências e discrepâncias entre direitos formalmente reconhecidos, práticas institucionais e experiências vividas.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

3.1. Análise documental

O ordenamento jurídico angolano integra atualmente um conjunto expressivo de instrumentos normativos orientados para a proteção dos direitos da mulher e para o combate à violência doméstica. A análise desses instrumentos — a Lei n.º 25/11, o Decreto Presidencial n.º 222/13 e a Resolução n.º 17/24 — evidencia uma evolução legislativa coerente e progressiva. Inicialmente direcionada à violência física e psicológica, a resposta jurídica avança progressivamente para uma estratégia ampla de igualdade de direitos e culmina, mais recentemente, numa integração regional que consagra a saúde mental e os direitos reprodutivos como dimensões fundamentais do desenvolvimento humano.

Esta progressão normativa não ocorre num vácuo, devendo ser compreendida à luz do contexto histórico e social angolano. Angola é um país que emergiu de um longo conflito armado (1975–2002) cujas consequências sociais ainda se fazem sentir. Estas refletem-se na fragilidade das instituições públicas, na persistência de assimetrias de género estruturalmente enraizadas e na escassez de infraestruturas de apoio social nas zonas rurais, onde reside mais de metade da população (INE Angola, 2023).

A tensão entre o texto da lei e a sua aplicação concreta é reconhecida pelos próprios organismos do Estado: o Relatório do MINFAMU de 2020 reconhece existência de lacunas na implementação da Lei n.º 25/11, atribuindo-as à insuficiência de recursos humanos e materiais especializados em Angola.

Esta secção apresenta a análise do conteúdo normativo dos três diplomas referidos,

articulando os seus pontos de convergência e identificando os principais desafios que condicionam a sua aplicação efetiva. A análise evidencia que, apesar dos avanços legislativos registados, persistem lacunas estruturais (institucionais, culturais e geográficas) que limitam a concretização plena dos direitos das mulheres, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

3.1.1. Instrumentos jurídicos de proteção da mulher em Angola

A Lei n.º 25/11 estabelece o regime jurídico de prevenção da violência doméstica e de proteção das suas vítimas, constituindo o primeiro instrumento de ordenamento angolano dedicado especificamente a esta matéria. A sua relevância estrutural reside, em primeiro lugar, na amplitude da definição que propõe: o artigo 3.º conceptualiza a violência doméstica como qualquer ação ou omissão que cause dano físico ou psicológico, tipificando na alínea c), a violência psicológica como categoria autónoma, caracterizada por condutas que causem dano emocional ou perturbem o desenvolvimento psicossocial da vítima. Esta tipificação representa um avanço conceptual significativo, na medida em que reconhece formas de violência habitualmente invisíveis ao sistema de justiça formal.

No plano da prevenção, os artigos 7.º e 8.º determinam a inclusão de matérias sobre violência doméstica e igualdade de género nos currículos escolares, bem como a promoção de políticas de sensibilização dirigidas à sociedade. O legislador reconhece, implicitamente, que a alteração das normas que sustentam a violência não se opera

por via exclusivamente punitiva, mas requer uma intervenção cultural de longo prazo.

Em matéria de assistência, o artigo 17.º garante às vítimas o atendimento médico, psicológico, social e jurídico gratuito, assegurando ainda apoio psicossocial por um período não superior a seis meses, salvo em circunstâncias excecionais. Importa destacar igualmente a disposição do artigo 20.º, que vai além do paradigma estritamente protetor: prevê que o Estado promova igualmente as condições para o apoio psicológico e psiquiátrico ao agressor, visando a sua recuperação. Trata-se de uma abordagem que, quando implementada, poderá contribuir de forma decisiva para a interrupção dos ciclos de violência recorrente.

O Decreto Presidencial n.º 222/13 aprova a estratégia nacional para a eliminação da discriminação baseada no género e para a promoção do empoderamento feminino. O diploma ultrapassa a lógica predominantemente punitiva da lei anterior, adotando uma perspetiva estrutural de promoção da igualdade. O artigo 35.º fundamenta toda a estratégia nos princípios da igualdade de direitos e da não discriminação, visando o equilíbrio de poder entre homens e mulheres.

O texto identifica que as mulheres em Angola enfrentam uma vulnerabilidade multidimensional, resultante da interação entre fatores de pobreza, analfabetismo e exposição a riscos de saúde específicos, como o VIH/SIDA e a mortalidade materna. Em resposta a este diagnóstico, o Domínio 4.1 (Serviços Sociais Básicos) define o acesso igualitário à saúde como prioridade estratégica, com foco especial

na saúde sexual e reprodutiva e na redução da mortalidade materna.

No que respeita diretamente à violência de género, o Domínio 4.4 define o objetivo de reduzir a incidência da violência doméstica através da implementação rigorosa da legislação existente e da criação de estruturas de apoio às vítimas, nomeadamente centros de aconselhamento e casas de abrigo. Esta disposição estabelece uma articulação entre o regime jurídico da Lei n.º 25/11 e a política pública necessária à sua concretização.

O decreto contribui, ainda, para a definição normativa dos direitos sexuais e reprodutivos: o seu glossário consagra-os como o direito à integridade sexual e à tomada de decisões livres e responsáveis sobre a própria fertilidade. Esta definição confere base legal a programas de saúde reprodutiva e protege juridicamente as mulheres sujeitas a coerção neste domínio.

A Resolução n.º 17/24, ratificada em 2024, incorpora no ordenamento angolano o protocolo da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) sobre Saúde, instrumento de cooperação regional que visa a melhoria dos sistemas de saúde dos países membros. Trata-se do diploma mais recente do conjunto analisado e, em vários aspetos, o mais inovador no que respeita à dimensão psicossocial da proteção da mulher.

O artigo 1.º do Protocolo apresenta uma definição positiva de saúde mental como um “estado de bem-estar mental”, superando a conceptualização negativa tradicional, identificada com a mera ausência de doença, e introduzindo um padrão normativo de exigência mais elevado para os sistemas de saúde dos Estados signatários.

O artigo 16.º incide sobre a saúde reprodutiva, obrigando os Estados a formular políticas para reduzir a mortalidade materna e a garantir que tanto homens como mulheres tenham acesso a métodos seguros e acessíveis de regulação da fertilidade. A inclusão expressa dos homens nesta disposição é relevante, reconhecendo que a saúde reprodutiva é uma responsabilidade partilhada, alinhando-se com a perspetiva de género que caracteriza o decreto de 2013.

O artigo 21.º estabelece o compromisso de cooperação regional para intervir nas consequências de traumas, com menção expressa aos resultantes de violência doméstica, criando um mecanismo supranacional de escrutínio que reforça a legislação interna. O artigo 22.º completa o enquadramento normativo, comprometendo os Estados a desenvolver legislação compatível com os padrões internacionais de saúde mental, a integrar esses serviços nos cuidados de saúde primários e a garantir tratamentos que respeitem a dignidade humana dos doentes mentais. Em conjunto, estas disposições reforçam a articulação entre a proteção das vítimas de violência doméstica e o reconhecimento da saúde mental como direito autónomo e juridicamente exigível.

3.1.2. Desafios de implementação: entre a lei e a prática

Em termos formais, pode afirmar-se que Angola dispõe de instrumentos jurídicos sólidos de proteção da mulher. Todavia, a realidade angolana evidencia desafios significativos à sua aplicação efetiva.

Estes desafios não apresentam o mesmo peso estrutural. As limitações institucionais e

as barreiras culturais constituem obstáculos centrais que, se não forem removidos, condicionam o funcionamento do sistema de proteção, independentemente da qualidade das normas existentes. Outros desafios, como o acesso limitado à justiça e a insuficiência dos serviços de saúde mental, surgem, em larga medida, agravados por estas fragilidades de base. Compreender esta relação hierárquica é essencial para a definição de prioridades de intervenção.

O primeiro e mais imediato obstáculo à efetividade normativa é de natureza institucional. A garantia de atendimento gratuito prevista no artigo 17.º da Lei n.º 25/11, bem como o apoio ao agressor consagrado no artigo 20.º, pressupõem a existência de uma rede de serviços especializados que, na prática, é insuficiente face às necessidades existentes. Segundo dados do MINFAMU (2020), Angola contava com menos de vinte casas de abrigo para vítimas de violência doméstica em todo o território nacional. Este número é desproporcional face a uma população de cerca de 35 milhões de habitantes (INE Angola, 2023). A escassez de psicólogos e assistentes sociais especializados agrava este cenário, sendo que, de acordo com o relatório da ONU Mulheres em relação Angola (2022), a taxa de profissionais de saúde mental por habitante é uma das mais baixas da região da SADC, comprometendo diretamente a concretização do apoio psicossocial legalmente previsto.

Esta insuficiência institucional revela-se ainda mais preocupante quanto se considera que o artigo 20.º da Lei n.º 25/11, disposição que prevê o apoio psicológico e psiquiátrico ao agressor como instrumento de prevenção da reincidência,

permanece, na prática, sem qualquer programa estruturado de implementação. Trata-se de uma das lacunas mais silenciosas, e com maior potencial de impacto a longo prazo.

O segundo obstáculo estrutural é de natureza cultural e social, e a sua superação tende a ser mais lenta e mais complexa do que a de qualquer insuficiência institucional. O Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde de Angola (IIMS, 2015–2016) revelou que uma parte significativa de mulheres angolanas considera justificável que o marido bata na esposa em determinadas circunstâncias, um dado que ilustra a persistência cultural da violência doméstica e que contraria diretamente os objetivos de sensibilização previstos nos artigos 7.º e 8.º da Lei n.º 25/11. Persistem normas sociais que tratam a violência no contexto conjugal como um assunto privado, desencorajando a intervenção externa e mantendo a maioria dos casos invisível ao sistema de justiça formal.

Esta realidade é agravada pela coexistência do direito estadual com sistemas normativos consuetudinários que, em matérias como casamento, herança e autoridade conjugal, continua a influenciar as relações de género em muitas comunidades angolanas. O Domínio 4.4 do Decreto Presidencial n.º 222/13 reconhece implicitamente este desafio ao prever a criação de estruturas de aconselhamento comunitário. Contudo, a sua implementação, nomeadamente através do envolvimento de lideranças tradicionais, permanece ainda incipiente.

Sobre estes dois obstáculos estruturais surge um terceiro desafio, que pode ser percecionado como uma consequência dos anteriores, que é o acesso limitado à justiça. Em Angola a

distribuição geográfica dos serviços jurídicos e judiciais é muito assimétrica. Nas zonas rurais, onde reside uma proporção considerável da população feminina mais vulnerável, o acesso a advogados, tribunais e serviços de apoio à vítima é frequentemente inatingível, seja pela distância física, por limitações económicas, ou por desconhecimento dos direitos legalmente consagrados.

O relatório do CEDAW sobre Angola (2019) identificou esta assimetria como uma das principais falhas sistémicas do país em matéria de acesso à justiça para mulheres vítimas de violência. Acresce que os processos judiciais podem ser morosos ou pouco eficazes, o que desincentiva a apresentação de queixas e enfraquece, na prática, a proteção que a lei formalmente garante.

O quarto desafio, e talvez o mais silencioso, diz respeito ao apoio psicológico e é, em larga medida, uma consequência direta da insuficiência institucional identificada no ponto 3.1. Apesar da previsão expressa na Lei n.º 25/11 e dos compromissos assumidos no artigo 22.º da Resolução n.º 17/24, que obriga à integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários e à garantia de tratamentos conformes com a dignidade humana, Angola dispõe de uma infraestrutura de saúde mental manifestamente reduzida para a dimensão da sua população e para a extensão do problema.

A ONU Mulheres (2022) estima que a grande maioria das vítimas de violência doméstica em Angola não recebe qualquer tipo de acompanhamento psicológico após uma ocorrência de violência. As sequelas psicológicas da violência, precisamente as que a alínea c)

do artigo 3.º da Lei n.º 25/11 reconhece como violência autónoma, ficam assim, na maior parte dos casos, sem tratamento. Isto compromete a recuperação das vítimas e perpetua ciclos de vulnerabilidade que a lei pretendia interromper.

A análise documental evidencia que Angola dispõe de instrumentos jurídicos relevantes para a proteção dos direitos das mulheres e para o reconhecimento da violência psicológica. Contudo, os dados recolhidos junto das mulheres, especialistas e profissionais sugerem que a existência formal destes instrumentos não garante, por si só, acesso efetivo à proteção, ao acompanhamento psicológico ou a respostas institucionais continuadas. Esta distância entre reconhecimento legal e concretização prática constitui um dos eixos centrais de interpretação dos resultados.

3.1.3. Considerações finais

A leitura articulada dos três instrumentos normativos analisados evidencia uma evolução progressiva da legislação angolana. Inicialmente centrada numa lógica punitiva e protetora da violência física e psicológica (2011), alarga-se posteriormente a uma estratégia abrangente de igualdade de direitos (2013) e culmina, mais recentemente, numa integração regional que reconhece a saúde mental e os direitos reprodutivos como pilares do desenvolvimento humano (2024). A articulação entre estes três diplomas configura um sistema normativo internamente coerente, cujas disposições se complementam e reforçam mutuamente.

Esta evolução é claramente relevante, e deve ser reconhecida como tal. Todavia, os dados empíricos disponíveis (INE Angola, MINFAMU,

CEDAW e ONU Mulheres) confirmam que a distância entre o ordenamento normativo e a experiência concreta de milhares de mulheres angolanas continua a ser expressiva. Como a análise demonstrou, os constrangimentos à implementação não são todos equivalentes: a insuficiência institucional e as barreiras culturais são estruturais centrais, cujo não enfrentamento compromete significativamente a eficácia dos demais mecanismos de proteção. É nessas duas frentes que a ação do Estado deve ser prioritariamente direcionada.

Fortalecer a rede de acolhimento e apoio psicossocial, em cumprimento do artigo 17.º da Lei n.º 25/11, assegurar a formação especializada de profissionais das áreas jurídica, social e da saúde, promover estratégias sistemáticas de sensibilização comunitária com envolvimento de lideranças tradicionais e criar mecanismos efetivos de monitorização da implementação das leis existentes constituem condições fundamentais para a concretização efetiva da proteção prevista na legislação.

A produção regular de dados desagregados por género e localização geográfica revela-se igualmente essencial para identificar desigualdades territoriais e monitorizar o impacto das políticas implementadas. Como o quadro legal encontra-se formalmente consolidado, o principal desafio reside, agora, na sua aplicação efetiva e continuada.

3.2. Análise das entrevistas

Esta secção apresenta uma análise qualitativa das experiências, perceções e desafios da saúde mental e dos direitos da mulher em Angola, integrando as vozes de 30 mulheres

entrevistadas. A narrativa apresentada evita a fragmentação excessiva por tópicos, privilegiando um discurso que articula os resultados qualitativos com as experiências relatadas pelas participantes ao longo dos diferentes blocos temáticos do estudo.

Organiza-se em diferentes blocos temáticos que articulam as vivências quotidianas das mulheres angolanas, as múltiplas formas de sobrecarga experienciadas e as suas perceções sobre o quadro jurídico e social existente. A análise evidencia igualmente o hiato persistente entre a proteção legal, formalmente prevista, e a concretização prática dos direitos das mulheres. São ainda explorados os impactos psicológicos das desigualdades estruturais, bem como os mecanismos de silenciamento do sofrimento emocional associados a barreiras culturais e sociais. Por fim, analisa-se a eficácia e as limitações das respostas existentes, frequentemente marcadas pela dependência de redes informais e religiosas, culminando na identificação de propostas e recomendações orientadas para o fortalecimento das políticas públicas e para a descentralização dos cuidados de saúde mental em Angola.

3.2.1. Vida quotidiana e contexto das mulheres angolanas

A análise das entrevistas evidencia um quotidiano marcado por múltiplas formas de sobrecarga, particularmente associadas à articulação entre responsabilidades domésticas, maternidade, trabalho remunerado e gestão familiar.

Grande parte das participantes (28 mulheres) descreve o seu dia a dia através da gestão de

uma “tripla jornada”, marcada pela articulação contínua entre maternidade, trabalho doméstico e atividade profissional ou informal. O quotidiano é descrito como uma sucessão ininterrupta de responsabilidades que conduz a elevados níveis de desgaste físico e emocional.

A Entrevistada 1 relata que ser mulher implica desempenhar múltiplas tarefas, desde preparar o bebé para a creche e arrumar a casa até cumprir obrigações escolares e laborais, concluindo que “é muito complicado ser mulher e desempenhar todas as tarefas”. Esta perceção de sobrecarga é corroborada pela Entrevistada 4, que descreve o seu dia como “muito agitado por conta das múltiplas funções” de mãe, esposa, trabalhadora e líder religiosa.

Para as mulheres que vivem no mercado informal (por exemplo, zungueiras¹), a carga é física e emocional, enfrentando a repressão dos fiscais enquanto cuidam dos filhos.

Para estas mulheres, a “tranquilidade” não é um conceito abstrato, mas algo intrinsecamente ligado à independência económica. De facto, cerca de 22 mulheres identificam a busca pela independência económica como o principal pilar de tranquilidade, vendo no rendimento próprio a única via para a liberdade de escolha e dignidade. A Entrevistada 5 é taxativa ao afirmar que é fundamental que a mulher “estude, trabalhe, tenha o seu emprego e ganhe o seu próprio dinheiro para viver e fazer aquilo que quer, sem pisar os outros”.

No entanto, a realidade do mercado de trabalho angolano impõe barreiras severas, a maternidade e os processos biológicos associados à condição feminina são vistas como passivos financeiros pelos empregadores. Um exemplo

¹ Termo que designa as mulheres vendedoras ambulantes do mercado informal, que percorrem longas distâncias a pé equilibrando mercadorias (como alimentos, vestuário e acessórios) em bacias sobre a cabeça.

ilustrativo desta discriminação é partilhado pela Entrevistada 14, que relata o diálogo com um empresário que recusava contratar mulheres sob o pretexto de que elas “têm a coisa de engravidar” ou “entrar no período”, o que, na visão dele, levaria a empresa à falência.

A segurança emocional identificada pelas entrevistadas não é apenas material, emergindo também a importância da espiritualidade e da paz familiar, como fontes de equilíbrio emocional e bem-estar psicológico. Tal como vincado pela Entrevistada 10, “A paz espiritual está acima de tudo. Não nos apegarmos muito aos problemas... se tivermos um bocadinho de controle conosco mesmo... vamos saber dominar o nosso dia-a-dia”.

Em síntese, os discursos das participantes evidenciam um quotidiano marcado por múltiplas formas de sobrecarga, onde responsabilidades familiares, laborais e económicas coexistem com barreiras estruturais à autonomia e ao bem-estar psicológico. Neste contexto, a independência financeira, a estabilidade familiar e a espiritualidade emergem como elementos centrais na procura de equilíbrio emocional e dignidade pessoal.

No entanto, este percurso para a independência é severamente dificultado por barreiras estruturais, que incluem desde a repressão fiscal no mercado informal até à discriminação explícita no mercado formal, onde a biologia e a maternidade são frequentemente penalizadas pelos empregadores. Como contrapeso a estas adversidades, a paz espiritual e o equilíbrio familiar emergem como refúgios vitais, funcionando como mecanismos de resiliência que permitem à mulher angolana gerir o quotidiano e enfrentar as lutas internas provocadas por um

contexto de sobrevivência muitas vezes hostil.

3.2.2. Direitos da mulher no quotidiano

A análise das percepções das entrevistadas acerca dos direitos da mulher em Angola revela um hiato significativo entre a proteção legal existente e a sua aplicação prática nas comunidades. Cruzando as 30 entrevistas realizadas, identificam-se padrões relacionados com a consciência dos direitos, as fontes de literacia jurídica e a perceção crítica da violação sistemática desses direitos no quotidiano e na sociedade angolana.

Os temas centrais identificados foram a definição de direitos como igualdade e proteção, fontes de informação (igreja, media e projetos sociais) e inexistência de respeito prático pelos direitos.

Relativamente à definição de direitos, quase totalidade das mulheres entrevistadas associam ao conceito de igualdade e à existência de leis protetoras.

Para a Entrevistada 1, direitos significam “leis que asseguram a igualdade de género, que protegem a mulher contra a desigualdade, violência”. A Entrevistada 3 reforça esta visão, definindo-os como o “direito de tudo que o outro tem direito... ser tratada de igual modo”.

No entanto, esta compreensão teórica choca com uma realidade de incumprimento, pois, embora as mulheres definam direitos como sinónimo de igualdade legal e proteção contra a violência, existe um desfasamento significativo entre a letra da lei e a realidade.

Com base nos seus relatos, mais de 80% das

entrevistadas consideram que estes direitos não são respeitados na prática. Neste âmbito, a Entrevistada 7 afirma que “No meio em que eu vivo, respeitados estamos a falar de 3% e 97% não são respeitados... há maioria das mulheres angolana também estão totalmente desinformadas”, atribuindo este cenário tanto ao machismo quanto à desinformação das próprias mulheres.

A fuga à paternidade é identificada como uma das violações de direitos com maior impacto emocional. A Entrevistada 21 e a Entrevistada 22 colocam este fenómeno a par da violação e da gravidez precoce como os “fatores primordiais que acabam com o psicológico da mulher”. A ausência de suporte do progenitor não é vista apenas como uma falha financeira, mas como uma negação do direito da mulher de partilhar a responsabilidade e o cuidado. Isto gera uma sobrecarga que, como indica a Entrevistada 11, leva a que a sociedade a rotule pejorativamente de “mbaca” ou “cemitério andante” se não cumprir o papel de mãe.

Por outro lado, a Entrevistada 26 sublinha que muitas mulheres nem sequer sabem que têm o direito de decidir o número de filhos ou de dividir as tarefas domésticas com o marido, vivendo sob o tabu de que “quem manda em casa é o homem”.

A discriminação no mercado de trabalho é um dos temas mais frequentemente descritos, sendo mencionada por aproximadamente 50% das mulheres que possuem experiência laboral ou académica.

A Entrevistada 5 ilustra esta discriminação, quando refere que “Esses direitos não têm sido respeitados porque eu tenho estado a ver que as

mulheres não têm tantas oportunidades como os homens. Em alguns postos de trabalho muitas mulheres têm os mesmos cargos que os homens, mas o salário é muito diferenciado. Por isso é que ultimamente diz-se direitos da mulher, direitos das mulheres, porque a mulher agora está a cobrar os seus direitos e quando se fala de igualdade de género, não é bem assim (...) Em outras profissões também as mulheres não são permitidas porque dizem que não têm capacidade”.

A discriminação ligada à maternidade é outro tema recorrente, com patrões que preferem homens por considerarem a mulher “incapaz” devido ao ciclo menstrual ou gravidez. Esta perceção de que a biologia feminina é um entrave ao direito ao trabalho é acompanhada pelo assédio sexual, que surge como uma forma de violência institucionalizada no acesso ao emprego. A Entrevistada 11 ilustra a gravidade da violação destes direitos no mercado de trabalho, relatando situações de assédio sexual institucionalizado onde as competências femininas são preteridas em favor de propostas indecorosas, afirmando que “os nossos direitos não são respeitados desde que nós nascemos até a idade adulta”. A mesma entrevistada descreve como um recrutador “guardou” os seus documentos, não pelas suas competências, mas porque “o que ele queria era simplesmente para a cama”, o que a deixou “arrasada” e a fez desistir da vaga.

A desinformação acerca dos seus direitos é outro tema recorrente nas entrevistas, com mulheres a admitirem que só descobriram possuir direitos específicos através de projetos sociais como o “Mulheres e Vida”, dos media ou da igreja. A entrevistada 5 ilustra esta situação, dizendo que “Na escola fala-se de direitos da mulher, mas

ainda assim de uma forma muito fechada. Fala-se mais na igreja e em alguns grupos de debate social; é agora que a mulher está a levantar, está a recuperar os seus direitos, porque ela também quer ter a sua vida autónoma”.

Enquanto os media tradicionais (rádio e TV) são citadas por cerca de 60% das mulheres, os projetos sociais como o “Mulheres e Vida” desempenham um papel importante na disseminação de informação sobre direitos para cerca de 30% das participantes.

A Entrevistada 1 menciona ter tido o privilégio de participar em formações que a ajudaram a “saber se posicionar”. Já a Entrevistada 26 confessa que, antes desse projeto, o conhecimento era vago ou “tudo na brincadeira”, mas que a formação permitiu entender direitos específicos como o de “planear a sua família” e “decidir ou não ter filhos e quantos filhos tê-los”, algo que muitas mulheres ignoram por acreditarem no tabu de que “quem manda em casa é o homem”.

Quanto às diferenças entre gerações, existe uma divisão clara identificada por cerca de 70% das entrevistadas. As mulheres mais jovens são vistas como beneficiárias da globalização e da internet, possuindo uma mente “muito mais consciente” e força para “cobrar o que são os nossos direitos diretamente” (Entrevistada 1).

A Entrevistada 21 observa que, enquanto jovens, “já lemos, porque já temos vídeos que falam sobre isto”, enquanto as mulheres mais velhas ainda seguem o paradigma de que a mulher “edifica o seu lar” através do silêncio e da resiliência perante o sofrimento. Esta visão é confirmada pela Entrevistada 1, que nota que as mais velhas ainda aconselham que as mulheres

“não devem fazer certas coisas”, perpetuando uma cultura de submissão que as mais novas tentam quebrar.

Como bem ilustrado pela Entrevistada 5, “Então, no tempo das nossas mães elas viveram dependentes dos pais e tiveram que passar por muitas situações desagradáveis; atualmente nós, para acautelar esta situação, nós queremos trabalhar, salvaguardar esta situação trabalhando, conquistando diariamente a nossa liberdade (...) Sim, sim tem diferença, porque as mais velhas estão naquela fase em que muitas coisas elas não eram permitidas e mesmo em muitas famílias os homens tinham mais prioridades, o homem é que vai estudar e a mulher fica em casa a fazer trabalho. Já nos dias de hoje não, todos os filhos têm direito de ir estudar, fazem praticamente as mesmas tarefas, tanto mais que já estamos a ver que na polícia tem mulheres, e em outros cargos também... já tem mulheres motoristas, já tem mulheres bombeiras também, quer dizer, está a se abrir”.

A análise deste bloco destaca que o conhecimento sobre direitos em Angola está a transitar de uma fase de desconhecimento total para uma fase de consciência crítica, impulsionada por organizações da sociedade civil e pela igreja. No entanto, o exercício desses direitos ainda é impedido por:

Barreiras culturais: A ideia de que a obediência ao marido é um dever que sobrepõe os direitos legais (mencionado por quase todas as mulheres de estratos mais baixos).

Impunidade laboral: O assédio e a discriminação por maternidade são aceites como “normas do mercado” (relatado por mulheres com formação média e superior).

Desigualdade financeira: A dependência económica (tema que atravessa este bloco) impede que a mulher reivindique os seus direitos por medo de perder o sustento.

Desta forma, os direitos da mulher em Angola, embora reconhecidos “no papel” por quase todas as participantes, são percecionados como instrumentos de difícil concretização, cuja violação persistente surge associada a sentimentos de ansiedade, frustração, incapacidade e sofrimento emocional descritos pelas participantes.

3.2.3. Saúde mental e sofrimento emocional

Da análise aprofundada ao bloco focado na “Saúde mental e sofrimento emocional”, a partir dos testemunhos das 30 mulheres entrevistadas, emerge um panorama complexo, em que o bem-estar psicológico é fortemente condicionado por pressões culturais, precariedade económica e fragilidades sociais.

A saúde mental, embora por vezes confundida com a ausência de doença física, é interpretada pela maioria das entrevistadas como um “equilíbrio psicológico” e “paz interior”, necessário para enfrentar as “lutas internas”. Desta forma, para a maioria das entrevistadas (aproximadamente 90%), a saúde mental é entendida como um estado de equilíbrio interior e paz de espírito, essencial para o funcionamento quotidiano.

A Entrevistada 1 descreve-a como “o psicológico da mulher... as lutas que ela enfrenta interiormente”, sublinhando que, sem este equilíbrio, a mulher não consegue dar resposta

às situações da vida. Esta visão é partilhada pela Entrevistada 3, que define o conceito como o “equilíbrio psicológico e social... saber gerir o nosso dia a dia sem se estressar”. Já a Entrevistada 15 oferece uma definição mais técnica, referindo-se ao “estado de bem-estar emocional, psicológico e social” que influencia a forma como a pessoa pensa e sente.

Os principais fatores associados ao sofrimento emocional são externos e estruturais, sendo os conflitos relacionais, sobretudo conjugais (traição, abandono) e a precariedade/instabilidade financeira para sustentar os filhos, mencionados por cerca de 95% das mulheres entrevistadas.

O relacionamento conjugal surge como o principal foco de instabilidade. A Entrevistada 1 afirma que “o principal é o relacionamento... quando não vai bem, automaticamente a mulher fica perdida”.

Para mais de metade destas mulheres, a pressão de ser mãe e pai simultaneamente, sem apoio financeiro do progenitor, é o fardo mais pesado. A par disso, a fuga à paternidade é identificada, por aproximadamente 60% das entrevistadas (especialmente as mais jovens ou as que vivem em contextos urbanos), como um dos fatores com maior impacto psicológico. A Entrevistada 21 e a Entrevistada 22 colocam este fenómeno a par da violação e da gravidez precoce como “fatores primordiais que acabam com o psicológico da mulher”.

O abandono por parte dos parceiros e a condição de mãe solteira são apontados como fontes de angústia profunda. Este sofrimento é alimentado pela precariedade económica, uma vez que a falta de recursos para o básico gera um

estado de alerta constante.

A Entrevistada 9 descreve a angústia de acordar sem saber se terá pão na mesa para os filhos, referindo que em Angola não se vive, mas sim “se sobrevive”. A mesma entrevistada descreve a exaustão emocional de ser “mãe e pai” ao mesmo tempo, lidando com um parceiro que contribui com valores irrisórios (20 mil kwanzas para quatro filhos) e que chantageia emocionalmente a mulher em vez de apoiar os filhos. A Entrevistada 10 reforça este cenário ao descrever mulheres “transtornadas” no mercado do Panguila, abandonadas pelos maridos e sem suporte familiar. A Entrevistada 3 lista “a falta de dinheiro, a necessidade ou a ausência dos serviços básicos” como situações críticas.

Existe, assim, uma relação evidente entre o incumprimento dos direitos e o declínio da saúde mental, concluindo-se que a mulher que não pode escolher ou que é abusada psicologicamente acaba por “bloquear a mente”.

De facto, um tema central e transversal a aproximadamente 75% das entrevistas é a tendência para o silenciamento das emoções. Um dado que se destaca é que cerca de 65% das entrevistadas referem a tendência para o isolamento e o silêncio como resposta à dor emocional, muitas vezes por imposição de uma cultura que educa a mulher para “guardar para si” e não incomodar os outros.

A Entrevistada 3 explica que “a manifestação da tristeza, muitas das vezes, é mesmo por via do silêncio... por uma questão cultural, porque muitas mulheres foram assim educadas a não falar e guardar para si” e a “aguentar tudo em silêncio sem procurar ajuda”. A Entrevistada 2 corrobora, afirmando que muitas mulheres

“fecham-se e não conseguem manifestar junto da família... pensam que denunciar o homem é um escândalo”.

Quando o sofrimento não é verbalizado, manifesta-se no corpo ou em comportamentos desadaptativos e de risco. Como referido pela Entrevistada 5, “As situações psicológicas que muitas das vezes advêm de maus tratos de forma silenciosa... ela fecha-se, então aquilo provoca danos na mente”. A Entrevistada 1 aponta para problemas de “insónia, olheiras por não dormir em condições” e a perda de apetite. Um dado preocupante é o crescente recurso ao álcool, uma vez que, a mesma entrevistada observa que muitas mulheres “se inclinam no álcool... parece que estão frustradas... por não ter pessoas que cuidem do seu emocional”. A Entrevistada 6 relata que, em momentos de crise, o corpo “fala”, levando a “gaguez e tremores” em situações de nervosismo extremo.

Embora a maioria das mulheres reconheça a necessidade de ajuda, cerca de 70% admitem que é difícil falar sobre problemas emocionais na comunidade. Falar sobre sentimentos é visto como sinal de fraqueza ou “falta de ocupação”. Assim, este sofrimento é amplificado pelo estigma social.

Este cenário é agravado pela incompreensão masculina. A Entrevistada 1 nota que muitos homens desvalorizam o estado emocional da mulher, referindo que “muitos são os homens que veem esse fator com algo bobo... acham que a mulher, quando não está bem emocionalmente, é algo que simplesmente deve ser ignorado”.

Outro aspeto fundamental que a Entrevistada 22 identifica é a “falta de confiança ao próximo” e a “vergonha de partilhar o seu sofrimento” como

barreiras que impedem o acesso a psicólogos ou serviços sociais. Muitas mulheres temem, por exemplo, que os seus segredos sejam expostos.

O sofrimento emocional descrito pelas entrevistadas surge associado a fatores estruturais, incluindo dependência económica, desigualdade de género e normas culturais que promovem o silêncio e a submissão feminina. A análise evidencia que a saúde mental é percecionada não apenas como uma dimensão individual, mas como resultado das condições sociais e relacionais em que as mulheres vivem.

A “educação para o silêncio” tende a perpetuar o sofrimento psicológico e a dificultar a procura de apoio. Para muitas participantes, a promoção da saúde mental depende da combinação entre autonomia financeira, maior literacia sobre direitos e criação de espaços seguros de escuta e apoio psicológico.

3.2.4. Desigualdades, violência e impacto emocional

No Bloco que trata das desigualdades e violência, emerge de forma evidente a intersecção entre a dependência económica e a violência, identificada como um dos principais fatores de vulnerabilidade emocional e permanência em relações abusivas.

De facto, um dos temas mais recorrentes, mencionado de forma por aproximadamente 95% das entrevistadas, é a dependência económica como um dos principais fatores para a permanência em relações abusivas. A falta de autonomia financeira é descrita, não apenas como uma carência de recursos, mas como uma barreira que limita o direito de fuga e proteção.

A dependência financeira é descrita como uma “corrente”, na qual a mulher aguenta abusos para que os filhos tenham o que comer. A humilhação por parte dos parceiros, que desvalorizam o trabalho doméstico ou o esforço da mulher, gera elevados níveis de sofrimento emocional, incluindo pensamentos de desistência e ideação suicida.

A Entrevistada 5 partilha um relato pessoal, onde o marido a humilha e tenta virar as filhas contra ela, mas admite que permanece na relação por estar desempregada e sem recursos para sustentar as crianças noutro lugar, pelo que prefere “estar aí, aguentar para salvaguardar os filhos”. Esta ideia é reforçada pela Entrevistada 2, que explica que muitas mulheres se submetem a abusos porque “dependem totalmente dos seus parceiros”, enquanto a Entrevistada 17 nota que muitas nem sequer apresentam queixa na polícia porque sabem que lhes seriam “retiradas as mesmas regalias” financeiras que possuem na relação.

A dependência é tão profunda que, no caso da Entrevistada 25, a humilhação financeira era constante, descrevendo que o marido a fazia esperar dois dias pelo dinheiro do sustento, dizendo que ela não tinha “trabalhado no sol” e, por isso, não tinha direito.

A análise revela que a violência psicológica, manifestada através de humilhação, controlo e ameaças, é identificada por cerca de 85% das mulheres como um fator que compromete o equilíbrio emocional de forma mais insidiosa que a violência física.

A Entrevistada 5 classifica-a como uma “forma de maus-tratos e de abuso silencioso” que muitas vezes a mulher nem percebe que está a sofrer, mas

que provoca “danos na mente”, sendo o impacto na autoestima devastador. A Entrevistada 8 exemplifica que ouvir constantemente frases como “tu não és nada” ou “nunca vais conseguir chegar onde ela chegou” afeta a mulher de forma “agressivamente dependente”.

Além disso, a falta de suporte institucional e familiar cria um ciclo de silêncio onde, segundo a Entrevistada 26, a humilhação mais dolorosa vem por vezes dos próprios filhos, que podem sentir vergonha da mãe zungueira, o que constitui “a pior humilhação... uma faca mesmo”.

A violência verbal é, também, referida pela Entrevistada 11, que sublinha que “há coisas que você ouve que te deixam para baixo” e que isso é uma forma de violência muitas vezes ignorada e desvalorizada pela sociedade que se foca apenas no “bater”. Para a Entrevistada 15, este controlo e humilhação resultam em “baixa autoestima, ansiedade e medo de voltar a se relacionar”.

Mesmo mulheres com formação universitária, como a Entrevistada 21, sentem a pressão social de “ter de suportar porque as outras também suportaram”, perpetuando ciclos de dor em nome da preservação do lar.

Em suma, os resultados deste bloco revelam que a intersecção entre a dependência económica e a violência constitui o núcleo mais crítico da vulnerabilidade feminina em Angola, funcionando como um mecanismo de perpetuação da vulnerabilidade e da permanência em relações abusivas, para grande parte das participantes. Esta ausência de autonomia financeira não gera apenas privação material, sustentando um sistema de violência psicológica (identificado por 85% das mulheres), no qual humilhações, controlo e ameaças

constantes corroem a autoestima e instalam um estado de sofrimento e desespero psicológico que, sem as respostas adequadas, pode culminar em ideação suicida.

Os resultados sugerem que a saúde mental das mulheres entrevistadas está fortemente associada às condições de autonomia económica e segurança relacional. Neste contexto, o empoderamento económico surge como um elemento central para reduzir situações de dependência e reforçar a capacidade de proteção, decisão e autonomia das mulheres.

3.2.5. Apoios existentes e respostas locais

O Bloco relativo aos apoios existentes e respostas locais, explora os recursos e redes de apoio mobilizados pelas mulheres angolanas procuram em momentos de crise emocional, explorando quais as instituições que reconhecem como aliadas e quais as barreiras ao acesso de ajuda psicológica e institucional.

As respostas de apoio identificadas pelas entrevistadas assentam sobretudo em redes informais e religiosas, devido à limitada disponibilidade de serviços públicos de saúde mental acessíveis e estruturados. Cerca de 85% das entrevistadas apontam a igreja e a espiritualidade como os principais espaços de acolhimento e suporte emocional. Para muitas mulheres, os líderes religiosos assumem frequentemente um papel de escuta e aconselhamento emocional, quer pela proximidade cultural, quer pela ausência de alternativas acessíveis de apoio psicológico.

A Entrevistada 9 relata que, perante o

sofrimento, “vou procurar na vizinha, na igreja” e destaca que na “Promáica [Associação de Mulheres Católicas] temos a graça de termos um tema Espiritual... que fala da mulher”. Da mesma forma, a Entrevistada 12 reforça que “a igreja tem sido um grande parceiro para ajudar as famílias na saúde mental” e que o percurso comum é as mulheres queixarem-se primeiro ao padre e depois aos padrinhos. Esta centralidade da fé é tão forte que a Entrevistada 7 confessa que “a única pessoa que eu procuro para conversar é um padre”, justificando que recorre a ele por não saber como chegar a um especialista.

Outra resposta procurada são as redes informais femininas, isto é, mães, irmãs e amigas próximas são as figuras a quem estas mulheres recorrem quando decidem não guardar o problema. A Entrevistada 18 nota que recorrem mais “às amigas, no caso de serem mulher... às mães, às irmãs mais velhas”. Contudo, a Entrevistada 1 alerta que nem sempre as mães conseguem ser imparciais, podendo afetar ainda mais a saúde mental da filha ao tomarem partido em conflitos conjugais.

No que diz respeito ao apoio institucional e estatal, existe um reconhecimento de entidades como a Organização da Mulher Angolana (OMA) e o Ministério da Promoção da Mulher, mencionados por aproximadamente 40% das participantes. No entanto, a eficácia destas instituições é vista de forma mista. Enquanto a Entrevistada 24 indica que o apoio é procurado “mais na OMA e nos hospitais”, a Entrevistada 8 observa que, embora a maioria na sua zona tenha um “direcionamento à OMA e na Promoção da Mulher ou então à Polícia”, ela sente que o “melhor apoio é mais a polícia” para resolver conflitos imediatos.

Por outro lado, projetos da sociedade civil, como o “Mulheres e Vida”, surgem como uma oportunidade de promoção de literacia e de encontro de suporte emocional. Cerca de 30% das entrevistadas que tiveram contacto com este projeto descrevem-no como transformador. A Entrevistada 19 afirma que o projeto “tem sido uma ajuda muito grande”, e a Entrevistada 10 destaca que o centro de apoio do projeto é essencial para quem nele participa.

Apesar da existência nominal de serviços de psicologia, o acesso real é descrito como um percurso marcado por múltiplos obstáculos. O recurso ao psicólogo é reconhecido como ideal, mas é raramente concretizado. Cerca de 75% das mulheres entrevistadas identificaram a falta de informação e o desconhecimento dos locais como a principal barreira. A Entrevistada 14 é clara ao afirmar que “o que dificulta o acesso à ajuda é a ignorância, muitas vezes elas não sabem aonde se dirigir”. Esta lacuna informativa é acompanhada por uma barreira económica severa, com cerca de 50% das mulheres a referir que os custos dos serviços impedem a procura de ajuda. A Entrevistada 20 sublinha que “o primordial são os valores monetários” e o facto de não saber “qual é o local que devo me dirigir”. Mesmo quando os serviços são públicos, como nos hospitais, a “muita demanda” e o “atendimento muito longo” geram desistências, como relatam as Entrevistadas 30 e 24.

A dimensão geográfica também acentua a desigualdade no apoio. Quase 60% das entrevistadas acreditam que existe uma discrepância entre as zonas urbanas e rurais. A Entrevistada 5 nota que “nas aldeias é mais fechado, o acesso aos órgãos e informação não é como aqui na cidade”, enquanto a Entrevistada

7 reforça que, nas zonas rurais, os serviços simplesmente “não chegam”.

Além das barreiras físicas e financeiras, existem barreiras psicológicas e culturais. A Entrevistada 22 identifica a “falta de confiança no próximo” e a “vergonha de partilhar o sofrimento” como razões para o isolamento. A Entrevistada 1 acrescenta que a cultura muitas vezes impede a mulher de expor os seus problemas, e a Entrevistada 25 aponta que a literacia básica é um entrave, pois “o que mais dificulta o acesso à ajuda é não saber ler e não saber escrever”. Como resume a Entrevistada 14, a necessidade de “centros com psicólogos nas comunidades” é urgente, pois atualmente o apoio depende, quase exclusivamente, de “quem se conhece” ou de ter a sorte de estar inserida num grupo religioso ou projeto social.

Um aspeto particularmente relevante identificado nas entrevistas é o impacto emocional associado à procura de ajuda sem obtenção de resposta ou apoio adequado. Nestes casos, as participantes descrevem sentimentos de sufocamento, abandono e desesperança. A Entrevistada 5 refere que esta ausência de apoio pode representar um “desastre muito grande”, mencionando pensamentos relacionados com suicídio, frequentemente atenuados pela preocupação com os filhos: “meu Deus, se eu desaparecer o que vai ser dessas crianças?”. A Entrevistada 7 partilha igualmente sentimentos de abandono e frustração, referindo que algumas mulheres podem chegar a “tirar a própria vida”. Já a Entrevistada 28 destaca que a ausência de soluções e apoio pode conduzir a estados de tristeza profunda e sofrimento psicológico persistente.

Em síntese, a análise do Bloco 5 evidencia um sistema de apoio fragmentado e marcado pela forte dependência de redes informais, familiares e religiosas, num contexto em que o acesso a respostas públicas de saúde mental permanece limitado. A Igreja e a espiritualidade (citadas por cerca de 90% como suporte inicial) surgem como os principais espaços de acolhimento emocional para grande parte das entrevistadas, enquanto instituições comunitárias e redes femininas assumem igualmente funções importantes de suporte e orientação. A perceção geral é de que estas estruturas tentam suprir a ausência de respostas estatais, que tornem o apoio psicológico um direito de proximidade.

Apesar da existência de alguns recursos locais, como redes de femininas de suporte, e do reconhecimento de estruturas como a OMA, as participantes descrevem múltiplas barreiras no acesso a apoio psicológico, incluindo falta de informação (75%), dificuldades económicas (50%) e desigualdades territoriais entre contextos urbanos e rurais. Os discursos sugerem que a ausência de respostas acessíveis e de proximidade contribui para sentimentos persistentes de sofrimento emocional, isolamento e desesperança. Isto demonstra a necessidade de criar respostas comunitárias, no âmbito da saúde mental, mais acessíveis e territorialmente descentralizadas, para que o bem-estar emocional deixe de depender exclusivamente de redes de caridade ou conhecimentos pessoais

3.2.6. Recomendações e Propostas de Mudança

No Bloco das recomendações e propostas

de mudança, as 30 mulheres entrevistadas identificam propostas de mudança dirigidas às políticas públicas e às respostas sociais existentes em Angola. As propostas evidenciam a necessidade de ultrapassar respostas exclusivamente assistencialistas e focar na raiz das desigualdades que comprometem a saúde mental das mulheres em Angola.

Um dos temas mais recorrentes nos discursos é a necessidade de substituir o apoio material pontual pelo empoderamento psicológico e económico estruturado. A Entrevistada 14 expressa esta visão com clareza ao afirmar que o apoio psicológico faria muito mais diferença do que a distribuição de bens, sublinhando que “em vez de distribuírem quites ou cestas básicas, deveria ser o apoio psicológico, que me parece ser o mais importante”.

Esta perspetiva é corroborada pela Entrevistada 9, que critica a política de apenas oferecer bens de consumo sem financiamento para a autonomia, defendendo que “só formação sem financiamento fica difícil” e que é necessário criar mecanismos para que a mulher “possa mudar de vida”, através de negócios próprios.

Este desejo de autonomia financeira, como prevenção para o abuso é reforçado pela Entrevistada 5, que sugere que, após o acompanhamento emocional, as mulheres deveriam receber “algum apoio financeiro ou material para desenvolverem uma atividade com fins lucrativos para, daí para frente, poderem gerir a sua vida”.

A maior proximidade e acessibilidade dos serviços de saúde mental surgem como recomendações prioritárias, mencionadas por cerca de 80% das participantes, que sentem

a distância dos serviços atuais. As mulheres sugerem a criação de “gabinetes de escuta” e consultórios acessíveis diretamente nas comunidades e em zonas rurais.

A Entrevistada 21 propõe que os serviços de saúde não se foquem apenas na patologia, mas também no apoio aos cuidadores, sugerindo que “se tenho duas sessões na semana, uma sessão fica para o portador da patologia e um dia fica para o cuidador”, que geralmente é a mãe. A Entrevistada 5 defende a necessidade de “mais hospitais que atendem esta parte emocional” e a criação de mais “delegacias” e centros para orientar as mulheres. Já a Entrevistada 20 enfatiza que a mudança deve começar por remover a barreira financeira do acesso ao psicólogo, defendendo um consultório que seja “acessível para todas as mulheres quando se sentirem desamparadas”.

No âmbito jurídico e das políticas de proteção, as propostas focam-se no reforço das medidas legais contra abusos específicos, como a fuga à paternidade e a violência obstétrica. A Entrevistada 15 deixa uma mensagem direta aos decisores para a “implementação de leis severas à fuga à paternidade”, argumentando que uma mulher com mente saudável é um potencial para o desenvolvimento da sociedade.

Paralelamente, surge um apelo para combater a violência nos hospitais, com as Entrevistadas 3 e 13 a recomendarem palestras e formação para técnicos de saúde sobre a empatia, denunciando que, nas salas de parto, as mulheres são maltratadas e chamadas de “nomes pejorativos”. A Entrevistada 30 reforça que o governo precisa de “decretar leis mais severas consoante ao abuso sexual nas mulheres e crianças” e exige

mais lealdade por parte dos homens.

A literacia e a mudança do paradigma cultural são vistas como ferramentas de emancipação a longo prazo. As mulheres sugerem que o Estado e as igrejas promovam debates e seminários constantes, não apenas para mulheres, mas também para homens. Assim, um aspeto recorrente nas recomendações é a necessidade de educação e formação masculina, visando uma mudança de mentalidade nos homens para que a igualdade deixe de ser vista como uma ameaça. Nesta linha, a Entrevistada 18 argumenta que a estratégia de mudança deve começar “pela própria estratégia do próprio homem, da educação do homem... mudança de mentalidade”.

Por outro lado, a Entrevistada 26 sugere que estas palestras devem chegar às mulheres mais vulneráveis, como as zungueiras, de forma gratuita, para que conheçam os seus valores e direitos. Além disso, a Entrevistada 5 propõe uma reforma educativa que inclua “educação financeira e também algumas cadeiras como corte e costura, negócios” nas escolas públicas, para que as crianças cresçam preparadas e não cedam a abusos por necessidade financeira.

Finalmente, as participantes apelam a uma maior união e solidariedade entre as próprias mulheres para quebrar ciclos de inveja e isolamento. A Entrevistada 6 sugere que as mulheres se organizem em redes de apoio, agindo com um “olhar clínico, atento, vigilante” sobre as que sofrem em silêncio ou se refugiam no álcool. A Entrevistada 11 recorda que é necessário passar da teoria à prática: “é necessário haver demonstração e colocar em prática tudo que se diz sobre o direito das meninas, das mulheres”.

A mensagem final para quem toma decisões, como sintetiza a Entrevistada 14, é que o investimento deve ser focado no empoderamento das mulheres que são chefes de família, pois “em cada casa se vai encontrar só a mãe com os filhos” e essas mulheres precisam de suporte emocional e financeiro para garantir maior estabilidade familiar e bem-estar psicológico. As entrevistadas sugerem, com urgência, o fomento do empoderamento económico real através de microcrédito e formação, para quebrar o ciclo de dependência. Como sintetiza a Entrevistada 19, a recomendação para os governantes é clara: “ajudassem as mulheres nos seus direitos... porque se ajudarem mesmo nos seus direitos, essas mulheres podem mudar de vida”.

3.2.7. Análise transversal: o impacto das variáveis sociodemográficas

Com base nas transcrições das 30 entrevistas, é possível realizar uma análise comparativa que revela como as características socio demográficas (como escolaridade, idade, ocupação e contexto geográfico) podem influenciar as perceções sobre direitos e saúde mental das mulheres em Angola. A análise transversal dos discursos revela que o panorama da saúde mental e dos direitos em Angola não é uniforme, podendo ser condicionado pelo perfil biográfico de cada participante.

Os dados sugerem que a idade pode ser um fator importante na postura das participantes perante as violações de direitos da mulher. As narrativas das participantes sugerem a existência de diferenças geracionais, identificadas por cerca de 70% das entrevistadas, entre a geração

das “mães” e a geração jovem.

Considerando as mulheres inseridas num perfil jovem (20-30 anos), a análise mostra que beneficiam da globalização e do acesso à internet, apresentando uma mente “muito mais consciente” e maior predisposição para “cobrar o que são os nossos direitos diretamente”. A Entrevistada 21 observa que a facilidade de acesso à informação permite o questionamento de paradigmas de submissão. Contudo, são, também, as mais vulneráveis ao impacto emocional da fuga à paternidade e da gravidez precoce, descritos como “fatores primordiais que acabam com o psicológico da mulher”.

Já o grupo inserido num perfil mais velho (45-60 anos) tende a seguir o paradigma tradicional de que a mulher “edifica o seu lar” através da resiliência e do silêncio perante o sofrimento. A Entrevistada 1 nota que as mulheres mais velhas ainda perpetuam uma cultura de submissão, aconselhando as mais novas a “não fazer certas coisas”, o que as jovens hoje tentam romper através da busca pela independência económica.

Também o nível de instrução poderá modificar a conceptualização do bem-estar psicológico e a capacidade de navegação no sistema de apoio.

Mulheres com formação académica mais elevada (Ensino Médio e Superior), como a Entrevistada 15, tendem a oferecer definições mais técnicas de saúde mental, referindo-se a um “estado de bem-estar emocional, psicológico e social”. Mulheres licenciadas ou estudantes universitárias (como as Entrevistadas 1, 2, 14, 17, 21) utilizam conceitos como “equilíbrio psicológico”, “autoestima” e “direitos igualitários”. Este grupo também possui uma consciência mais crítica sobre

os seus direitos, muitas vezes adquirida em contextos académicos ou formações específicas. A Entrevistada 17 (Licenciada em Direito) analisa os direitos da mulher sob o prisma das garantias legais e da estrutura do Estado, criticando a falta de acesso a serviços especializados. Por outro lado, são estas mulheres que mais reportam a impunidade laboral, especificamente o assédio sexual e a discriminação por maternidade no mercado de trabalho formal. No entanto, mesmo com formação universitária, sentem uma forte pressão social para “ter de suportar” sofrimentos emocionais e situações de abuso em nome da preservação do lar e “porque as outras também suportaram”, tal como referido pela Entrevistada 21. Contudo, enquanto as mulheres mais instruídas conseguem identificar a falta de informação ou os custos financeiros como barreiras ao psicólogo, as mulheres com menos escolaridade encontram-se mais isoladas de qualquer suporte institucional, dependendo quase exclusivamente de redes religiosas, comunitárias e informais de vizinhança.

De facto, para as mulheres entrevistadas que apresentavam níveis mais baixos de escolaridade (ensino primário ou sem alfabetização), a saúde mental surgiu frequentemente indissociável da sobrevivência física e financeira. Para as entrevistadas com escolaridade primária (como a Entrevistada 25, com a 4ª classe, e a Entrevistada 24, com a 6ª classe), a saúde mental é frequentemente confundida com a falta de dinheiro ou comida. A literacia básica (saber ler e escrever) é apontada como um dos maiores entraves ao acesso a ajuda. A Entrevistada 25 afirma explicitamente que o que mais dificulta o seu acesso a ajuda “é não saber ler e não saber escrever”, o que gera um isolamento

profundo e impede o usufruto de direitos que estão apenas “no papel”. Também neste grupo, a desinformação parece ser mais acentuada, com muitas a desconhecerem direitos básicos, como o planeamento familiar, por viverem sob o tabu cultural de que “quem manda em casa é o homem”. A Entrevistada 29, com apenas a 2ª classe, descreve o seu orgulho em ter criado 7 filhos sozinha após ser abandonada, vendo o trabalho duro como a sua principal “identidade”, sem mencionar direitos legais, mas sim o “trabalho de mulher”.

A ocupação profissional e a posse de rendimentos próprios surgem como outros fatores a considerar nesta análise e parecem definir a “margem de manobra” da mulher perante situações de abusos. A estabilidade financeira parece associar-se, assim, à capacidade da mulher de romper com ciclos de violência.

As mulheres zungueiras e as desempregadas vivem a dependência económica como uma “corrente” que as obriga a aguentar abusos “para que os filhos tenham o que comer” (Entrevistada 5). Para este grupo, o “sofrimento emocional” é indissociável da pobreza e a humilhação financeira é constante, como vimos anteriormente no relato da Entrevistada 25, cujo parceiro a fazia esperar dias pelo sustento por ela não ter “trabalhado no sol”. A Entrevistada 26 sublinha que muitas mulheres zungueiras nem sequer sabem que têm direito a decidir sobre o planeamento familiar, vivendo sob o tabu de que “quem manda em casa é o homem”. Estas são mulheres que tendem a enfrentar barreiras culturais mais rígidas, onde a ideia de obediência ao marido é vista como um dever que se sobrepõe aos direitos legais.

Já as mulheres entrevistadas, que possuem experiência laboral e um rendimento estável, parecem ter mais consciência dos seus direitos e do que constitui a sua violação, sentindo-se mais capazes de tomar decisões. De facto, cerca de 50% das mulheres deste perfil descrevem a discriminação e o assédio sexual como as principais violações de direitos. A Entrevistada 11 ilustra como a biologia feminina é vista como um “passivo” no mercado de trabalho, relatando situações em que as competências foram preteridas em favor de propostas sexuais. No entanto, esta mesma entrevistada pôde desistir deste emprego (marcado por assédio sexual), uma decisão que a sua autonomia financeira permitiu.

Também a localização geográfica poderá ter influência na perceção das mulheres entrevistadas, nomeadamente no que respeita à disponibilidade de redes de suporte institucional. Segundo os discursos analisados, o local de residência revela assimetrias entre contextos urbanos e rurais, no que toca ao apoio psicossocial.

Mulheres que residem em zonas urbanas apresentam maior literacia jurídica impulsionada por projetos como o “Mulheres e Vida”, media e igrejas. As mulheres entrevistadas residentes em centralidades (ex: Kilamba) e centros urbanos referem ouvir falar de direitos na internet, palestras e universidades e têm uma visão mais otimista sobre a evolução dos direitos, embora notem que a aplicação ainda é falha.

Nas zonas rurais e periféricas (ex: Mundial, Cacuaco, Panguila) parece existir uma discrepância no apoio, relatada por cerca de 60% das mulheres entrevistadas. Nestas zonas

o isolamento é maior, com mulheres como a Entrevistada 20 (residente em Golfe 2) e a Entrevistada 24 (residente no Bairro Mundial) a afirmarem não conhecer locais de apoio psicológico na sua comunidade, referindo que o acesso é dificultado pela falta de informação e pelos “valores monetários”. Nestas zonas, a Igreja é o único serviço de “saúde mental”, sendo o principal espaço de apoio emocional identificado e utilizado. A Entrevistada 5 nota que “nas aldeias é mais fechado o acesso aos órgãos e informação”, enquanto a Entrevistada 7 reforça que no campo os serviços simplesmente “não chegam até lá”, restando apenas a Igreja como refúgio primário, citada por 85% das participantes como o apoio mais eficaz.

Independentemente do perfil sociodemográfico, a fuga à paternidade (citada por 60% das mulheres) e a dependência económica (citada por 95%) emergem como fatores de sofrimento emocional e barreiras transversais que unificam o sofrimento das mulheres angolanas entrevistadas. Ainda assim, parecem afetar mais as mulheres de “baixa renda”, que acumulam a função de “pai e mãe” com a luta pela sobrevivência financeira.

Por outro lado, a religião surge como um ponto de união das entrevistadas, já que, independentemente da escolaridade ou idade, a igreja é citada por quase todas (da zungueira à licenciada) como um espaço de acolhimento e o primeiro local de recurso em caso de sofrimento.

Esta análise sugere que políticas públicas de saúde mental em Angola beneficiariam de estratégias diferenciadas em função dos contextos sociogeográficos e das condições socioeconómicas das mulheres. Nos contextos

periféricos e mais vulneráveis, as participantes destacam a importância da literacia básica, do apoio económico e da proximidade comunitária. Já entre mulheres jovens e com maior escolaridade emergem preocupações relacionadas com assédio laboral, igualdade de oportunidades e fiscalização das condições de trabalho.

3.2.8. Síntese conclusiva da análise das entrevistas

A análise das entrevistas evidencia que a saúde mental das mulheres angolanas é fortemente influenciada por desigualdades estruturais associadas às condições económicas, às relações de género e ao acesso limitado a respostas institucionais de apoio. Os discursos das participantes revelam um contexto marcado por sobrecarga doméstica e laboral, violência psicológica, dependência económica e dificuldades persistentes no exercício efetivo dos seus direitos.

Os dados indicam que a saúde mental e equilíbrio emocional das mulheres angolanas está intrinsecamente ligada à sua segurança financeira e dignidade social. Assim, os resultados sugerem que a autonomia financeira assume um papel central na perceção de segurança, dignidade e capacidade de decisão das mulheres entrevistadas. A dependência económica surge frequentemente associada à permanência em relações abusivas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social e responsabilidade exclusiva pelo sustento dos filhos.

A análise evidencia igualmente impactos significativos ao nível do sofrimento emocional, frequentemente descrito através de sentimentos de isolamento, exaustão,

ansiedade e desesperança, como “silêncio que adoce”. Estes discursos surgem associados a normas culturais que promovem o silenciamento emocional das mulheres e dificultam a procura de apoio psicológico e institucional. Além disso, retém-se que violência psicológica e a discriminação laboral não são apenas problemas sociais, mas catalisadores de patologias mentais graves, como depressão e ideação suicida.

Este cenário é agravado por um sistema de apoio fragmentado, onde o Estado falha em tornar a saúde mental um direito de proximidade. As participantes descrevem limitações importantes no acesso a serviços de saúde mental, identificando barreiras económicas, geográficas, informativas e culturais. Neste contexto, as redes familiares, comunitárias e religiosas assumem frequentemente funções de acolhimento e suporte emocional, embora nem sempre disponham de recursos especializados para responder às necessidades identificadas.

As recomendações formuladas pelas participantes apontam para a necessidade de políticas públicas mais próximas das comunidades, com maior investimento em apoio psicológico acessível, descentralização dos serviços, promoção da autonomia económica feminina, literacia jurídica e estratégias educativas dirigidas tanto às mulheres como aos homens.

Em síntese, os discursos recolhidos sugerem que a promoção da saúde mental das mulheres em Angola depende não apenas da existência de proteção legal formal, mas também da sua efetivação real, através da criação de condições sociais, económicas e institucionais que permitam o exercício efetivo dos seus direitos e

da sua autonomia. Como resume uma das vozes do estudo, ajudar a mulher a exercer os seus direitos é o caminho fundamental para que ela possa, efetivamente, mudar de vida e fortalecer o tecido social do país.

3.3. Análise do grupo focal com Especialistas

Esta secção apresenta uma análise temática dos resultados do grupo focal realizado com sete especialistas das áreas da Psicologia, Serviço Social e Sociologia. O objetivo central deste grupo foi analisar as interseções entre a saúde mental e os direitos da mulher em Angola, procurando compreender as dinâmicas institucionais e os desafios práticos enfrentados pelos profissionais no terreno. A análise segue uma lógica dedutiva baseada nos objetivos do estudo, integrando subtemas indutivos que emergiram durante a discussão.

3.3.1. Enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental

O Bloco 1 focou-se no Enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental. A discussão iniciou-se com a exploração do significado prático dos direitos da mulher, revelando um consenso sobre a robustez teórica do sistema, mas uma forte crítica à sua aplicabilidade. Assim, a análise deste bloco revela que, embora Angola possua um ordenamento jurídico que reconhece a violência doméstica e a proteção da mulher, existem limitações significativas na sua execução prática.

Os especialistas definem os direitos da

mulher como um conjunto de garantias que deveriam assegurar uma vida digna, mas notam que a necessidade de proteção advém de uma vulnerabilidade social pré-existente. O Especialista 5 sublinha que “os Estados criam dispositivos para poder proteger essas mulheres que já são demasiadamente expostas ao sofrimento, ao abuso”. Define-os como um “conjunto de benefícios... que vão determinar socialmente o vínculo que ela tem com o Estado... e vai garantir que esta mulher tenha nesses espaços mecanismos de vida dignos”. Apesar da clareza normativa, o mesmo especialista lamenta que “apesar de haverem esses dispositivos... ainda na prática são muito violadas essas leis... A questão da execução das leis é que ainda peca”.

Um dos subtemas mais fortes é a identificação de barreiras estruturais que impedem que a legislação chegue ao terreno. A natureza da sociedade angolana é descrita por um outro especialista como sendo “patriarcal, machista e classista”. Referindo-se especificamente à Lei 25 (Violência Doméstica) e à Constituição (Art. 23.º - Igualdade), nota que “diariamente, a legislação angolana permeia todo o nosso trabalho e aparece esse conflito” entre a norma e a realidade machista. Dá como exemplo o facto de o artigo 23.º da Constituição (princípio da igualdade) ser diariamente desafiado por reclamações de “fuga à paternidade” e discriminação de género, pelo que, “numa sociedade com essas características, todos os dias nós vamos receber reclamações de violação dos direitos das mulheres”.

Os especialistas identificam, também, a falta de conhecimento das mulheres sobre os próprios direitos como uma barreira à denúncia e à emancipação. A falta dessa consciência faz com

que as mulheres sofram mais por não saberem “como é que elas estão protegidas, como é que elas estão cauteladas”. Defende-se, então, que deve existir um esforço das instituições para “despertar na mulher a consciência jurídica... para que elas possam reconhecer os direitos que elas têm, de poderem reivindicar”.

No plano institucional, a Especialista 2 descreve um fluxo de atendimento que se inicia no acolhimento e depois passa pela entrevista social, o encaminhamento para psicologia com relatório social e o retorno ao serviço social. Este fluxo, marcado por uma intervenção multidisciplinar entre assistentes sociais e psicólogos, visa que a mulher, no final, “esteja bem e assuma as suas funções sociais”. Contudo, a Especialista 4 alerta que este fluxo é frequentemente interrompido porque as mulheres “precisam de sustentabilidade... às vezes já existe a fuga à paternidade, e ela já tem um negócio a fazer para dar sustento aos filhos”, o que faz com que os “procedimentos traçados para a saúde mental... acabem por ser quebrados”, por necessidades económicas.

A análise revela, também, que o apoio não é apenas estatal, mas também comunitário. O Especialista 6 destaca que “nem tudo se trata a nível das instituições do Estado”, mencionando o papel do Soba² e de projetos comunitários que atuam como “legisladores tradicionais” na resolução de conflitos.

Outra questão importante detetada pelos especialistas é que a denúncia é frequentemente travada pelo medo das consequências económicas. O Especialista 3 explica que muitas mulheres retiram a queixa, porque “se ele ficar preso, quem vai sustentar a casa? Quem vai

² Designação para uma autoridade tradicional que chefia uma comunidade, aldeia ou região.

sustentar os filhos?”. O mesmo especialista adverte para o risco de revitimização das mulheres, uma vez que, “quando nós vamos por essa via, acabamos de revitimizar a vítima... É importante que os atores e as entidades competentes façam mesmo o seu trabalho, no sentido de proteger as vítimas”.

A análise do Bloco 1 revela que Angola possui um quadro legal relativamente estruturado e procedimentos institucionais de atendimento multidisciplinar (saúde mental e serviço social) bem desenhados. Contudo, a eficácia destas leis é comprometida por uma estrutura social patriarcal e machista, que normaliza a violação dos direitos e pela fraca consciência jurídica das vítimas.

A operacionalização das respostas é condicionada por barreiras culturais e económicas que dificultam a continuidade do acompanhamento psicológico e o exercício efetivo dos direitos. A urgência da sobrevivência financeira surge, frequentemente, como prioridade imediata, interrompendo processos de apoio e proteção.

Emerge, assim, a necessidade de estratégias integradas que articulem literacia jurídica, autonomia económica e fortalecimento institucional, garantindo respostas de proteção mais acessíveis, contínuas e menos suscetíveis de processos de revitimização.

3.3.2. Saúde mental e sofrimento psicológico das mulheres que procuram ajuda

O Bloco 2 sobre saúde mental e sofrimento psicológico, integra as perspetivas dos especialistas sobre as patologias dominantes, os

seus gatilhos sociais e as barreiras que impedem o bem-estar emocional da mulher angolana. Emergem temas como a psicossomatização do trauma, o burnout feminino e o impacto do estigma social.

Os especialistas identificam um conjunto recorrente de manifestações de sofrimento psicológico das mulheres angolanas, onde a saúde mental é severamente comprometida por situações de conflitos conjugais, abuso prolongado e pressões sociais. As patologias mais recorrentemente identificadas são a depressão e a perturbação de ansiedade generalizada. Estas condições surgem quando a mulher vive sob “tortura constante” e permanece “sob a tutela do agressor por muito tempo”. O Especialista 4 sublinha que é raro um dia de atendimento sem diagnosticar mulheres com “problemas nas relações ou, então, conflitos conjugais”, que atuam como gatilhos para diversas perturbações psicológicas.

Os conflitos vividos no lar afetam diretamente os filhos, que também acabam por desenvolver depressão, ansiedade ou transtornos de conduta, o que gera um novo ciclo de sofrimento para a mãe, que se sente culpabilizada.

Um tema emergente de grande relevo é a exaustão extrema decorrente da sobrecarga de papéis. Segundo a Especialista 4, muitas mulheres sofrem de burnout porque “em casa quase que nem consegui dormir... e não vou ter uma boa produtividade dentro daquilo que eu trabalho na empresa”. A falta de apoio do esposo, do Estado ou da família obriga a mulher a “trabalhar três vezes a dobrada”, muitas vezes em trabalhos informais extenuantes (como a

zunga³), o que torna o cérebro “extremamente sensível e vulnerável” ao colapso emocional.

Nos contextos rurais, a pressão cultural é mais intensa, com mulheres a serem “impostas pela família” a parceiros, por questões tradicionais ou económicas. A percepção de que o homem deve sustentar a mulher gera uma submissão onde ela “tem que suportar os maltratos tanto verbais como até físicos”.

O esgotamento físico e emocional manifesta-se através de comportamentos reativos, rigidez e dificuldade em aceitar críticas. O sofrimento mental não é visto de forma isolada, mas como o resultado direto de um contexto social hostil, marcado pela violência e carência económica. O Especialista 5 reforça a natureza psicossomática deste sofrimento e introduz uma perspetiva holística, afirmando que “o que fere o corpo, fere a mente. O que fere a mente, fere o corpo”. A mulher em sofrimento é descrita como uma “alma ferida” que apresenta doenças psicossomáticas, tais como “dores musculares, dores lombares” e comportamentos reativos, como estar “com cinco pedras na mão” durante uma conversa pacífica.

A análise revela, também, disparidades significativas na forma como as mulheres lidam com o abuso, dependendo da sua idade. No que toca às diferenças geracionais, a Especialista 1 observa que as mulheres mais velhas foram “ensinadas a suportar, a apanhar”, enquanto a “Geração Z” já tem “uma perspetiva diferente... já não tolera muitas coisas que a geração da avó dela, da mãe, suportou”, sentindo-se mais à vontade para terminar relacionamentos abusivos. No entanto, indutivamente nota-se

que o “poder económico pode condicionar a ação de queixa” tanto para jovens como para mais velhas.

Também o medo de represálias é uma realidade constante que paralisa a ação das mulheres e agrava o seu estado psíquico, sendo que muitas manifestam medo de denunciar por “temerem mesmo a vida”, uma vez que os agressores fazem ameaças diretas de morte. O medo é alimentado pela ineficácia do sistema. O Especialista 3 explica que, se o agressor não sofre punição após a denúncia, ele “ainda vai dobrar a agressão”, sentindo-se validado.

Por outro lado, a Especialista 4 descreve como o medo e a vergonha levam as mulheres a tentar “camuflar” a agressão, chegando aos serviços com “excesso de maquilhagem para não mostrar os hematomas” ou trabalhando o dia todo de óculos escuros. Este estado de alerta constante evolui, frequentemente, para condições associadas ao stress e trauma.

Assim, o estigma associado à saúde mental é identificado como um dos principais impedimentos à procura de ajuda especializada, existindo um receio profundo de a mulher ser julgada socialmente. O Especialista 7 afirma que “nenhuma mulher quer ser rotulada como louca”. Este estigma é por vezes reforçado pelas próprias instituições que “votam a mulher como fraca e muitas vezes como louca”, afastando-a da busca pelos seus direitos.

A desconfiança nas instituições é alimentada, também, pela quebra de confidencialidade, pois “muitas mulheres até sabem que se denunciarem, o bairro todo vai saber... porque muitos profissionais... não têm a questão do sigilo”.

Desta forma, muitas mulheres mantêm uma “vida de aparência” para evitar o julgamento social, escondendo a vulnerabilidade ou a “prostituição de subsistência” por trás de uma fachada de normalidade. Este esforço de ocultação leva a um aumento do sofrimento silencioso que pode culminar em óbitos por causas emocionais.

A análise aprofundada do Bloco 2 demonstra que o sofrimento psicológico das mulheres em Angola é um fenómeno multidimensional e estrutural, enraizado em desigualdades de género e carências económicas. O estigma social e institucional, aliado à impunidade dos agressores e à falta de sigilo, cria um ambiente de isolamento onde a mulher se vê forçada a silenciar a sua dor ou a camuflar os sinais físicos de abuso. O bem-estar psicológico aparece, assim, como um objetivo inalcançável sem mudanças culturais e educativas nas dinâmicas familiares e sem o reforço da confiança nas instituições de proteção.

3.3.3. Impacto das limitações no exercício dos direitos da mulher sobre a saúde mental

O Bloco 3 examina o impacto das limitações no exercício dos direitos da mulher sobre a saúde mental. O objetivo central é compreender de que modo a saúde mental é afetada por barreiras práticas, como a dificuldade em obter proteção policial, a ausência de apoio económico ou a insuficiência de acompanhamento psicológico, gerando quadros de sofrimento que os especialistas descrevem como um “ciclo de descrença e desespero”.

Quando as mulheres procuram ajuda, mas não

encontram respostas efetivas, o seu estado de saúde mental sofre um agravamento severo. Os especialistas destacam que a ausência de uma “saída imediata” leva a um sentimento de desamparo profundo. Um dos especialistas descreve que a mulher entra mesmo num estado em que sente que “onde vou, não há solução. Para mim, tudo acabou”. O impacto emocional de uma denúncia falhada ou de um atendimento inadequado é descrito como devastador para a estrutura psíquica da mulher.

Muitas vezes, ao tentar denunciar, a mulher depara-se com profissionais que desvalorizam o seu sofrimento. Há casos em que, ao prestar queixa, lhe é dito que “não deve estar bem psicologicamente” ou que “está maluca”. A ineficácia deste sistema acaba por encorajar o agressor. Se este não sofre punição, ele “ainda vai dobrar a agressão... porque depois vai se valer: ‘não, você pode se queixar onde você quiser’”. Este cenário de impunidade reforça o sentimento de inutilidade da denúncia e aprofunda o trauma da vítima.

A falta de resposta institucional e social gera um agravamento do sofrimento psicológico, pois “muitas desenvolvem depressão, stress pós-traumático e, infelizmente, podem chegar ao suicídio”. Em casos mais graves, a ausência de proteção pode desencadear “sintomas psicóticos, necessitando de internamento psiquiátrico e medicação contínua”. A ineficácia do sistema pode levar ao niilismo ou à alexitimia (dificuldade em nomear a própria dor).

Como referido na discussão, sem intervenção adequada, a mulher “perde o sentido da vida. Alguns tornam-se niilistas, outros desenvolvem traços antissociais, sendo depois

estigmatizadas... quando, na realidade, são vítimas de um sistema que falhou”.

A dependência financeira é identificada, de forma recorrente, como uma barreira que anula o exercício dos direitos e aprisiona a mulher no ciclo de violência. A falta de recursos básicos, como casa e comida, condiciona a decisão de denunciar. Persiste a ideia cultural de que o marido é o “chefe absoluto, o único provedor, e a mulher deve submeter-se a ele como uma figura salvadora”, o que gera uma dependência que a “prende à relação”. O medo de ficar sem sustento para os filhos é um fator paralisante: “se ele ficar preso, quem vai sustentar a casa? Quem vai sustentar os filhos?”. Esta incerteza económica não só impede a justiça, como agrava o quadro de ansiedade e exaustão emocional.

Um dos temas mais pungentes que emergiu na análise indutiva foi o papel contraditório da família, que muitas vezes atua como um obstáculo à proteção dos direitos da mulher.

Em vez de ser um “núcleo de acolhimento”, a família frequentemente “exerce uma pressão muito forte para que ela desista da queixa”. Isto ocorre por estigma ou por laços de consanguinidade, levando a que se tente “omitir um ato violento apenas por existir laço de consanguinidade”. A ideia de que a mulher, ao casar, se une à família do marido, permite que elementos externos interfiram no lar, impedindo decisões autónomas e gerando ambientes tóxicos. Esta interferência é vista como um fator que impede que a mulher tenha “energia mental e psicológica para cuidar dos filhos”.

Os especialistas concluem que o impacto das limitações práticas no exercício dos direitos é fator associado ao agravamento de patologias

mentais crónicas, incluindo depressão grave e ideação suicida.

A combinação entre a dependência económica, a pressão familiar para o silêncio e a re-vitimização por parte das instituições cria um ambiente onde a mulher se sente abandonada pelo Estado e pela comunidade. Esta falha sistémica não é apenas uma lacuna jurídica, mas uma fonte de dano psicológico contínuo que transforma cidadãs em “vítimas de um sistema que falhou”, contribuindo para sentimentos persistentes de desproteção, vulnerabilidade e perda de autonomia.

Em síntese, os especialistas consideram que as limitações no acesso à proteção institucional, à estabilidade económica e ao acompanhamento psicológico contribuem significativamente para o agravamento do sofrimento emocional das mulheres. A combinação entre dependência financeira, pressão familiar e respostas institucionais percecionadas como insuficientes favorece sentimentos persistentes de medo, isolamento e desesperança, dificultando o exercício efetivo dos seus direitos e a procura continuada de apoio.

3.3.4. Respostas existentes no território e articulação entre atores

O Bloco 4 examina as respostas existentes no território e a articulação entre os diferentes atores (saúde, justiça e comunidade). O objetivo deste segmento foi mapear quem são os primeiros pontos de contacto para as mulheres em sofrimento e avaliar a eficácia da rede de suporte institucional e informal em Angola, identificando lacunas críticas na continuidade dos cuidados e na cobertura geográfica.

Os especialistas destacam que a porta de entrada para o sistema de ajuda depende fortemente do contexto socioeducativo da mulher e da sua capacidade de verbalizar a dor. É referido que muitas mulheres chegam aos serviços num estado de “alexitimia: sabe que sofre, mas não consegue descrever ou nomear a dor”. Nestes casos, o papel do primeiro acolhedor é crucial para descodificar o sofrimento em vez de o criticar.

Apesar da existência de serviços estatais, o consenso entre os especialistas é que “o primeiro recurso frequente é a igreja. Muitas mulheres recorrem ao pastor, que as aconselha e, por vezes, as encaminha para a esquadra ou para mediação”. A igreja atua como um filtro comunitário, oferecendo grupos de apoio internos (com juristas e psicólogos) antes de qualquer encaminhamento formal.

De destacar a influência da escolaridade das mulheres na procura de ajuda, já que se observa uma diferenciação no acesso. Enquanto as mulheres com menos recursos recorrem à fé ou à família, as mulheres com ensino superior tendem a recorrer diretamente à UMA (Unidade de Atendimento à Mulher) ou a hospitais.

Os especialistas assinalam, também, que existem estruturas formais destinadas ao apoio à vítima, mas o seu conhecimento e utilização variam. É mencionada a existência de Gabinetes de Apoio à Vítima, na maioria dos hospitais, desde 2022, equipados com assistentes sociais e psicólogos. As esquadras da Polícia Nacional e as Unidades de Atendimento à Mulher (UMA) também são pontos de referência para a proteção física e início de trâmites legais em situações de violência contra as mulheres. Um

exemplo de articulação positiva, quando ocorre, é a comunicação entre hospitais e a Direção Municipal de Ação Social para a reintegração familiar após a alta médica.

No entanto, consideram que, apesar da comunicação entre as áreas da saúde, justiça e ação social ser voluntariosa, carece de uma maior formalização. A articulação entre os setores “depende muito dos profissionais envolvidos”, funcionando de forma casuística em vez de sistémica. Existe, ainda, uma crítica direta à falta de sistematização: “Falta um protocolo formal e padronizado. A comunicação entre estas entidades ainda é frágil: por vezes funciona, por vezes não”.

Um dos pontos mais críticos identificados pelos especialistas é a incapacidade do sistema em garantir que o apoio não seja apenas um evento isolado. A falta de psicólogos e assistentes sociais nas instituições compromete a continuidade do tratamento. desta forma, lamentam que “a vítima pode ser ouvida numa primeira fase, mas o acompanhamento longitudinal falha por falta de recursos humanos”. Isto é particularmente grave para situações de sofrimento emocional que exigem acompanhamento continuado

Os especialistas também alertam que ainda persiste uma barreira cultural significativa para a utilização de serviços especializados, resumida por um dos participantes: “Ainda persiste o estigma de que ‘psicólogo é coisa de malucos’. Precisamos desconstruir isso culturalmente”. A cobertura dos serviços apresenta uma disparidade entre os centros urbanos e as zonas periféricas ou rurais.

A desigualdade territorial é descrita como “gritante”, sendo “mais fácil encontrar um centro

de acompanhamento psicológico no centro da cidade do que nos bairros ou no interior”. Esta lacuna geográfica faz com que, no interior e em certas comunas, a falta de profissionais seja acompanhada por uma total ausência de informação e divulgação sobre a importância da saúde mental, deixando as mulheres destas regiões em situações de maior isolamento e menor acesso a apoio especializado.

A análise deste bloco demonstra que a rede de respostas em Angola é fragmentada e fortemente dependente de atores informais, com a igreja a assumir o papel de principal no apoio às mulheres, devido à proximidade e confiança comunitária.

Embora existam estruturas estatais como os Gabinetes de Apoio à Vítima, a sua eficácia é minada pela falta de protocolos formais de articulação entre saúde e justiça e pela escassez de técnicos especializados, o que inviabiliza o acompanhamento psicológico continuado. A desigualdade territorial acentua este cenário, criando um vácuo de proteção para as mulheres nas zonas rurais e periféricas, onde o apoio profissional é praticamente inexistente, reforçando a necessidade urgente de descentralizar os serviços e formalizar os fluxos de encaminhamento.

Desta forma, a resposta atual ao sofrimento feminino em Angola, segundo a perspetiva destes especialistas, é largamente dependente de atores comunitários e religiosos devido à escassez de recursos públicos e à fragilidade na articulação entre saúde e justiça, resultando frequentemente em respostas pontuais e dificuldades na continuidade do acompanhamento psicológico.

3.3.5. Recomendações e propostas de melhoria

Neste bloco, os especialistas identificaram propostas de melhoria dirigidas às respostas institucionais e comunitárias existentes, que ultrapassem exclusivamente a dimensão clínica. O foco foi a reforma institucional, a sustentabilidade económica e a mudança de paradigmas culturais, para proteger a saúde mental das mulheres em Angola. As recomendações dos especialistas destacam, ainda, o acolhimento e a sustentabilidade dos apoios prestados.

As principais propostas incluem:

a. Fortalecimento da rede de apoio institucional e profissional

Os especialistas sublinharam a necessidade de expandir e qualificar a resposta do Estado, garantindo que o apoio não seja apenas nominal, mas acessível e contínuo. Existe um apelo unânime para o “reforço de psicólogos e assistentes sociais no Sistema Nacional de Saúde” e para o “aumento do financiamento público (OGE) para a área social”. A carência de técnicos é vista como uma grande limitação para o acompanhamento longitudinal das vítimas.

Propõe-se a “criação e divulgação de mais centros de acolhimento e atendimento”, notando que muitos dos serviços atuais são “desconhecidos ou vistos com desconfiança” pela população. Também a descentralização para bairros periféricos e comunas é considerada essencial para combater a desigualdade territorial “gritante”.

Por fim, recomenda-se a “realização de palestras

nas comunidades para educar as mulheres e informar sobre os serviços disponíveis”, visando despertar a “consciência jurídica”.

b. Humanização do atendimento e combate à revitimização

Um dos temas mais sensíveis refere-se à forma como as instituições recebem as mulheres em situação de vulnerabilidade, exigindo-se uma mudança profunda na postura dos agentes de primeira linha. Para os especialistas, é urgente a “melhoria do acolhimento nas esquadras da Polícia Nacional para evitar a revitimização”. Defendem, assim, que deve haver um “acompanhamento humanizado nas instituições, evitando que as vítimas saiam pior do que entraram”.

Propõe-se, também, um esforço coletivo para “desmistificar a saúde mental”, combatendo o preconceito de que “procurar um psicólogo não é sinal de ‘loucura’, mas um ato de cuidado”. Esta barreira cultural é apontada como um dos principais entraves à procura de ajuda especializada.

Finalmente, defende-se a “garantia de formação académica de qualidade para os profissionais” e a formação obrigatória em saúde mental para polícias e magistrados, para que reconheçam sinais de sofrimento e encaminhem adequadamente.

c. Autonomia económica e responsabilização do agressor

A análise demonstra que o exercício dos direitos e a recuperação psicológica são fortemente condicionados pela ausência de segurança económica e impunidade legal dos

ofensores. Uma das propostas centrais é o “empoderamento económico das mulheres para reduzir a assimetria financeira”, uma vez que esta carência é frequentemente “usada como mecanismo de controlo e violência” pelo parceiro.

Paralelamente, sugere-se o “desenvolvimento de medidas socioeducativas que incluam o acompanhamento dos agressores”, justificando que “muitos também são vítimas de traumas não resolvidos” da infância, que se perpetuam como uma “bola de neve”.

Defende-se, ainda, o “isolamento imediato do agressor e responsabilização criminal” como forma de combater a perceção de impunidade que desencoraja as denúncias.

d. Mobilização comunitária e redes de solidariedade

O papel das comunidades e das igrejas é visto como complementar ao Estado, mas necessita de maior coordenação técnica. Para os especialistas, igrejas e ONG’s devem “unificar esforços, atuar como redes de apoio e encaminhar casos para profissionais especializados”. O objetivo é que estas instituições ajudem a “superar a cultura da vitimização”.

Recomenda-se, também, “reativar espaços de diálogo e escuta” nas comunidades, onde problemas como a interferência excessiva da família alargada no núcleo conjugal, possam ser discutidos e resolvidos coletivamente

Em síntese, os especialistas sugerem uma estratégia bidirecional: por um lado, o reforço estrutural do Estado (mais financiamento, técnicos e descentralização); por outro, uma

intervenção cultural profunda (empoderamento económico, desmistificação da psicologia e educação masculina). A conclusão fundamental é que a melhoria da saúde mental das mulheres em Angola requer um sistema que garanta proteção imediata após a denúncia, apoio económico de emergência e um espaço seguro de escuta continuada, assegurando que a lei saia do plano normativo para se tornar uma prática institucional humanizada.

3.3.6. Síntese da análise ao grupo focal com Especialistas

A análise transversal dos cinco blocos temáticos revela que a saúde mental das mulheres angolanas é um fenómeno multidimensional e estrutural, onde o equilíbrio emocional está fortemente associado à eficácia dos mecanismos de proteção jurídica e da autonomia socioeconómica.

Existe um consenso técnico sobre a robustez do ordenamento jurídico angolano, mas a sua execução prática é condicionada por uma estrutura social “patriarcal, machista e classista”. Esta cultura normaliza a violação de direitos, tornando a lei um quadro formal muitas vezes distante da realidade vivida pelas mulheres.

As patologias dominantes, como depressão, perturbação de ansiedade e burnout feminino, são desencadeadas por conflitos conjugais e pela exaustiva sobrecarga de papéis. O sofrimento é frequentemente psicossomático, onde a “alma ferida” se manifesta através de dores físicas e comportamentos reativos, num contexto onde a sobrevivência financeira se sobrepõe à continuidade do tratamento psicológico.

As limitações no exercício dos direitos geram um impacto significativo no bem-estar psicológico feminino, criando um “ciclo de descrença e desespero”. A dependência económica atua como uma barreira que anula o exercício dos direitos, enquanto a pressão familiar para a retração da denúncia e a revitimização por parte das instituições consolidam traumas que podem evoluir para ideação suicida ou outros estados psiquiátricos.

A rede de apoio atual é fragmentada e marcada por uma disparidade territorial “gritante” entre as zonas urbanas e rurais. Perante a fragilidade na articulação entre os setores da saúde e da justiça, a igreja assume-se como o primeiro recurso, funcionando como um filtro comunitário que supre a escassez de psicólogos e assistentes sociais nas instituições públicas.

Para os especialistas, a melhoria da saúde mental das mulheres em Angola requer um sistema que garanta proteção imediata após a denúncia, apoio económico de emergência e espaços seguros de escuta continuada. Sem uma articulação formalizada entre saúde, justiça e comunidade e sem um maior investimento na descentralização dos serviços, a proteção da saúde mental das mulheres continuará a ser uma promessa legal distante da realidade vivida nas comunidades periféricas e rurais.

A conclusão fundamental é que os direitos não podem ser apenas instrumentos normativos, mas devem transformar-se em práticas institucionais humanizadas, permitindo às mulheres exercer os seus direitos em condições de maior autonomia, proteção e bem-estar psicológico.

3.4. Análise do grupo focal com Profissionais

Esta secção apresenta uma análise temática dos resultados do grupo focal realizado com 14 profissionais e colaboradores de um centro de acolhimento de meninas e jovens mulheres. A instituição, que opera há cerca de 35 anos, iniciou o seu trabalho no contexto da guerra e evoluiu para um modelo de proteção que procura transformar a vivência do trauma em autonomia.

O objetivo central deste grupo foi compreender de que modo profissionais e colaboradores deste centro interpretam a relação entre saúde mental, violência, proteção institucional e autonomia feminina, identificando desafios, respostas existentes e propostas de melhoria no apoio a mulheres e jovens em situação de vulnerabilidade.

3.4.1. Enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental

Este bloco detalha como os 14 profissionais e colaboradores do centro de acolhimento entendem e operacionalizam os direitos da mulher e da saúde mental no seu quotidiano, confrontando as normas internas com o quadro legislativo nacional.

No contexto institucional, os profissionais entendem os “direitos da mulher” como um exercício de liberdade, respeito e compreensão das fases de vida das utentes. Para os participantes, operacionalizar estes direitos significa, antes de tudo, “respeitar a decisão delas, é entender cada processo da transformação da vida da adolescente

para a mulher, ajudar também e entender o que se passa emocionalmente, fisicamente e psicologicamente”. Esta visão humanizada reflete-se na intenção de “deixar a mulher não temida por ela expressar seus sentimentos” e reconhecer que “ela é livre, é humana”.

Essa ideia de direitos não aparece apenas em documentos formais, mas é vivida através de um compromisso com a “educação, instrução e formação”. O objetivo é que as utentes saiam do centro preparadas para a vida, sendo instruídas a perceber que a sua autonomia é um direito que deve ser respeitado. Como referido por uma das participantes do grupo focal, “o que vamos fazer é respeitar a ela, as regras dela, os sentimentos dela. Coisas que ela diz, coisas que ela sente, que é direito dela”.

A legislação angolana sobre violência doméstica é percebida não como um quadro distante, mas como o alicerce para políticas internas rigorosas de proteção. A medida mais emblemática é a proibição absoluta de castigos físicos, descrita como a lei fundadora do projeto. Como indica a responsável do Centro, “nenhuma mãe levanta um dedo para uma criança. Nenhuma, nenhum trabalhador levanta um dedo para uma criança. E todos eles sabem. E essa lei é a lei que foi implantada aqui no nosso projeto”.

A operacionalização da Lei n.º 25/11 baseia-se no lema institucional de que “violência gera violência”, banindo-se nomes depreciativos ou agressões manuais que causem “traumas, mortes sozinhas”. Embora a transição para este modelo de não-violência tenha enfrentado desafios — “não foi fácil, tivemos muitos desafios para conseguir chegarmos a esse nível” — a equipa utiliza agora os “11 Compromissos

da criança” como ferramenta pedagógica central. Esta transição enfrentou desafios nas mentalidades, mas serve para “minimizar um bocadinho essa dose [de sofrimento]” que cada utente carrega. O objetivo é que a legislação seja internalizada de forma lúdica, em que as utentes “conseguem estar aí a cantar, fazem jograis, poesias... no sentido de lhes ajudar também a compreenderem (...) quais são seus direitos e depois também saberem quais são seus deveres, porque não vamos falar só dos direitos sem falar dos deveres”.

Relativamente a procedimentos de proteção, quando uma nova utente chega com sinais de sofrimento associado a violência, o centro aplica procedimentos de acolhimento que privilegiam a segurança e o conforto imediato. Como refere uma das responsáveis, “recepçionamos, damos banho, trocamos de roupa. Depois daí a gente interage com ela”. Há uma regra clara de proteção psicológica, uma vez que “nós não fizemos com que a menina reviva o que ela passou antes de chegar aqui no centro”. A “abertura do livro” da vida real só acontece quando se estabelece uma confiança absoluta com uma figura de referência, geralmente a responsável máxima do centro, que procura “vender esperança” e tranquilizar as jovens sobre o seu futuro. Assim, o apoio do centro foca-se muito na ocupação e na integração comunitária, como enquadrá-las na “área da pastelaria” para ajudar a “esquecer aquilo que ela passou lá fora”.

No que respeita ao apoio psicológico gratuito previsto na lei, a sua concretização no centro é descontínua devido a limitações financeiras. Os profissionais relatam que “no princípio... tínhamos uma psicóloga permanente”, mas com o fim de subsídios externos, o cenário mudou, já

que “como nós não tínhamos mais dinheiro para pagar... tivemos alguma dificuldade durante algum tempo”. Atualmente, o atendimento concretiza-se através de parcerias com universidades (estudantes de psicologia) e com órgãos estatais como a “Brigada Escolar” e o “Ministério do Interior”, que enviam técnicos periodicamente para conversar e dar auxílio.

Em suma, o enquadramento legal é operacionalizado no quotidiano do centro através de uma visão humanizada que transforma a norma jurídica em prática pedagógica. A instituição adotou a Lei n.º 25/11 como alicerce para uma política de tolerância zero aos castigos físicos, utilizando os “11 Compromissos da criança” para ensinar às utentes que a sua autonomia é um direito indissociável da instrução e formação.

3.4.2. Saúde mental e sofrimento psicológico

Este segundo bloco explora as perceções dos profissionais sobre os problemas emocionais e psicológicos das mulheres e jovens que acolhem, identificando os fatores que desencadeiam o sofrimento e as barreiras que impedem a procura de apoio.

A abordagem institucional do centro parte de uma “empatia radical”, reconhecendo que o sofrimento não é uma exceção, mas uma condição partilhada onde “cada um de nós tem a sua dose de...”.

Os profissionais observam que o sofrimento das meninas e jovens mulheres se manifesta de formas variadas, desde quadros de isolamento até reações de agressividade. É comum as

utentes chegam “aterrorizadas dentro da família”, apresentando sintomas como ansiedade, choro persistente e insónias. Como relatado por um dos participantes, “nós estamos a dormir e ela está a chorar. Até ela conseguir parar de chorar, às vezes leva dois, três meses”.

Um dos problemas mais frequentes e específicos identificados pela equipa técnica é a enurese noturna em adolescentes, entendida como uma consequência direta de traumas profundos. Como explicado por uma das responsáveis do centro, “temos meninas já a menstruarem e a fazerem xixi na cama. (...) os médicos dizem que, pronto, aquelas que sofreram muitos traumas. Isso é uma das consequências”.

Além disso, o trauma manifesta-se de forma somática no desenvolvimento físico. Os profissionais relatam casos onde “o cabelo não crescia” e a mente “bloqueou”, impedindo a aprendizagem escolar até que o processo de cura se iniciasse: “Quando ela começou a soletrar as primeiras letras, o tom de pele começou a mudar. Começou a ter brilho na cara”.

Em jovens mais velhas, observa-se frequentemente uma “rebelia” que mascara o trauma de abandono ou abuso.

As próprias mulheres e jovens identificam o seio familiar como o principal foco de dor. O ambiente que deveria ser de paz torna-se traumático devido ao “abuso que elas sofreram dentro do seio familiar” e à “desestruturação familiar”, onde a ausência da figura paterna e a sobrecarga da mãe geram instabilidade.

Outro fator desencadeante crítico em Angola são as questões culturais e religiosas,

especificamente a acusação de crianças e mulheres como “feiticeiras”. Uma das participantes conta que “tentam fazer as crianças acreditarem (...) que elas à noite voam”, o que destrói a autoestima e a identidade da vítima.

O impacto na saúde mental é também agravado por estereótipos que impedem a mulher de aceder ao mercado de trabalho. Os profissionais criticam a ideia de que “há trabalhos que dizem que é só para homens e mulher também pode fazer”, notando que quando os homens “pedem e dizem não”, estão a limitar o desenvolvimento integral da mulher.

Por outro lado, a dependência económica também aparece como um fator de “prisão”, onde o medo de ficar sem recursos básicos condiciona a denúncia e perpetua a exposição à violência do parceiro.

Os profissionais notam, ainda, que a “própria convivência familiar não é tão saudável” quando as jovens testemunham ciclos de violência doméstica entre os pais, pois “quando ela começa a ver o pai a bater na mãe (...) ela acha que é uma forma de estar na vida”.

Relativamente a possíveis diferenças geracionais e territoriais, a equipa identifica matizes na forma como o sofrimento é expresso conforme a idade e a proveniência. Enquanto as crianças podem manifestar o trauma de forma inconsciente, as jovens mais velhas fazem-no de forma mais “consciente”.

No plano territorial, as jovens oriundas de zonas urbanas são descritas como “mais sofisticadas” nos seus métodos de defesa, ao passo que as que vêm da periferia ou do meio rural são caracterizadas pela “simplicidade” no trato.

O estigma associado à saúde mental e à violência é uma barreira persistente. Por “medo do estigma”, muitas mulheres e jovens sentem necessidade de ocultar a sua realidade. Como relatado por um dos participantes, “elas inventam histórias para poderem estar connosco. Inventam, dramatizam as situações delas”, revelando a verdade apenas quando se estabelece uma confiança profunda.

A vergonha é um impedimento central, mesmo dentro da instituição, onde algumas utentes admitem que “sinto vergonha da mãe, sinto vergonha de conversar com a mãe”.

No contexto comunitário, o medo de represálias é real e fundamentado na impunidade do agressor, pois “as vítimas denunciam e depois ainda sofrem mais violência. Porquê? Porque o prevaricador nunca é sancionado (...) ele sente-se no direito de, ah, foste me queixar, então cai por cima delas”. Esta sensação de que a lei é “branda” e de que o agressor “entra, sai e vai continuar a fazer a sua brincadeira” desencoraja a procura de proteção e agrava o estado de alerta e ansiedade.

Em conclusão, o sofrimento psicológico das meninas e jovens acolhidas é uma ferida sistémica, manifestando-se tanto em sintomas comportamentais (rebeldia, isolamento) como somáticos (enurese, bloqueios de desenvolvimento). Este quadro é alimentado por traumas familiares, acusações de feitiçaria e dependência económica, sendo a recuperação dificultada por um estigma social que impõe o silêncio e por um sistema de justiça que, ao não punir eficazmente o agressor, valida o medo da vítima em denunciar.

3.4.3. Impacto das limitações no exercício dos direitos da mulher sobre a saúde mental

Este bloco analisa as percepções dos profissionais sobre as consequências psicológicas e emocionais que decorrem da falha nas garantias de proteção e da impossibilidade de as mulheres exercerem plenamente os seus direitos. A análise foca-se no hiato entre a denúncia e a segurança real, e em como a precariedade estrutural do sistema angolano atua como um fator de re-traumatização.

Os profissionais descrevem situações típicas em que a mulher procura ajuda, mas, devido à fragilidade do sistema judicial, acaba por ser exposta a um agravamento do risco. A percepção de que as leis são insuficientes para deter o agressor gera um sentimento de desamparo profundo. Um dos pontos mais críticos apontados é a brandura das molduras penais, que permite ao agressor regressar rapidamente ao convívio com a vítima: “as penas estão um bocado brandas, tem mesmo que ser agravadas... porque ele entra, sai e vai continuar a fazer a sua brincadeira no bairro”.

Este ciclo de impunidade impede o alívio emocional que deveria advir da denúncia, mantendo a mulher num estado de alerta e ansiedade constante. A proteção da identidade do prevaricador nos meios de comunicação é também vista como um fator que alimenta este ciclo e gera injustiça: “por que é que os abusadores das crianças, quando lhes apresentam na televisão, tapam a cara deles? (...) ao ofuscar a cara, tapar a cara, ele vai continuar. Porque ninguém o conhece”.

Uma das limitações mais graves identificadas é a inexistência de uma rede estatal de infraestruturas que garanta a separação física imediata entre vítima e agressor. Os profissionais sublinham que, sem um local seguro para onde fugir, o exercício do direito à integridade física torna-se impossível, podendo resultar em tragédias. Uma das participantes considera que “uma das coisas que temos que ver no país, casas de abrigos para as mulheres que foram violentadas (...) se ela continuar o contato com o prevaricador, ele pode chegar ao ponto de matar. E tem estado a acontecer”.

Para estes técnicos, a saúde mental é diretamente afetada por esta falta de saída imediata, defendendo-se que, enquanto o processo judicial decorre, “os dois não podem estar juntos”, sendo o isolamento do agressor a única via para evitar a re-traumatização e preservar a vida.

A dependência económica e o medo da carência de recursos básicos (casa, comida e sustento dos filhos) são identificados como fatores que condicionam severamente a decisão de denunciar ou abandonar o relacionamento abusivo. Esta limitação de direitos económicos “prende” a mulher a contextos de violência, destruindo a sua autoestima e autonomia.

Como resposta institucional para mitigar este impacto emocional, o centro aposta na formação para que a mulher “consiga se sustentar”. O foco é ensinar competências práticas, como “fazer soja, ensina a cozer, ensina a fazer bolos (...) que posteriormente ela depois consiga se sustentar”, procurando quebrar o ciclo onde a carência material anula o direito à proteção.

Os participantes deste grupo focal

evidenciaram, ainda, que o sistema de saúde falha em reconhecer a saúde mental da mulher como uma prioridade sistémica que afeta todo o agregado. Existe a convicção de que “quando se fala da saúde mental da mulher, estamos a falar da saúde mental da família, porque a mulher é a protetora dos lares”. Se o equilíbrio emocional da mulher colapsa devido a traumas de violência repetida, todo o ambiente familiar se torna um lugar onde as pessoas se sentem “aterrorizadas”.

Desta forma, os profissionais sugerem que o acompanhamento psicológico não deve focar-se apenas na vítima, mas também no agressor, cuja reabilitação é muitas vezes ignorada, pois “o homem que é o agressor... ele também precisa de ser tratado, também precisa de ser acompanhado”. Além disso, emerge a necessidade de estudar as vulnerabilidades específicas das “famílias monoparentais... sustentadas só pela mãe, só pela mulher”, para compreender fenómenos de exaustão emocional que o sistema formal ainda não atende de forma integrada.

Em síntese, as limitações no exercício dos direitos em Angola, desde a impunidade judicial até à ausência de casas-abrigo, transformam a procura de ajuda num processo de elevado risco psicológico e físico. Conclui-se que a estabilidade emocional das utentes depende da criação de infraestruturas que garantam a separação física do agressor e de políticas que promovam a autonomia económica como única via real de saída do ciclo de abuso.

3.4.4. Respostas existentes no território e a articulação entre os diferentes atores

Este bloco detalha a cartografia de respostas no

território e a forma como os diferentes atores — estatais, religiosos e acadêmicos — se articulam para prestar apoio psicossocial e proteção às mulheres e crianças em situação de risco. A análise revela uma rede de suporte que, embora resiliente a nível comunitário, enfrenta graves desafios de continuidade e uma dependência mútua para suprir lacunas técnicas.

Quando uma mulher ou criança chega em sofrimento, os primeiros pontos de resposta identificados no território são variados, mas as igrejas ocupam um lugar de destaque como o refúgio emocional mais acessível. Elas funcionam como um suporte espiritual que combate o isolamento através de ferramentas psicológicas de superação. Como referido por uma das participantes, “As igrejas ajudam com a palavra de Deus e metendo em nossa mente que nós não estamos só”. Este apoio é valorizado por oferecer “palavras de motivação, de encorajamento, de força, de coragem” que complementam a atuação técnica da instituição.

No plano institucional e estatal, os casos chegam ao centro de acolhimento maioritariamente através de três vias formais: “os casos são trazidos. Ou pela polícia... ou pela própria ação social ou pelo INAC4”. O centro, por sua vez, não funciona apenas como um abrigo passivo, mas como uma resposta estruturada que integra “saúde reprodutiva, a saúde mental... e o desenvolvimento psicossocial das utentes”, partindo do princípio de que cada uma chega com uma “dose do meu cura, que cada um de nós naturalmente carrega” que precisa de ser minimizada.

A questão da continuidade do acompanha-

mento psicológico é um dos pontos mais sensíveis da articulação territorial. Os profissionais admitem que, embora existam serviços, o apoio é muitas vezes descontínuo devido a limitações financeiras: “Tínhamos uma psicóloga permanente... mas depois a vida mudou... como nós não tínhamos mais dinheiro para pagar... tivemos alguma dificuldade durante algum tempo”.

Para suprir esta carência, a articulação técnica faz-se através de parcerias com o ensino superior e com órgãos de soberania:

a) Parcerias académicas: enviando alunos finalistas do último ano de psicologia para auxiliar no estado psicológico das utentes;

b) Apoio do Ministério do Interior, uma vez que existe um programa em desenvolvimento que envia psicólogos periodicamente, de dois em dois meses ou semanalmente, para dar auxílio em situações críticas, como o caso das adolescentes com enurese traumática;

c) Serviços municipais, uma vez que, quando a equipa interna atinge o limite da sua capacidade de resolução, recorre à administração local. Como relatado por um dos participantes, “quando eu não consigo resolver, eu bato a porta da área social da administração e tem estado a ajudar bastante... Eles lá têm psicólogos. Uma vez ou outra, enviam psicólogos aqui. Não de forma constante”.

A articulação entre os diferentes setores é descrita como funcional, mas dependente de situações de crise. A área da justiça e segurança, representada pela “Polícia Nacional que é a Brigada Escolar” e pelos “Bombeiros”, mantém uma presença de proximidade, colaborando na

segurança e encaminhamento. Existe também uma coordenação com o “julgado de menores” para processos de registo e acompanhamento judicial de casos mais graves, como o de crianças raptadas ou abandonadas.

Contudo, os profissionais apontam que esta articulação falha no que toca à proteção física imediata da mulher vítima de violência. A grande lacuna territorial identificada é a ausência de Casas-Abrigo estatais, o que torna a resposta judicial ineficaz e perigosa: “enquanto o processo estiver a decorrer, enquanto não se tomarem as medidas judiciais, os dois não podem estar juntos”, sob risco de o agressor chegar ao ponto de matar.

No que toca às limitações territoriais, os profissionais notam que os casos que lhes chegam provêm de contextos diversos, muitas vezes resgatados de situações de abandono em hospitais ou identificados pela ação social em famílias desestruturadas. A defesa ativa destas mulheres tem sido assumida de forma mais resiliente pelo setor social e religioso, que oferece o suporte emocional e a formação vocacional necessários para a autonomia. O sucesso deste modelo formativo é visível em utentes que conseguem inserção no mercado de trabalho em áreas tradicionalmente masculinas, como uma jovem que “trabalha numa empresa portuária, conduz caminhão... conduz há 9 anos”.

A cartografia de respostas aqui apresentada demonstra que o território conta com uma rede comunitária forte, onde as igrejas e as universidades garantem o suporte emocional e técnico inicial. No entanto, existe uma fragilidade gritante na resposta estatal contínua. A articulação entre saúde mental,

justiça e assistência social é pontual e carece de infraestruturas críticas, como casas-abrigo, o que deixa as mulheres numa situação de vulnerabilidade extrema entre a denúncia e a resolução judicial dos seus casos.

3.4.5. Recomendações e propostas de melhoria

Este bloco sintetiza as propostas concretas formuladas pelos profissionais e colaboradores do centro de acolhimento, direcionadas a decisores políticos, lideranças comunitárias e ao sistema de justiça. As recomendações visam transformar o atual modelo de proteção num sistema multidisciplinar que assegure a integridade física, a autonomia económica e a saúde mental das mulheres e crianças em Angola.

Uma das mudanças imediatas propostas é a garantia de acompanhamento técnico permanente e diversificado. Os participantes sublinham que a presença de um psicólogo não deve ser pontual, sugerindo que este deve “interagir mais com as meninas, porque nós precisamos mesmo de um psicólogo aqui, como os outros filhos têm”. Para além da psicologia clínica, defende-se a inclusão de terapeutas, sociólogos e antropólogos para lidar com as complexidades culturais das utentes, muitas delas oriundas de regiões com dinâmicas sociais específicas (como o norte do país ou a República Democrática do Congo). A componente sociológica é vista como essencial para compreender as origens das jovens e os fenómenos de acusação de feitiçaria. Como referido por um dos participantes, “o sociólogo, o antropólogo, nos ajudaria a compreender. Então, esse é um trabalho multifacetado, onde cada ramo do saber devia intervir”.

Inovadoramente, recomenda-se que o apoio emocional seja alargado aos próprios cuidadores. As lideranças locais devem reconhecer que o desgaste dos profissionais afeta a qualidade do acolhimento, pois “se tu não estiver bem, não vais ter forças nem argumentos para cuidar deste batalhão de meninas à tua volta. Então, às vezes, nós precisamos de apoio”.

Os profissionais propõem, também, que a formação em saúde mental e violência baseada no género seja obrigatória para todos os setores que lidam com crianças e mulheres. O objetivo é que os agentes (polícias, médicos, professores) consigam reconhecer que “cada um de nós tem a sua dose de [sofrimento]... para poder minimizar um bocadinho essa dose de loucura que cada um de nós naturalmente carrega”.

A nível comunitário, a proposta foca-se na literacia jurídica e nos “11 Compromissos da criança”, defendendo que a formação deve potenciar as utentes a conhecerem não só os seus direitos, mas também os seus deveres, para que se tornem agentes da sua própria proteção.

Para que a denúncia deixe de ser um fator de risco, a recomendação mais veemente é o fim do anonimato dos agressores e o agravamento das penas. Os profissionais relatam o questionamento das próprias jovens sobre a proteção mediática dos criminosos: “Tia, por que que os abusadores das crianças, quando lhes apresentam na televisão, tapam a cara deles? (...) ele, ao ofuscar a cara, tapar a cara, ele vai continuar”. A proposta é que a visibilidade sirva como um “limite” social e que a justiça deixe de ser “branda” para evitar que o agressor retorne ao bairro e continue a “fazer a sua brincadeira”.

No plano da segurança física, urge a criação

de uma rede estatal de “casas de abrigos para as mulheres que foram violentadas”, garantindo a separação total e imediata, uma vez que a manutenção do contacto é vista como uma sentença de morte: “se ela continuar o contato com o prevaricador, ele pode chegar ao ponto de matar. E tem estado a acontecer”.

A proposta para romper a dependência que prende a mulher ao ciclo de abuso é o investimento em formação vocacional e na reconstrução do projeto de vida. O centro recomenda ensinar à mulher “o que ela pode ser futuramente”, capacitando-a em áreas práticas (soja, costura, pastelaria) para que “posteriormente ela depois consiga se sustentar”.

Politicamente, sugere-se a revisão da idade de saída das instituições. Os profissionais defendem que o apoio não deve cessar aos 18 anos, mas estender-se até aos 22 anos, pois nessa idade as jovens ainda “não estão prontas para poder enfrentar a vida sozinha”. O objetivo é garantir que saiam apenas quando estiverem “orientadas na vida profissionalmente”.

Uma recomendação central para as comunidades e decisores é a mudança do foco da intervenção, considerando-se que a saúde mental da mulher não deve ser tratada isoladamente. Os participantes afirmam que “quando se fala da saúde mental da mulher, estamos a falar da saúde mental da família”. Propõe-se, desta forma, a inclusão obrigatória dos homens e dos agressores nos programas de acompanhamento, reconhecendo que quem agride também carece de tratamento para interromper o ciclo de violência.

A família, que deveria ser o “sítio da paz”, é hoje um local onde as pessoas se sentem

“aterrorizadas”, pelo que as pesquisas e políticas futuras devem explorar as dinâmicas das “famílias monoparentais” para compreender a exaustão das mulheres que as sustentam sozinhas.

Em conclusão, as recomendações dos profissionais exigem um Estado que garanta a visibilidade e punição rigorosa do agressor, a criação de casas-abrigo para proteção imediata e o reforço de equipas multidisciplinares (incluindo sociólogos). Simultaneamente, propõe-se que a comunidade e as políticas públicas passem a tratar a saúde mental de forma sistémica, incluindo o homem no processo de reabilitação e assegurando que a autonomia financeira e a transição protegida até aos 22 anos sejam as bases para a liberdade emocional da mulher angolana.

3.4.6. Síntese da análise ao grupo focal com Profissionais

A análise integrada dos dados revela que o sofrimento psicológico das mulheres e crianças acolhidas não é um fenómeno isolado, mas uma ferida sistémica alimentada por falhas estruturais na proteção de direitos e na justiça. As evidências demonstram que traumas profundos se manifestam de forma somática — através de bloqueios no desenvolvimento físico ou enurese noturna — e comportamental, sendo frequentemente desencadeados por abusos no seio familiar, acusações de feitiçaria e pela “prisão” da dependência económica.

Embora o território apresente uma rede comunitária resiliente, onde as igrejas e universidades suprem lacunas de apoio psicossocial, a resposta estatal é percecionada como fragmentada e insuficiente. A inexistência

de uma rede pública de Casas-Abrigo e a brandura das penas aplicadas aos agressores perpetuam um ciclo de impunidade que gera desamparo e re-traumatização, tornando a denúncia um processo de elevado risco físico e emocional.

Conclui-se que a recuperação da saúde mental em Angola exige uma mudança de paradigma que trate o bem-estar da mulher como uma prioridade sistémica para a família e para a sociedade. As recomendações dos profissionais convergem para a necessidade urgente de um Estado mais protetor e punitivo, que garanta a visibilidade dos agressores, o reforço de equipas multidisciplinares (incluindo sociólogos e antropólogos) e, fundamentalmente, a promoção da autonomia económica e da transição protegida até aos 22 anos como pilares para a liberdade emocional e a reconstrução de projetos de vida com dignidade.

3.5. Considerações finais sobre a análise e discussão de dados

A análise integrada da legislação angolana, das entrevistas realizadas às mulheres participantes e dos grupos focais com profissionais e especialistas permitiu compreender que a saúde mental das mulheres em Angola se encontra profundamente condicionada por fatores estruturais, culturais, económicos e relacionais que ultrapassam amplamente a dimensão individual do sofrimento psicológico.

Do ponto de vista jurídico e institucional, verificou-se que Angola dispõe atualmente de instrumentos legais relevantes para a proteção dos direitos das mulheres, incluindo mecanismos de prevenção e combate à violência doméstica, proteção da maternidade,

promoção da igualdade e reconhecimento formal dos direitos fundamentais das mulheres. A análise documental demonstrou igualmente uma crescente incorporação dos compromissos internacionais assumidos pelo Estado angolano em matéria de igualdade de género e direitos humanos. Contudo, os dados empíricos recolhidos ao longo do estudo evidenciam um desfasamento persistente entre o reconhecimento formal destes direitos e a sua concretização efetiva no quotidiano das mulheres.

As entrevistas realizadas revelam que muitas participantes continuam expostas a contextos de violência psicológica, dependência económica, abandono parental, desigualdade laboral, sobrecarga familiar e ausência de apoio institucional próximo e acessível. O sofrimento emocional descrito pelas mulheres surge frequentemente associado a experiências prolongadas de silêncio, culpabilização, insegurança e desgaste psicológico, vividas em contextos onde a resistência feminina é socialmente exigida, mas o apoio emocional permanece limitado.

Os testemunhos recolhidos demonstram ainda que a saúde mental continua fortemente marcada pelo estigma social. Em diversos relatos, o recurso ao apoio psicológico é associado a “fraqueza”, “loucura” ou incapacidade, contribuindo para o adiamento da procura de ajuda e para a interiorização silenciosa do sofrimento. Em muitos casos, as mulheres recorrem prioritariamente à espiritualidade, à igreja, à vizinhança ou a redes informais de apoio como principais mecanismos de sobrevivência emocional e enfrentamento das dificuldades quotidianas.

Os grupos focais permitiram aprofundar esta leitura, evidenciando fragilidades institucionais relacionadas com a insuficiência de serviços especializados, a escassez de profissionais, a reduzida articulação entre saúde, justiça e ação social e a forte concentração territorial das respostas existentes. Os especialistas destacaram, igualmente, a persistência de práticas culturais que continuam a naturalizar a submissão feminina, a violência psicológica e a responsabilização exclusiva da mulher pela manutenção da estabilidade familiar.

Ao mesmo tempo, os profissionais do centro de acolhimento reconheceram o papel central desempenhado pelas estruturas comunitárias, religiosas e tradicionais no apoio às mulheres, sobretudo em territórios onde o Estado possui presença limitada.

Contudo, evidenciou-se a necessidade de uma maior capacitação destas lideranças locais, de forma a evitar respostas baseadas exclusivamente na mediação informal ou na reprodução de normas culturais que podem perpetuar situações de violência e desigualdade.

Outro elemento transversal identificado ao longo do estudo relaciona-se com a dependência económica como fator estruturante da vulnerabilidade feminina. Tanto nas entrevistas, como nos grupos focais, emergiu de forma consistente a ideia de que a ausência de autonomia financeira limita significativamente a capacidade de denúncia, separação e reconstrução da vida após experiências de violência ou sofrimento prolongado. A precariedade laboral, a informalidade económica e a discriminação associada à maternidade surgem, neste contexto, como

fatores diretamente associados à deterioração da saúde mental das mulheres.

Os dados recolhidos permitiram, igualmente, identificar diferenças geracionais relevantes. As mulheres mais jovens tendem a demonstrar maior consciência sobre direitos, igualdade de género e saúde mental, embora continuem confrontadas com fortes pressões sociais e familiares. Já entre mulheres de gerações mais velhas observa-se maior normalização do sofrimento, da resignação e da permanência em relações abusivas, frequentemente justificadas por expectativas culturais associadas ao casamento, à maternidade e à obediência feminina.

Apesar das múltiplas vulnerabilidades identificadas, o estudo evidencia, também, importantes formas de resistência, agência e reconstrução pessoal. Muitas mulheres descrevem percursos marcados pela capacidade de adaptação, pelo investimento na educação dos filhos, pela procura de autonomia económica e pela construção de redes de solidariedade e apoio mútuo. Estas narrativas demonstram que as mulheres não podem ser compreendidas apenas enquanto vítimas de desigualdades estruturais, mas igualmente enquanto protagonistas de estratégias de sobrevivência, cuidado e transformação social.

Em síntese, os resultados confirmam que a saúde mental das mulheres angolanas depende de uma abordagem integrada, capaz de articular proteção jurídica, apoio psicossocial, autonomia económica, intervenção comunitária e transformação cultural. A persistência do sofrimento feminino não decorre apenas da existência de violência ou desigualdade, mas

também da insuficiência de respostas públicas próximas, articuladas e acessíveis, bem como da permanência de normas sociais que silenciam ou desvalorizam a experiência emocional das mulheres.

É neste enquadramento que se tornam necessárias recomendações orientadas não apenas para o reforço institucional e legislativo, mas também para a transformação das relações sociais, comunitárias e culturais que continuam a estruturar as experiências de vulnerabilidade e sofrimento das mulheres em Angola.



4. RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

A literatura consultada reforça que a saúde mental das mulheres não pode ser dissociada das condições sociais e institucionais em que vivem. Em contextos africanos, a promoção da saúde mental nas mulheres implica respostas que articulem saúde, proteção social, justiça, educação comunitária e igualdade de género, uma vez que o sofrimento psicológico tende a ser agravado por violência, estigma, pobreza, discriminação e fragilidade dos serviços disponíveis (Spedding et al., 2020). No caso de Angola, os estudos identificados apontam igualmente para a necessidade de respostas institucionais mais preparadas para reconhecer a violência contra as mulheres e os seus impactos emocionais (Nascimento et al., 2014; Yaya et al., 2019).

4.1. Considerações introdutórias

As recomendações apresentadas neste capítulo resultam da triangulação entre a análise documental da legislação e dos instrumentos institucionais relevantes, as entrevistas realizadas com mulheres participantes e os grupos focais desenvolvidos com profissionais e especialistas de diferentes áreas de intervenção. A leitura integrada destes dados permitiu identificar, não apenas os principais fatores de vulnerabilidade associados à saúde mental das mulheres em Angola, mas também os obstáculos estruturais, culturais e institucionais que continuam a limitar a concretização efetiva dos direitos formalmente reconhecidos.

Os resultados do estudo demonstram que a saúde mental das mulheres não pode ser compreendida de forma isolada ou exclusivamente clínica. O sofrimento

psicológico relatado pelas participantes surge profundamente associado a contextos de violência psicológica, dependência económica, sobrecarga familiar, abandono parental, precariedade laboral, desigualdade de género e ausência de respostas institucionais acessíveis e eficazes. As narrativas recolhidas revelam, igualmente, a persistência de normas culturais que naturalizam o silêncio feminino, legitimam relações desiguais de poder e dificultam a procura de apoio psicológico ou jurídico.

Embora o ordenamento jurídico angolano disponha atualmente de instrumentos relevantes de proteção dos direitos das mulheres, incluindo a Lei n.º 25/11 Contra a Violência Doméstica, o Decreto Presidencial n.º 222/13 e a recente Resolução n.º 17/24, o estudo evidencia um desfasamento significativo entre o reconhecimento legal dos direitos e a sua concretização prática no quotidiano das mulheres. A insuficiência de recursos, a distância territorial aos serviços, a limitada articulação institucional, o estigma associado à saúde mental e a fragilidade das respostas comunitárias contribuem para a manutenção de situações de sofrimento silencioso e violência continuada.

As recomendações procuram, por isso, ultrapassar uma lógica meramente declarativa, propondo medidas progressivas, territorialmente ajustadas e orientadas para a implementação concreta. Organizam-se em três níveis complementares de intervenção: recomendações dirigidas aos decisores políticos e institucionais, recomendações destinadas às lideranças locais e comunitárias e recomendações orientadas para a comunidade em geral. Em conjunto, estas propostas procuram promover respostas mais integradas,

preventivas e culturalmente contextualizadas, capazes de fortalecer simultaneamente a proteção dos direitos das mulheres, a promoção da saúde mental e a prevenção da violência baseada no gênero.

4.2. Recomendações aos decisores políticos

Os resultados do estudo demonstram que a principal fragilidade do atual sistema de proteção não reside na ausência de enquadramento legal, mas sobretudo na distância entre a legislação existente e a sua aplicação efetiva. Muitas das mulheres participantes reconhecem a existência formal de direitos, mas descrevem dificuldades persistentes no acesso à proteção, à justiça, ao apoio psicológico e a alternativas concretas que lhes permitam interromper ciclos de violência e dependência.

Neste contexto, torna-se prioritário reforçar a capacidade institucional do Estado para garantir respostas articuladas, acessíveis e territorialmente equilibradas, capazes de responder às múltiplas dimensões do sofrimento psicológico e da vulnerabilidade social das mulheres.

a) Descentralização dos cuidados de saúde mental e apoio psicossocial

Os dados recolhidos revelam que o acesso ao apoio psicológico continua profundamente condicionado pela localização geográfica, pelos custos associados ao atendimento especializado e pela reduzida cobertura dos serviços de saúde mental, sobretudo em zonas periféricas, rurais e economicamente vulneráveis.

Muitas participantes descrevem experiências prolongadas de sofrimento emocional vivido

em silêncio, frequentemente acompanhado por ansiedade, exaustão psicológica, isolamento social, alterações físicas e sentimentos persistentes de desesperança. Em vários casos, o recurso ao apoio psicológico surge como uma possibilidade distante, inacessível ou socialmente estigmatizada.

Face a este cenário, recomenda-se a integração progressiva de serviços de apoio psicológico nos cuidados primários de saúde, garantindo mecanismos claros de referência para situações de violência doméstica, sofrimento emocional grave, ideação suicida e vulnerabilidade psicossocial. A saúde mental deve ser integrada como componente essencial do cuidado comunitário e não apenas como resposta especializada de caráter hospitalar.

Propõe-se, igualmente, a criação de gabinetes comunitários de escuta, triagem e acompanhamento psicossocial em bairros periféricos, mercados, comunas e outros territórios marcados por maior vulnerabilidade social. Sempre que possível, estas respostas devem aproveitar estruturas já existentes nas comunidades, reforçando a proximidade territorial e reduzindo o medo ou a vergonha associados à procura de ajuda.

Estas estruturas deverão funcionar de forma articulada com serviços de psicologia, assistência social, proteção da mulher, justiça e organizações comunitárias, evitando respostas fragmentadas e descontinuadas. Importa, igualmente, desenvolver equipas móveis de saúde mental comunitária, particularmente dirigidas a territórios com reduzida cobertura institucional.

Recomenda-se, ainda, o investimento contínuo

na formação de profissionais das áreas da saúde, assistência social, educação, polícia e justiça, reforçando competências relacionadas com escuta ativa, trauma, violência psicológica, prevenção do suicídio, sofrimento emocional e atendimento humanizado.

b) Reforço das estruturas de acolhimento e proteção

O estudo demonstra que muitas mulheres permanecem em relações abusivas devido à inexistência de alternativas concretas de proteção e acolhimento. A ausência de espaços seguros para acolhimento temporário, associada à dependência económica e ao medo de represálias, contribui para a permanência em contextos de violência física, emocional e psicológica.

Neste sentido, recomenda-se o reforço e expansão da rede de casas-abrigo e estruturas de acolhimento temporário, assegurando maior equilíbrio territorial e critérios claros de acesso, permanência e acompanhamento. Estas estruturas devem garantir não apenas proteção física imediata, mas também apoio psicológico, assistência jurídica, acompanhamento social e orientação para autonomia económica. Importa assegurar que os mecanismos de proteção sejam rápidos e eficazes, reduzindo o risco de revitimização e evitando que as mulheres sejam obrigadas a regressar aos contextos abusivos por ausência de alternativas habitacionais ou financeiras.

c) Reforço da fiscalização laboral e promoção da autonomia económica

As entrevistas realizadas evidenciam que

a dependência económica constitui um dos fatores mais determinantes na manutenção de relações abusivas e no agravamento do sofrimento psicológico feminino. A precariedade laboral, o desemprego, a discriminação associada à maternidade e a informalidade económica surgem de forma transversal nas narrativas das participantes.

Os testemunhos recolhidos revelam, igualmente, situações recorrentes de assédio sexual, discriminação no acesso ao emprego e desigualdade de oportunidades profissionais, particularmente dirigidas a mulheres grávidas, mães solteiras ou mulheres economicamente vulneráveis.

Recomenda-se, por isso, o reforço da fiscalização das condições laborais, tanto no setor formal como no informal, criando mecanismos de denúncia acessíveis, discretos e protegidos para situações de assédio e discriminação.

A promoção da igualdade salarial, do acesso a cargos de decisão e da proteção da maternidade deve ser acompanhada por campanhas de sensibilização dirigidas a entidades empregadoras e instituições públicas.

Paralelamente, recomenda-se o desenvolvimento de programas estruturados de empoderamento económico feminino, articulando formação profissional, educação financeira, apoio ao empreendedorismo local, acesso a microcrédito e inclusão produtiva.

Estes programas deverão priorizar mulheres chefes de família, zungueiras, desempregadas, vítimas de violência e mulheres em situação de vulnerabilidade económica severa. Sempre que possível, as medidas económicas deverão

integrar acompanhamento psicossocial, reconhecendo que a autonomia financeira e o fortalecimento emocional são dimensões interdependentes.

d) Rigor legislativo, responsabilização e articulação institucional

Os resultados do estudo evidenciam que a percepção de impunidade constitui um fator central de desconfiança institucional e desmotivação para a denúncia. Muitas participantes descrevem experiências de descrédito, morosidade processual e ausência de acompanhamento continuado após a denúncia de situações de violência.

Neste contexto, recomenda-se o reforço das medidas de responsabilização em casos de violência doméstica, violência psicológica, violência obstétrica, abandono parental e incumprimento das responsabilidades familiares.

Importa, igualmente, fortalecer a articulação entre polícia, serviços de saúde, ação social e sistema judicial, reduzindo situações de revitimização institucional e evitando que as mulheres tenham de repetir sucessivamente os seus relatos perante diferentes serviços.

Sugere-se, também, o desenvolvimento de protocolos integrados de atendimento e encaminhamento, assegurando respostas mais céleres, coordenadas e centradas na proteção efetiva da vítima.

4.3. Recomendações às lideranças locais e comunitárias

Os resultados do estudo demonstram que as lideranças comunitárias, religiosas e tradicionais

desempenham um papel central no quotidiano das mulheres e frequentemente constituem o primeiro espaço de escuta e apoio em situações de sofrimento emocional ou violência. Em muitos contextos, a igreja, a vizinhança, os grupos femininos e as redes informais de solidariedade funcionam como respostas de proximidade, sobretudo quando os serviços formais são escassos, distantes ou pouco conhecidos.

Neste sentido, recomenda-se que a intervenção comunitária seja fortalecida enquanto complemento estratégico à ação do Estado, contribuindo para aumentar a literacia sobre direitos, facilitar encaminhamentos e reduzir o isolamento social das mulheres.

a) Promoção da literacia jurídica e psicossocial

Recomenda-se o desenvolvimento de campanhas comunitárias regulares sobre direitos das mulheres, violência doméstica, violência psicológica, saúde mental, responsabilidade parental e acesso à proteção social. Estas ações deverão utilizar linguagem acessível, formatos culturalmente adequados e metodologias participativas, incluindo rodas de conversa, rádio comunitária, teatro social, palestras locais e materiais visuais simplificados. Importa que a literacia comunitária não se limite à divulgação abstrata de direitos, mas inclua informação concreta sobre onde denunciar, como procurar apoio psicológico, quais os serviços disponíveis e quais os mecanismos de proteção existentes.

b) Parceria com instituições religiosas

O estudo evidencia que muitas mulheres encontram nas igrejas um espaço privilegiado de

acolhimento emocional, escuta e construção de sentido perante o sofrimento vivido.

Recomenda-se, por isso, a capacitação de líderes religiosos para identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, violência e risco psicossocial, promovendo encaminhamentos adequados para serviços especializados. Esta articulação deve ser construída em parceria com os serviços de saúde, ação social e proteção da mulher, garantindo que o apoio espiritual funcione de forma complementar e não substitutiva da intervenção técnica. A cooperação entre estruturas religiosas e serviços especializados poderá contribuir significativamente para reduzir o estigma associado à saúde mental e aumentar a confiança das mulheres na procura de ajuda.

c) Envolvimento de sobas e lideranças tradicionais

Os resultados do estudo demonstram que o direito consuetudinário e as lideranças tradicionais continuam a exercer forte influência na resolução de conflitos familiares e comunitários.

Neste sentido, recomenda-se a integração de sobas e líderes tradicionais em ações de sensibilização sobre igualdade de género, integridade psíquica, prevenção da violência e direitos das mulheres. Importa, também, reforçar a ideia de que a mediação comunitária apenas é legítima quando não compromete a segurança da vítima nem substitui o acesso à proteção formal prevista na legislação nacional.

d) Fortalecimento das redes de solidariedade feminina

Os testemunhos recolhidos revelam que muitas

mulheres enfrentam o sofrimento psicológico de forma isolada, silenciosa e sem apoio emocional continuado.

Recomenda-se, assim, o fortalecimento de redes locais de solidariedade feminina, promovendo grupos comunitários de apoio mútuo, espaços de partilha e mecanismos informais de acompanhamento emocional. Estas redes poderão funcionar como importantes dispositivos de proteção comunitária, facilitando a identificação precoce de situações de risco e incentivando o acesso ao apoio profissional.

4.4. Recomendações à comunidade geral

Os resultados do estudo demonstram que a promoção da saúde mental das mulheres depende igualmente de uma transformação cultural mais ampla, capaz de combater o silêncio, a estigmatização e a naturalização da violência. A mudança necessária ultrapassa a dimensão institucional e exige a participação ativa de homens, mulheres, famílias, escolas, igrejas, meios de comunicação e comunidades locais.

a) Educação masculina e promoção de relações igualitárias

Os resultados do estudo mostram que a transformação das relações de género exige o envolvimento ativo dos homens na construção de relações mais equilibradas, respeitadoras e corresponsáveis.

Desta forma, recomenda-se o desenvolvimento de ações educativas dirigidas aos homens e rapazes sobre igualdade de género, responsabilidade parental, prevenção da

violência, gestão de conflitos, comunicação não violenta e paternidade ativa. Estas ações deverão contribuir para desconstruir modelos tradicionais de masculinidade baseados no controlo, na dominação e na desresponsabilização familiar.

b) Desmistificação da saúde mental

O estudo evidencia que o apoio psicológico continua frequentemente associado a ideias de “fraqueza”, “loucura” ou incapacidade moral, contribuindo para o sofrimento silencioso e para o atraso na procura de ajuda.

A desmistificação da saúde mental constitui uma condição essencial para aumentar o acesso aos cuidados psicológicos e reduzir o isolamento emocional das mulheres. Recomenda-se, por isso, a promoção de campanhas públicas de sensibilização sobre saúde mental, utilizando linguagem simples, testemunhos próximos da realidade comunitária e canais acessíveis à população, incluindo rádio, televisão, igrejas, escolas e redes sociais.

c) Combate à estigmatização das mulheres

Os relatos recolhidos demonstram que mulheres divorciadas, mães solteiras, mulheres sem filhos ou mulheres economicamente independentes continuam frequentemente sujeitas a julgamento social, culpabilização e desvalorização pública.

Desta forma, recomenda-se o combate explícito a discursos e práticas discriminatórias que reforçam a vergonha, o isolamento e a submissão feminina.

A valorização social da mulher deve ultrapassar funções exclusivamente reprodutivas e reconhecer plenamente o seu papel enquanto

cidadã, trabalhadora, cuidadora, líder comunitária e sujeito de direitos.

d) Acompanhamento de agressores e prevenção da reincidência

Os resultados do estudo sugerem que a redução da violência doméstica exige não apenas proteção das vítimas, mas também intervenção sobre os comportamentos agressivos e os ciclos intergeracionais de violência.

Será importante apostar no desenvolvimento de programas de acompanhamento psicológico e socioeducativo dirigidos a agressores, articulados com mecanismos de responsabilização criminal sempre que aplicável. Estas respostas deverão privilegiar prevenção da reincidência, gestão emocional, responsabilização parental e reconstrução de padrões relacionais não violentos.

e) Responsabilidade coletiva e vigilância comunitária

O estudo evidencia que o sofrimento das mulheres continua frequentemente tratado como assunto privado, contribuindo para a invisibilização da violência e para o isolamento das vítimas.

Recomenda-se, assim, o fortalecimento de uma cultura de responsabilidade coletiva, incentivando famílias, vizinhos, líderes comunitários e instituições locais a reconhecer sinais de risco e agir precocemente perante situações de violência ou sofrimento psicológico. Denunciar, encaminhar e proteger devem ser compreendidos como responsabilidades comunitárias fundamentais e não como interferência indevida na vida privada.

4.5. Produção de dados, monitorização e continuidade da investigação

A realização deste estudo evidenciou, igualmente, limitações importantes na disponibilidade de dados sistemáticos e atualizados sobre saúde mental das mulheres, violência psicológica, sofrimento emocional e impacto psicossocial das desigualdades de género em Angola. A ausência de informação desagregada por género, território e condição socioeconómica limita a capacidade de planeamento de políticas públicas sustentadas em evidência científica.

Neste sentido, recomenda-se o reforço da produção regular de dados nacionais sobre violência baseada no género, saúde mental comunitária, maternidade monoparental, dependência económica e acesso a serviços de apoio psicológico.

Importa, igualmente, promover maior investimento em investigação científica sobre sofrimento psicológico feminino, violência emocional, saúde mental comunitária e impacto psicossocial das desigualdades estruturais.

Recomenda-se, ainda, que futuras políticas e programas integrem mecanismos permanentes de monitorização e avaliação de impacto, permitindo ajustar estratégias de forma contínua e territorialmente contextualizada.

4.6. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações decorrentes da sua natureza qualitativa, exploratória e territorialmente situada. Os dados recolhidos permitem compreender experiências, perceções e dinâmicas institucionais relevantes,

mas não possibilitam generalização estatística à totalidade das mulheres angolanas. Acresce que a amostra apresenta maior incidência em contextos urbanos e periurbanos, sobretudo na província de Luanda, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados.

A investigação baseia-se ainda em dados autorrelatados e em perceções de profissionais e especialistas, cuja leitura deve ser compreendida no quadro das experiências e contextos específicos em que foram recolhidos. Esta característica não reduz a pertinência dos resultados, mas delimita o seu alcance interpretativo.

Ainda assim, a triangulação entre análise documental, entrevistas com mulheres, grupos focais com especialistas e profissionais reforça a consistência da análise, permitindo identificar convergências e tensões entre enquadramento legal, práticas institucionais e experiências vividas. Neste sentido, as limitações identificadas devem ser entendidas como elementos de enquadramento da leitura dos resultados e como ponto de partida para investigações futuras, com maior diversidade territorial e amostral.

4.7. Considerações finais das recomendações

Os resultados deste estudo demonstram que a proteção da saúde mental das mulheres angolanas exige respostas integradas, intersectoriais e culturalmente contextualizadas, capazes de transformar direitos formais em proteção concreta e acessível. A promoção do bem-estar psicológico das mulheres depende do fortalecimento institucional, da redução das desigualdades

económicas, da prevenção da violência e da transformação de normas culturais que continuam a legitimar o silêncio e a submissão feminina.

As narrativas recolhidas ao longo do estudo revelam sofrimento e vulnerabilidade, mas também resistência, capacidade de adaptação, solidariedade comunitária e procura ativa de dignidade e autonomia. Neste sentido, as mulheres devem ser reconhecidas como sujeitos de direitos e protagonistas dos processos de mudança social e comunitária.

O estudo evidencia que Angola dispõe de instrumentos jurídicos relevantes para a proteção dos direitos das mulheres e para o reconhecimento da violência psicológica.

Contudo, os dados recolhidos junto das mulheres, especialistas e profissionais sugerem que a existência formal destes instrumentos não garante, por si só, acesso efetivo à proteção, ao acompanhamento psicológico ou a respostas institucionais continuadas. Esta distância entre reconhecimento legal e concretização prática constitui um dos eixos centrais de interpretação dos resultados.

Assim, a concretização efetiva dos direitos das mulheres dependerá, em larga medida, da capacidade coletiva de construir respostas mais próximas, articuladas e comprometidas com a dignidade e a integridade psicológica das mulheres angolanas.



5. CONCLUSÃO

O estudo “Saúde Mental e Direitos da Mulher em Angola” constitui uma análise profunda e multidimensional sobre a intersecção entre os direitos da mulher e a saúde mental das províncias de Luanda, Bengo e Icolo e Bengo, em Angola.

Através de uma abordagem qualitativa e exploratória, o projeto procurou dar voz às mulheres e aos profissionais que atuam no terreno para compreender como a desigualdade estrutural impacta o bem-estar psicológico feminino.

A investigação assentou num desenho metodológico que integrou três estratégias complementares: uma análise documental sistemática do ordenamento jurídico angolano, 30 entrevistas semiestruturadas com mulheres de diversos estratos sociodemográficos; e dois grupos focais com 21 especialistas e profissionais. Esta triangulação permitiu confrontar o quadro normativo com a experiência vivida e com as dinâmicas institucionais de atendimento.

Este estudo revela que a saúde mental das mulheres em Angola é um fenómeno profundamente condicionado por determinantes sociais e lacunas institucionais significativas.

No quotidiano, a realidade feminina é marcada por uma sobrecarga multifacetada, onde a gestão de uma tripla jornada que funde maternidade, lida doméstica e trabalho se torna a fonte primária de exaustão emocional. Para estas mulheres, a verdadeira tranquilidade está intrinsecamente ligada à conquista da autonomia financeira, vista como o pilar essencial para a dignidade e para a liberdade de escolha, embora este percurso seja dificultado

por barreiras estruturais e discriminação explícita no mercado formal, onde a biologia e a maternidade são frequentemente penalizadas.

Neste cenário, observa-se um hiato profundo entre a proteção legal existente e a sua aplicação prática, uma vez que, embora o ordenamento jurídico angolano disponha de instrumentos sólidos como a Lei n.º 25/11, a sua eficácia é comprometida por uma estrutura social patriarcal e machista.

A compreensão dos direitos está a transitar para uma fase de consciência crítica, impulsionada por organizações da sociedade civil e pela igreja, mas o exercício efetivo desses direitos é impedido pela dependência económica e por normas culturais que sobrepõem a obediência ao marido às garantias legais. A fuga à paternidade emerge como uma violação crítica com impacto emocional devastador, gerando uma sobrecarga que isola a mulher e a expõe ao estigma social.

A saúde mental é entendida pelos participantes como um equilíbrio interior necessário para enfrentar lutas internas, sendo frequentemente sitiada por pressões culturais e precariedade económica. O sofrimento emocional é muitas vezes silenciado por uma educação que ensina a mulher a guardar a dor para si, atuando como um veneno psicológico que se manifesta no corpo através de insónias, tremores e, nalguns casos, no recurso ao álcool como fuga. A dependência económica funciona como uma corrente que anula o direito de fuga e proteção, prendendo as mulheres a ecossistemas de violência psicológica onde humilhações e controlo corroem a autoestima e podem levar a estados de desespero profundo ou ideação suicida.

Perante a ausência de uma rede pública

de saúde mental robusta, cerca de 85% das mulheres procuram refúgio primário na igreja e na espiritualidade, onde o líder religioso frequentemente substitui a figura do psicólogo. O acesso a apoio profissional é descrito como um percurso de barreiras marcadas pela falta de informação, elevados custos e disparidades geográficas severas entre os meios urbanos e rurais. Quando a resposta institucional falha, o impacto emocional é de sufocamento, tornando imperativo que o Estado providencie infraestruturas de proximidade.

Para reverter este quadro, os discursos apontam para a necessidade de que as políticas públicas transcendam o modelo assistencialista e se foquem no empoderamento económico e psicológico estruturado.

É fundamental a descentralização do atendimento

através da criação de gabinetes de escuta nas comunidades,

a implementação de leis mais severas contra a fuga à paternidade e o investimento na educação masculina para promover uma mudança de paradigma cultural.

Torna-se também prioritária a criação de uma rede de casas-abrigo que garanta a separação física imediata entre vítima e agressor, além de reformas que acabem com o anonimato dos agressores nos media para reforçar a segurança comunitária.

Em última análise, a saúde mental da mulher angolana depende da transformação dos instrumentos normativos em práticas institucionais humanizadas que devolvam a autonomia e o equilíbrio emocional àquelas que são o pilar das famílias.



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, J.** (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Arthur, S. & Nazroo, J.** (2003). *Designing Fieldwork Strategies and Materials*. In Jane Ritchie e Jane Lewis, *Qualitative Research Practice* (Eds.) (pp. 109 – 137). London: Sage Publications
- Bardin, L.** (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Bernatsky, S., Souza, R., & de Jong, K.** (2007). Mental health in HIV-positive pregnant women: Results from Angola. *AIDS Care*, 19(5), 674–676. <https://doi.org/10.1080/09540120601012705>
- Boakye, D. S., Setordzi, M., Dzansi, G., & Adjorlolo, S.** (2024). Mental health burden among females living with HIV and AIDS in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 4(2), e0002767. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002767>
- Boni, V. & Quaresma, S.** (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Vol. 2, 1 (3), janeiro-julho, 68-80
- Braun, V. & Clarke, V.** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101
- Chandra, P. S., Varghese, M., & Supraja, T. A.** (2017). Women’s mental health. In S. R. Quah (Ed.), *International encyclopedia of public health* (2nd ed., pp. 434–443). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00496-3>
- Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres [CEDAW] (2019). Concluding observations on the combined sixth and seventh periodic reports of Angola (CEDAW/C/AGO/CO/6-7). Nações Unidas
- Correia, J.** (1998). *Para uma teoria crítica em educação*. Porto: Porto Editora
- Creswell, J.** (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Creswell, J.** (2003). *Research Design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2º Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications
- Ferreira, V.** (2004b). Entrevistas focalizadas de grupo: Roteiro da sua utilização numa pesquisa sobre o trabalho nos escritórios. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas - Reflexividade e Acção Atelier: Teorias e Metodologias de Investigação*. Universidade do Minho, Braga, Portugal. Retirado de <http://aps.pt/pt/atas-v-congresso/>
- Finch, H. & Lewis, J.** (2003). Focus Groups. In Jane Ritchie e Jane Lewis, *Qualitative Research Practice* (Eds.) (pp. 170-198). London: Sage Publications
- Fraser, M. & Gondim, S.** (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Revista Paideia*, 14 (28), 139-152
- Hennink, M.** (2014). *Understanding Focus Group Discussions*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780199856169.001.0001>
- Instituto Nacional de Estatística [INE Angola] (2016). *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015–2016*. INE
- Instituto Nacional de Estatística [INE Angola] (2023). *Resultados definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola — 2014 (atualização intercensitária)*. INE
- Lincoln, Y. & Guba, E.** (2006). Controversas paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In Norman Denzin; Yvonna Lincoln e Sandra Netz, *O planeamento da pesquisa qualitativa teorias e abordagens* (pp. 169-192). Porto Alegre: RS Artmed

- Lombardi, M., Ávila, M. & Paula, M. (orgs.)** (2021). O prazer da entrevista em pesquisas qualitativas. Curitiba: CRV
- Maroy, C.** (1997). A análise qualitativa de entrevistas. In Luc Albarello, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Christian Maroy, Danielle Ruquoy e Pierre Saint-Georges (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais* (pp. 117-155). Lisboa: Gradiva
- Minayo, Maria & Sanches, Odécio** (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Ministério da Família e Promoção da Mulher [MINFAMU] (2020). Relatório de avaliação da implementação da Lei n.º 25/11 — Lei Contra a Violência Doméstica. MINFAMU
- Nascimento, E. de F. G. A. do, Ribeiro, A. P., & Souza, E. R. de.** (2014). Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6), 1229–1238. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103613>
- ONU Mulheres Angola. (2022). Relatório de situação: Igualdade de género e empoderamento das mulheres em Angola. ONU Mulheres
- Polak, M.; Mishkov, L. & Williams, C.** (2015). Designing Focus Groups and Experiments to Evaluate Policy Approaches and Measures for Tackling Undeclared Work. Retirado de <https://ssrn.com/abstract=2565389>
- Punch, K.** (1998). Introduction to Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches. London: Sage Publications
- Ritchie, J.** (2003). The Applications of Qualitative Methods to Social Research. In Jane Ritchie e Jane Lewis, *Qualitative Research Practice* (Eds.) (24-46). London: Sage Publications
- Sá-Silva, J.; Almeida, C. & Guindani, J.**(2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Ano I - Número I – Julho, 1-15
- Silva, I. & Amendoeira, J.** (2018). O uso da narrativa no paradigma da investigação qualitativa. *Revista Da UI_ IPSantarém*, 6(2), 29–40. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16127>
- Snape, D. & Spencer, L.** (2003). The Foundations of Qualitative Research. In Jane Ritchie e Jane Lewis, *Qualitative Research Practice* (Eds. - p. 1-23). London: Sage Publications
- Spedding, M. F., Ofori-Atta, A., Stein, D. J., Sorsdahl, K. R., & Lund, C.** (2020). Prioritising women’s mental health for the achievement of the SDGs in Africa. In *Sustainable development goals series* (pp. 123–133). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14857-7_12
- Spencer, L.; Ritchie, J. & O’Connor, Wi** (2003). Analysis: Practices, Principles and Processes. In Jane Ritchie e Jane Lewis, *Qualitative Research Practice* (Eds. - p. 199 – 218). London: Sage Publications
- Stake, R.** (2007). *Investigación con estudio de casos* (4ª Ed). Madrid: Ediciones Morata
- Yaya, S., Kunnuji, M. O. N., & Bishwajit, G.** (2019). Intimate Partner Violence: A Potential Challenge for Women’s Health in Angola. *Challenges*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.3390/challe10010021>
- Yin, R.** (2009). *Case study research: design and methods* (Fourth Edition). Thousand Oaks: Sage Editions.

Legislação Consultada

- Angola. (2011). Lei n.º 25/11, de 14 de julho — Lei Contra a Violência Doméstica. *Diário da República*, I Série, n.º 133
- Angola. (2013). Decreto Presidencial n.º 222/13, de 24 de setembro — Política Nacional para a Igualdade e Equidade de Género. *Diário da República*, I Série, n.º 183
- Angola. (2024). Resolução n.º 17/24 — Ratificação do Protocolo da SADC sobre Saúde. *Diário da República*, I Série

APÊNDICES

Apêndice 1

Apêndice 2

Apêndice 3

Apêndice 1 _ Caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas

Codificação	Localidade	Idade	Escolaridade	Ocupação / profissão	Estado civil	Nº filhos	Com quem vive	Situação financeira
E1	Kilamba	S/I*	Universitária (3º Ano)	Decoradora	Casada	1	Sozinha	Regular
E2	Benfica	54	Licenciada (Ed. Ciência)	Professora	Casada	3	Com a Família	Estável
E3	Capolo II	S/I	Ensino Médio	Professora (Secundário)	Casada	6	Com a Família	Estável
E4	Viana, Mulenvo	46	Licenciada (Sociologia)	Professora	Casada	3	Com a Família	Regular
E5	Talatona	47	Universitária (1º Ano)	Desempregada	Casada	3	Marido e filhas	Precária
E6	Cazenga	25	Universitária (4º Ano)	Estudante	Solteira	0	Mãe e irmãs	Difícil
E7	Cacuaco	S/I	Médio (Superior trancado)	Professora/ Negociante	Solteira	0	Com os pais	S/I
E8	Barra do Ndande	46	Universitária (4º Ano)	Professora	Solteira	2	Com as filhas	S/I
E9	Benfica	48	Ensino Médio	Vendedora/ Desempregada	Separada	4	Filhos e neta	Preocupante
E10	Panguila	56	6ª Classe	Vendedora de comida	Solteira	6	Filho	Em recuperação
E11	Zango	31	Bacharel (Enfermagem)	Professora / Formadora	Solteira	0	Irmãos	Regular
E12	Zango	21	Médio (Enfermagem)	Desempregada	Solteira	S/I	Pai e irmãos	S/I
E13	Cazenga	27	Universitária (1º Ano ES)	Cabeleireira	Solteira	0	Com a mãe	Dependente
E14	Fobú	S/I	Licenciada	Professora	Casada	5	Família alargada	Difícil
E15	S/I	49	Licenciada	Funcionária Pública	Separada	S/I	S/I	Razoável
E16	Kilamba	S/I	Técnico (UX Design)	Estudante	Casada	1	Marido e filho	Normal
E17	Kilamba	S/I	Licenciada (Direito)	Funcionária Pública	Divorciada	3	Com os filhos	Insatisfatória
E18	Fubú, Talatona	45	Licenciada (Psicologia)	Bombeira	Casada	4	Família	Razoável
E19	Talatona	S/I	Médio / Ensino Sec.	Estudante	Solteira	0	Com os pais	Dependente
E20	Golfe 2	24	Licenciada (C. Criminais)	Prof. Estagiária	Solteira	1	Pais e filho	Complicada
E21	Zango 4	27	Universitária (Psicologia)	Professora	Solteira	0	Família	Razoável
E22	Malueca	21	Universitária (1º Ano)	Estudante	Solteira	0	Pais	Desequilibrada
E23	Cacuaco	25	Médio (Professora)	Doméstica	Casada	2	Marido e filhos	Crítica
E24	Bairro Mundial	51	6ª Classe	Zungueira	Solteira	8	Com os filhos	Difícil
E25	Mundial	S/I	4ª Classe	Lavadeira / Trancista	Casada	3	Família	Difícil
E26	Zango	23	Universitária	Estudante	Solteira	0	Irmãos	S/I
E27	Kilamba Kiaxi	S/I	Universitária (2º Ano)	Docente	S/I	S/I	S/I	S/I
E28	Sambizanga	S/I	Universitária	Estudante / Vigilante	Solteira	0	Família	Estável
E29	Kalulo	60	2ª Classe	Doméstica	Viúva	7	Filhos e netas	S/I
E30	Kilamba	S/I	10ª Classe	Jornalista	Solteira	3	Com os filhos	Razoável

Legenda: *S/I – Sem Informação

Apêndice 2

_ Guião de Entrevista Dirigido as Mulheres Participantes

Bloco 1 – Vida quotidiana e contexto

Pode falar um pouco sobre o seu dia-a-dia e as principais responsabilidades que tem enquanto mulher?

O que considera importante para que uma mulher viva bem e com tranquilidade nesta comunidade?

Bloco 2 – Direitos da mulher no quotidiano

Quando se fala em direitos da mulher, o que é que isso significa para si no dia-a-dia?

Onde costuma ouvir falar desses direitos (por exemplo na família, na escola, nas igrejas, na rádio, na televisão, em associações ou em serviços públicos)?

Na sua opinião, esses direitos são respeitados na vida das mulheres aqui? Porquê?

Há diferenças na forma como mulheres mais novas e mulheres mais velhas vivem ou exercem esses direitos?

Bloco 3 – Saúde mental e sofrimento emocional

Quando ouve a expressão “saúde mental”, o que entende por isso?

Que situações da vida afetam mais o bem-estar emocional das mulheres?

Como é que as mulheres costumam demonstrar tristeza, preocupação, medo ou cansaço emocional?

Quando uma mulher se sente assim, costuma procurar alguém para conversar ou prefere guardar para si?

A quem é mais comum pedir ajuda nesses momentos?

Falar sobre problemas emocionais é fácil ou difícil nesta comunidade? Porquê?

Bloco 4 – Desigualdades, violência e impacto emocional

Em que situações sente que as mulheres enfrentam mais dificuldades do que os homens?

De que forma situações como humilhação, controlo, ameaças ou violência psicológica afetam o equilíbrio emocional das mulheres?

O que acontece, do ponto de vista emocional, quando uma mulher procura ajuda e não encontra resposta?

A dependência económica influencia a permanência das mulheres em relações que lhes causam sofrimento? De que maneira?

Condições como pobreza, desemprego, maternidade, idade ou local de residência influenciam a saúde mental das mulheres? Como?

Bloco 5 – Apoios existentes e respostas locais

Quando uma mulher está em sofrimento emocional, onde pode procurar apoio nesta comunidade?

Que pessoas, serviços ou instituições costumam apoiar melhor as mulheres?

Existem serviços de saúde mental ou apoio psicológico acessíveis às mulheres nesta zona?

Quando recorrem a esses serviços, as mulheres sentem-se acolhidas e seguras? Porquê?

Existem diferenças no acesso a apoio entre zonas urbanas e zonas rurais?

O que mais dificulta o acesso das mulheres a ajuda adequada quando estão em sofrimento emocional?

Bloco 6 – Propostas e recomendações

Na sua opinião, o que deveria mudar para

melhorar a saúde mental das mulheres nesta comunidade?

Que tipo de apoio faria mais diferença na vida das mulheres quando enfrentam dificuldades emocionais?

O que os serviços de saúde, a justiça, as igrejas e as autoridades locais poderiam fazer melhor para apoiar as mulheres?

O que as próprias mulheres e as comunidades podem fazer para se apoiarem mutuamente?

Se pudesse deixar uma mensagem a quem toma decisões sobre políticas públicas para as mulheres, qual seria?

Encerramento

Há algum assunto importante que não tenhamos abordado e que considere relevante partilhar?

Apêndice 3 **_ Guião de grupos focais** **dirigido a profissionais e** **especialistas**

Bloco 1 – Enquadramento legal e institucional dos direitos da mulher e da saúde mental.

Podem dizer, de forma geral e sem casos identificáveis, em que tipo de trabalho estão envolvidos/as neste momento no que toca à saúde mental, apoio psicossocial, proteção às mulheres, justiça, apoio social ou apoio comunitário?

Na vossa experiência profissional, quando falamos em 'direitos da mulher' no vosso contexto institucional, do que estamos a falar exatamente? Como é que essa ideia aparece nos vossos documentos, formações, orientações internas?

Até que ponto consideram que a legislação sobre violência doméstica e proteção da mulher (por exemplo, a lei que criminaliza violência doméstica e reconhece violência psicológica como lesão) está presente no vosso trabalho do dia a dia? É algo que orienta práticas, ou é algo mais teórico/jurídico que raramente chega ao terreno?

Quando uma mulher chega com sinais de sofrimento emocional associado a violência doméstica, há procedimentos formais que dizem o que deve ser feito (encaminhamento psicológico, proteção imediata, participação às autoridades)? Esses procedimentos estão escritos? São conhecidos? São aplicados?

Na prática, quando falamos em 'apoio psicológico gratuito' previsto em lei para mulheres vítimas de violência, como é que isso se concretiza aqui? Onde é que essa mulher efetivamente é atendida, por quem, e durante quanto tempo?

Bloco 2 – Saúde mental e sofrimento psicológico das mulheres que procuram ajuda

Quais são, a partir da vossa observação direta, os problemas psicológicos e emocionais mais frequentes entre as mulheres que chegam aos vossos serviços? (por exemplo, ansiedade, depressão, medo constante, insónias, traumas relacionados com violência, stress associado ao cuidado da família, etc.)

Quando as mulheres procuram ajuda emocional/psicológica, o que elas próprias dizem que está a causar o sofrimento? Violência? Conflitos familiares? Pressão económica? Perda? Cuidado de familiares doentes? Outras razões?

Há diferenças entre mulheres jovens, mulheres adultas e mulheres mais velhas, na forma como descrevem o sofrimento e pedem ajuda? E entre mulheres de zonas mais urbanas e zonas mais periféricas/rurais?

Na vossa perceção, o estigma associado a procurar apoio em saúde mental ainda é uma barreira para as mulheres? De que forma esse estigma se manifesta? Quem desvaloriza ou desencoraja a procura de apoio psicológico (família, parceiros, vizinhança, líderes religiosos, profissionais de saúde)?

As mulheres falam em medo de represálias quando pensam em denunciar violência psicológica ou física por parte de parceiros? Esse medo afeta o bem-estar emocional delas? Como?

Bloco 3 – Impacto das limitações no exercício dos direitos da mulher sobre a saúde mental

Podem descrever situações típicas (sem nomes) em que uma mulher procura ajuda porque vive violência psicológica ou física, mas depois não consegue proteção efetiva? O que acontece emocionalmente a essa mulher quando percebe que ‘não há saída imediata’?

Quando há dificuldades em fazer valer direitos — por exemplo, acesso à proteção policial, medidas de afastamento do agressor, apoio económico para sair de casa, continuidade do acompanhamento psicológico — que efeitos observam na saúde mental dessa mulher nas semanas/meses seguintes?

Em que medida a dependência económica e o medo de ficar sem recursos básicos (casa, comida, sustento dos filhos) condiciona as decisões destas mulheres de denunciar violência ou de continuar num relacionamento abusivo? Que impacto emocional isso tem nelas?

Do vosso ponto de vista, há necessidades de saúde mental específicas das mulheres (por exemplo, trauma por violência doméstica repetida, depressão pós-parto num contexto de abuso, sobrecarga de cuidado familiar extremo) que o sistema de saúde ainda não reconhece formalmente como prioridade?

Bloco 4 – Respostas existentes no território e articulação entre atores

Quando uma mulher chega em sofrimento emocional devido a violência ou a um contexto de risco, quem são, aqui no território, os primeiros pontos de resposta? (centro de saúde? Polícia? Psicólogo municipal? Igreja? Organização de mulheres? Família alargada?)

Existem serviços ou gabinetes específicos que acompanhem mulheres vítimas de violência com apoio psicológico continuado, e não apenas numa única sessão? Onde estão? Quem coordena? Como é que as mulheres chegam lá?

Como se articula, na prática, a área da saúde mental com a justiça/segurança e com a assistência social? Há comunicação direta entre profissionais de saúde mental, polícia, tribunal, e serviços de ação social, ou cada setor atua isoladamente?

Há limitações territoriais? Ou seja: há serviços que existem no centro urbano, mas não existem nos bairros periféricos / nas comunas / nas localidades mais afastadas? Que consequências isso tem para as mulheres que vivem mais longe?

Quem tem assumido, de forma mais ativa, a defesa destas mulheres? O Estado? As igrejas? As associações de bairro? As ONG? E como avaliam a qualidade dessa atuação?

Bloco 5 – Recomendações e propostas de melhoria

Se pudessem propor uma mudança imediata para melhorar a saúde mental das mulheres aqui, qual seria? (pode ser algo simples e concreto, não precisa ser reforma nacional)

O que é que falta hoje para que as mulheres tenham acompanhamento psicológico contínuo e seguro quando sofrem violência doméstica ou emocional? Falta de profissionais? Falta de financiamento? Falta de coordenação entre serviços? Falta de vontade política local?

Que tipo de formação ou sensibilização deveria ser obrigatória para polícia, profissionais de saúde, professores, líderes comunitários e religiosos, para conseguirem reconhecer sinais de sofrimento psicológico e encaminhar a tempo?

O que seria necessário para que denunciar violência deixasse de colocar a mulher em maior risco emocional e físico? Que dispositivos de proteção imediata fazem falta (abrigo temporário, subsídio de emergência, acompanhamento psicológico diário na primeira semana, etc.)?

Como é que as próprias comunidades podem ter um papel mais protetor e menos culpabilizador? O que mudaria na forma como vizinhos, família alargada e lideranças religiosas reagem quando uma mulher diz 'estou a sofrer violência e preciso de ajuda'?

Encerramento

Há alguma questão que considerem essencial e que eu não tenha perguntado, relacionada com saúde mental das mulheres, direitos, violência e respostas disponíveis neste território?

