



# JORNADAS CIENTÍFICAS

## OS IMPACTOS DA PANDEMIA COVID-19 EM ANGOLA

COVID-19 E SAÚDE PÚBLICA EM ANGOLA:  
ALGUMAS NOTAS PARA UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA  
DO PROBLEMA E SEUS IMPACTOS

 Prof. MSc Garcia Quitari

**Organização e Promoção:**

## ÍNDICE

- **Resumo**  
P. 3
- **Considerações iniciais**  
P. 4
- **Saúde pública: da concorrência à convergência**  
P. 4
- **Saúde como realidade social: relações possíveis?**  
P. 6
- **Quadro da política e situação de saúde em Angola**  
P. 6
- **Cultura e Representações sociais de saúde e doença**  
P. 9
- **À título de considerações finais: ensinamentos actuais da pandemia e lições para o pós-covid 19**  
P. 10
- **Referências bibliográficas**  
P. 12

Todosos direitos reservados  
**IMETRO /CEICIN**  
Centro de Estudos e Investigação Científica  
Av. 21 de Janeiro, Travessa de Talatona, s/n,  
Campus do Instituto Superior Metropolitano de Angola  
1º Andar, Edifício da Biblioteca  
Contacto: (+244) 913 027 014 / 222 779 731 / Fax: (+244) 915 845 338  
E-mail: [Info@ceicn.com](mailto:Info@ceicn.com)  
[www.ceicn.com](http://www.ceicn.com)

**Director Geral:**  
Prof. Doutor Zakeu A. Zengo

**Abordagem/Palestrante:**  
Prof. MSc Garcia Quitari

**Comissão Científica das Jornadas:**

Prof. Dr. Zakeu A. Zengo, Director CEICin (Coordenação geral)  
Prof. Dr. Francisco Kapalo Ngongo, Director Técnico do CEICin (Editor)  
Prof. Dr. Luís Kandjimbo, DG IMETRO (Supervisão)  
Prof. Dr. Mílvio Perez, DAEX/IMETRO (Pareceirista)  
Prof. Dr. Jeremias Teca (Revisor, pareceirista)  
Prof. MsC. Dulce Ditutala (Pareceirista)  
Prof. Dr. Luís Arestuche (Pareceirista)

**Capa, Paginação e Artefinalização:**  
Cusmin Bongo Gongga

# COVID-19

## E SAÚDE PÚBLICA EM ANGOLA

### ALGUMAS NOTAS PARA UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA DO PROBLEMA E SEUS IMPACTOS

---

#### Resumo

A crise de saúde pública causada pelo coronavírus trouxe consequências graves não apenas para saúde, mas também para quase todos os sectores da sociedade. Entretanto, apesar do seu carácter global e ao contrário do que à primeira vista supõe, seus efeitos não são democráticos e homogêneos. A nível internacional, mostraram-se definitivamente reveladores das consequências das grandes diferenças de desenvolvimento entre países, uns com maior capacidade de respostas às adversidades relativas à saúde, educação, economia e finanças etc, enquanto outros encontram maiores dificuldades para acudir as populações face à precariedade dos sistemas sociais e a maior dependência de recursos. Num caso e no outro, a pobreza tornou-se o segundo maior adversário da luta contra a Covid 19 a ser enfrentado por cada país. Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é, a partir de breves apresentações de algumas ideias e debates estabelecidos no campo da saúde pública, reflectir sobre a política e a situação da saúde em Angola no contexto da Covid 19. Trata-se de uma abordagem geral, empírica, mas teoricamente informada, mas que pode constituir um modesto contributo na medida em que lança ideias que podem resultar em investigações futuras.

#### Palavras-chave:

Angola, Covid-19, Saúde pública.

---



**GARCIA NEVES QUITARI**

---

Doutorando em Sociologia pela Escola de Sociologia e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa. Mestre em Ciências Jurídicas e Sociais pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia e Direito e licenciado em Ciências Sociais, ambos pela Universidade Federal Fluminense. É professor efetivo da Faculdade de Ciências Sociais da UAN e investigador colaborador do Centro de Estudos de Investigação Científica do IMETRO.

## • Considerações iniciais

Para quase toda a população mundial, para não dizer toda, esta é primeira vez que se vivencia uma pandemia. Entretanto, já é de conhecimento comum de que não se trata da única na história da humanidade<sup>1</sup>. Contudo, num mundo mais globalizado do que no passado, em que rápida e largamente a epidemia se proliferou, as medidas de governos, as atitudes individuais e colectivas, os sentimentos e emoções mostraram-se bastante semelhantes. Dentre tantas semelhanças, o sentimento de incerteza é indiscutivelmente o mais evocado.

De repente, a incerteza surge como novidade quando na verdade a incerteza é, sempre foi e sempre será ela ontológica. Se existe alguma coisa mais verdadeira na natureza, esta é a incerteza. Assim, ao contrário desta ideia corrente e na tentativa de provocar uma reflexão, pretendemos sublinhar que em meio as tantas dúvidas, existe algumas certezas que resultam da História, quer no sentido de eventos passados quer no sentido da acção humana. É a vivência humana que permite-nos ter algumas certezas.

Por conseguinte, existem algumas certezas relativamente às pandemias e sobre as quais os cientistas sociais deveriam desafiar-se em pensar. Cito aqui apenas três. A primeira é que os contextos de todas as pandemias são bastantes diferentes do ponto de vista histórico, caracterizados por diferenças de várias dimensões fundadas no nível de conhecimento científico e tecnológico, no índice demográfico e de urbanização.

A segunda certeza decorre do facto de que, paradoxalmente, a actual crise de saúde pública global suscitar, no fundo, questões tão antigas quanto àquelas colocadas pelo menos desde o início do século XX, a exemplo da desigualdade de acesso à saúde e a influência das condições socioambientais na relação saúde-doença. Mas também pode ensejar discussões sobre a institucionalização, controle social, bioética, vigilância e punição, representações sociais de saúde, a sobreposição da Medicina sobre outras ciências etc, aspectos que, de resto, foram bastante problematizados nas Ciências Sociais. A terceira certeza, que deriva directamente das duas anteriores, é que esta crise deverá permitir que sejam recuperados vários dos debates, dentre os quais

<sup>1</sup> Ver, por exemplo: Martino, 2017.

os já acima referidos, mas também debates mais focados nas políticas públicas de saúde, que incidirão sobre os paradigmas de sistemas de saúde, nomeadamente, no que diz respeito à capacidade de enfrentamento de situações similares e a cobertura dos cuidados de saúde. E na esteira de tudo isso, as discussões sobre investimentos e formas de financiamento dos serviços de saúde serão de certeza inevitáveis. Contudo, o propósito deste artigo não é tratar de certezas e incertezas muito menos de complexos temas filosóficos.

O objetivo deste artigo é, a partir de breves apresentações de algumas ideias e debates estabelecidos no campo da saúde pública, reflectir sobre a situação da saúde em Angola no contexto da Covid 19. Naturalmente, tal abordagem só é possível numa perspectiva muito geral, a qual se impõem, à partida, os limites dados pela ausência de estudos mais ou menos prolongados. De qualquer forma, este texto não deixa de constituir um modesto contributo na medida em que pretende lançar ideias que podem resultar em investigações futuras, mais concretas e robustas. Portanto, ciente do plano genérico e empírico da abordagem, não nos interessa a definição de conceitos e de teorias senão, e apenas na medida necessária, para estabelecer relações inteligíveis, por um lado, entre factores sociais e saúde pública e, por outro lado, entre as referidas ideias/debates vis à visa realidade da saúde pública em Angola.

---

### **DENTRE TANTAS SEMELHANÇAS, O SENTIMENTO DE INCERTEZA É INDISCUTIVELMENTE O MAIS EVOCADO.**

---

## • Saúde pública: da concorrência à convergência.

A saúde pública é um campo profissional e científico caracterizado pela convergência de diversas áreas de saber, mas também é um campo de concorrência entre diferentes disciplinas. Estas duas características aparentemente contraditórias não só não a tornam contraproducente, mas como expressam, como veremos mais adiante, uma especificidade própria à sua constituição.

Trata-se de um campo cuja contribuição multidisciplinar é quase indispensável. Nestes termos, contribuem para o seu campo de actuação grande parte das Ciências Sociais, dentre as quais, a História, Geografia, Psicologia, Antropologia e Sociologia. No que se refere à Sociologia, as contribuições são imensas, resultado das múltiplas subdivisões de campos que ela sofreu aproximadamente nas últimas cinco (Nunes, 2008). São alguns destas subdisciplinas: a Sociologia da Saúde, Sociologia da Família, Sociologia do Corpo, Sociologia do Gênero, Sociologia das Organizações etc. Do ponto de vista teórico, as contribuições destacam-se os imputes das teorias estruturalistas-funcionalistas, a teoria marxista e o interacionismo simbólico, por exemplo (Nunes, *Ibidem*)<sup>2</sup>.

No geral, a Sociologia da Saúde oferece um conjunto de ferramentas analíticas sem as quais fica mais difícil compreender o fenómeno da saúde na sua perspectiva colectiva. Como sugere Carapinheiro (2011), existem várias questões que relacionam saúde à sociedade, cultura, criando um complexo e dinâmico campo de conhecimento (LANGDON & WIJK, 2010). Questões tais como o envelhecimento, as desigualdades sociais, representações sociais, e formas terapêuticas, saúde reprodutiva, acesso à serviços de saúde, políticas de saúde e muitas outras, se reflectem no binómio saúde-doença.

Pode-se afirmar que a concorrência na constituição do campo da saúde pública decorre directamente, grosso modo, do seu objecto: a saúde. Aqui, cabe trazer à título de um debate primordial, mas ainda muito actual sobre, por exemplo, quem define saúde e doença. A rigor, a própria definição da OMS, saúde como bem-estar psíquico, físico e social não somente abre margem para dúvidas em relação a possibilidade de uma pessoa reunir estes três bens ao longo da vida, mas como também se considera ainda muito abrangente<sup>3</sup>. Seja como for, existe um debate de fundo em torno da autoridade e legitimidade para definir o que é saúde e o que é doença. Há também ideias que se prendem no primado de que a saúde é sempre mais colectiva do que individual, já que o indivíduo humano é sempre um ser social. Estes debates são longos no tempo e no espaço, com vários autores, mas basicamen-

<sup>2</sup> Ver também, Nunes, 2006.

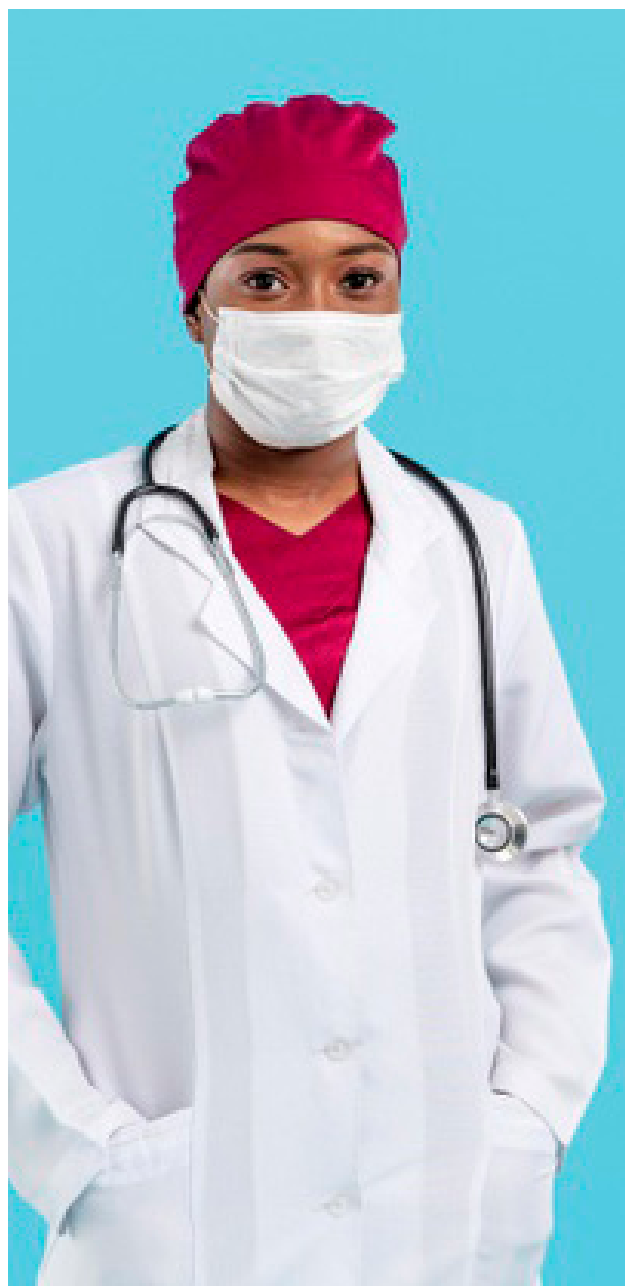
<sup>3</sup> Sobre a definição da OMS, ver BUSS e Filho (2007).

te estabelecem relações de complementaridade ou de contraposição entre a Medicina e outros campos disciplinares. Um exemplo desta contraposição dá-se entre o indivíduo (biológico) e indivíduo (social).

---

**A SAÚDE PÚBLICA É UM CAMPO  
PROFISSIONAL E CIENTÍFICO CARACTERIZADO  
PELA CONVERGÊNCIA DE DIVERSAS ÁREAS  
DE SABER, MAS TAMBÉM É UM CAMPO DE  
CONCORRÊNCIA ENTRE DIFERENTES DISCIPLINAS.**

---



## • Saúde como realidade social: relações possíveis?

Laurell (1982), por exemplo, refere que existem dois paradigmas que concorrem para definição de doença, nomeadamente, o paradigma médico-biológico e o paradigma médico-social<sup>4</sup>. Segundo ela, o primeiro não responderia mais aos problemas de saúde na forma como se apresentam no mundo actual, tendo em conta, por exemplo, o aumento de doenças decorrentes de comportamentos e estilos de vida. Ressalta como prova disso a transição do perfil patológico, sobretudo em países desenvolvidos, nos quais as doenças de origem “biológicas” vem perdendo espaço para a incidência de doenças derivadas de comportamentos sociais. Propõe então a ideia de se pensar saúde e doença como processo social. Complementarmente a esta ideia, defende que se atente à questão das determinações sociais da doença.

Resumindo: não obstante a manifestação biológica, a doença como processo social considera que o carácter social da doença não se verifica no caso clínico propriamente, mas na forma como as pessoas vivem, adoecem e morrem. Assim como entre países, dentro de cada sociedade existem perfis patológicos distintos directamente relacionados às diferenças de classes e grupos sociais. Estas diferenças de perfis patológicos não têm a ver apenas com o avanço da prática médica em si, dado, por exemplo, pelas descobertas e disponibilidade de vacinas, mas também com as condições sociais de vida das pessoas.

É necessário, para fazer jus à autora, realçar que não se trata de um determinismo social. O que a autora defende é uma posição histórico-materialista segundo a qual as condições sociais em que as pessoas vivem são importantes para explicar a forma como estas adoecem e, provavelmente, como morrem. Quando se olha para a sociedade angolana, por exemplo, pode-se conjecturar diferentes perfis patológicos, associados às condições de vida. Evidentemente, um perfil majoritário de pessoas que padecem e morrem de doenças infectocontagiosas como a Malária, doenças diarreicas e as doenças respiratórias agudas, associados à pobreza (malnutrição, falta de saneamento básico e péssimas condições de ha-

<sup>4</sup> Sobre o paradigma bacteriológico, ver também: BUSS e Filho (2007) e Carvalho e Buss (2008).

<sup>5</sup> Ver também Carvalho e Buss, 2008.

bitabilidade) e um outro perfil, mais prevenidos destas patologias, cujas pessoas tendem a morrer de doenças cardiovasculares, diabetes e doenças degenerativas etc. Tratar-se-ia então de uma distribuição de enfermidades aos diferentes grupos ou classes sociais.

Do ponto de vista de países, a autora também apresenta dados comparativos interessantes, que nos permitem pensar como a composição demográfica dos Estados Unidos da América pode explicar o elevado índice de mortalidade por Covid 19, por exemplo, quando comparado com países com populações mais jovens. E, por fim, vale também destacar a questão das determinantes sociais de saúde, às quais a autora faz referência como factores decorrentes das condições objectivas em que as pessoas vivem e trabalham, como exemplos, a condições de moradia, alimentação, transportes etc.

---

### **QUANDO SE OLHA PARA A SOCIEDADE ANGOLANA, POR EXEMPLO, PODE-SE CONJECTURAR DIFERENTES PERFIS PATOLÓGICOS, ASSOCIADOS ÀS CONDIÇÕES DE VIDA.**

---

## • Quadro da política e situação de saúde em Angola.

As Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são abordadas também por várias correntes teóricas, mas existe entre estas algum nível de consenso no que diz respeito à sua definição mais ampla. Em linha gerais, diz respeito aos factores económicos, sociais, culturais, comportamentais e psicológicos que influenciam na saúde (BUSS E FILHO, 2007). Nesse sentido, trata-se também dos diversos factores que potencializam riscos à saúde. Do Ponto de vista da governação, a acção da saúde pública pressupõe a intervenção política na vida social para identificar e eliminar estes factores (BUSS E FILHO, *ibidem*)<sup>5</sup>.

Certamente, as DSS apresentam pesos diferentes de sociedade para sociedade. No caso



de Angola, elas constituem um grande adversário contra a política de saúde. Por esta razão, estão reflectidas na Política Nacional de Saúde (PNS), o que significa um reconhecimento político do Estado, primeiro, sobre as condições gerais de saúde da população e, segundo, sobre o impacto que as DSS possuem para o sucesso das políticas de saúde.

Em termos da governação, a saúde em Angola é abordada através de intervenção sectorial (Ministério da Saúde) com base da PNS, cujos objectivos, nomeadamente, a prevenção de doenças e prestação de serviços de saúde à população, requerem algum nível demultissectorialidade.

Entretanto, não existe em Angola uma (sub) política nacional de saúde pública, nem uma distinção clara entre Medicina de Saúde Pública e Medicina Assistencial. O que existe são programas de saúde pública, tais como os Programas de Combate à Malária, a Tuberculose, Programa de Saúde Materno-infantil etc todos contidos ou orientados no mais alto nível pela PNS na qual estão traçadas as estratégias globais de médio e longo prazos (ANGOLA, 2010) <sup>6</sup>. Junto com a Lei de Bases da Saúde constituem as bases de organização e de funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, que se subdivide em Serviço Nacional de Saúde, isto é, serviço público de saúde, subsistema privado e subsistemas militar e filantrópicos (OLIVEIRA, 2010).

Por conseguinte, uma análise do quadro

da saúde em Angola não pode começar senão pelo escrutínio da própria política nacional, em termos de seus objectivos, para depois, também necessário, olhar para os meandros da sua execução, especialmente no se refere às capacidades financeiras, técnicas e humanas para o alcance dos seus objectivos. Neste aspecto, a própria PNS

já apresenta um balanço no qual reflecte os pontos fortes e os pontos fracos do sector da saúde em Angola. Por exemplo, para citar apenas alguns, refere como pontos fortes a universalidade e a gratuidade dos serviços públicos de saúde, mas reconhece como pontos negativos as insuficiências de recursos humanos, tecnológicos e a fraca cobertura nacional, que até 2010 era na ordem dos 40% (ANGOLA, 2010).

A PNS também reconhece o peso das DSS para o alcance de seus objectivos.

Por isso, quando se analisa o quadro da política articuladamente com a situação da saúde da população em Angola, deve-se deslocar atenção para o contexto geral do desenvolvimento do país, precisamente para o (in)sucesso das políticas nacionais de outros sectores, dado o alto grau de dependência e transversalidade que a saúde possui em relação eles.

Naturalmente, alguns sectores podem possuir mais peso no impacto à saúde do que outros, como a educação, habitação, ambiente, energia e águas, mas no geral, a multidimensionalidade da saúde pode requer o contributo de muitos outros sectores como o da protecção so-

---

**NÃO EXISTE EM ANGOLA UMA (SUB) POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, NEM UMA DISTINÇÃO CLARA ENTRE MEDICINA DE SAÚDE PÚBLICA E MEDICINA ASSISTENCIAL**

---

<sup>6</sup> Ver também Oliveira, 2010.

cial, cultura e urbanismo. Nesta perspectiva, a situação da saúde em Angola pode ser considerada como deficiente, tendo em conta a persistência de factores negativos que impactam na qualidade de vida e de bem-estar, tais como as más condições de saneamento básico e os elevados índices de pobreza, também - em grande medida - pela insuficiência dos resultados alcançados pelos outros sectores do Estado. Segundo dados do Plano de Desenvolvimento Nacional (2017), 59% dos resíduos sólidos são depositados ao ar livre num cenário em que as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas constituem quase metade das causas de mortes de crianças dos 0 aos 5 anos de idade.

Consequentemente, o desenvolvimento da saúde depende de políticas capazes de articular, coordenar as acções e criar sinergias entre os diferentes departamentos ministeriais. Deste modo, surge a necessidade de elaboração de políticas públicas concretas, que possam ir além de definição de programas e projectos sectoriais diferenciados, supostamente, concorrentes para a melhoria da saúde.

Efectivamente, as políticas públicas em Angola constituem ainda mais uma quimera do que um facto. Por exemplo, a intersectorialidade entre os diferentes sectores do Estado é mais ou menos articulado no nível da elaboração de planos do que no da execução. Um outro exemplo, tem sido a descontinuidade das acções do Estado face às alternâncias dos gestores públicos. Ao contrário, uma situação normal de implementação de políticas públicas deveria garantir a execução de uma agenda mínima, pouco suscetível às preferências subjectivas dos gestores públicos.

Além disso, do ponto de vista da execução dos programas sectoriais, elas se caracterizam por um descompasso seja em termos das medidas, de execução, seja no que se refere aos resultados. Por exemplo, no programa de combate à Malária, as acções de distribuição de mosquiteiros parecem ter avançado muito mais do que as de pulverização e eliminação de vectores que transmitem a doença, que é responsável por mais de 45% das mortes no país (PNDS, 2012). A situação de descompasso é pior nos programas transversais, aos quais se impõe a intersectorialidade como, por exemplo, relativamente à saúde, ambiente e urbanismo.

Num contexto em que o perfil epidemiológico indica que 50% das doenças prevalentes são infectocontagiosas, o fraco avanço no sector de urbanismo e ambiente continuará a condicionar os resultados da PNS. Para um exemplo mais concreto, note-se que a acção de lavagens das mãos consta de programa de saúde escolar em torno da qual se articulam o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Certamente, este programa não pode ter alcançado 100% dos seus objectivos pelo facto de que a maioria das escolas do país não possui água canalizada.

De modo geral, todas estas questões condicionam a luta contra a Covid 19, numa altura em que apenas 32% da população urbana do país possui instalações sanitárias adequadas e mais quase 40% não possuem acesso à água corrente com frequência (INE, 2017). Em síntese, além das deficiências internas, tais como mal o funcionamento da rede de assistência, com estruturas, em alguns casos, inadequadas, a fraca coordenação dos níveis de cuidados de saúde, o défice de quantidade e qualidade recursos humanos e financeiros, o sector da saúde ainda é por demais pressionado pelo fraco desempenho dos outros sectores.

---

**EFFECTIVAMENTE, AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ANGOLA CONSTITUEM AINDA MAIS UMA QUIMERA DO QUE UM FACTO**

---



## • Cultura e Representações sociais de saúde e doença

Há também aspectos da cultura angolana, que na crise da Covid 19 parece oportuno que reflecta-se em torno deles. A cultura e, particularmente, as representações sociais sobre saúde e doença são objectos de estudos nas Ciências Sociais, com grandes contribuições da Antropologia Social e da Sociologia. Tal como temos vindo a tentar destacar, parte da contribuição das Ciências Sociais na Saúde Pública parte da crítica de que doença não é apenas um problema do corpo biológico. Sobre este recai também significados e sentidos que são atribuídos socialmente por meio da cultura. Neste sentido, admitem-se diferentes representações sociais sobre a doença, o que inclui (in extremi) pensar a visão do médico, por exemplo, como mais uma das visões, nesse caso, baseada em conhecimentos científicos<sup>7</sup>.

Uma doença pode possuir apenas um único significado do ponto de vista da Medicina e ter diferentes significados sociais, que variam tanto quanto variam as culturas. Vários estudos que tratam do estigma que implicam algumas doenças, como Tuberculose ou SIDA, por exemplo, tem demonstrado que imputações morais são atribuídas por meio da cultura têm resignificado algumas doenças<sup>8</sup>. Nesta ótica, são portadores de SIDA pessoas de condutas imorais e, por esta razão, impuras, com as quais deve-se evitar qualquer contacto.

Uma outra perspectiva destes estudos tem a ver com a própria concepção do que venha a ser considerado como doença. Doença é algo que pode apresentar concepções diferentes, por exemplo, a depender da classe social. No caso angolano, pode-se usar o paludismo como referência, que embora do ponto de vista da Medicina seja uma doença preocupante, é muitas vezes entendida por segmentos das classes sociais mais empobrecidas, apenas como um mal-estar, sobretudo quando manifestada de forma moderada. O resultado imediato deste comportamento tem sido o aumento de internamento e mortes por esta doença, uma vez que, não sendo considerada grave na fase inicial, boa parte dos pacien-

tes só procura atendimento médico nos casos de agravamento. Já para membros de classes sociais mais favorecidas, pode ser motivo de baixa médica e suficiente para uma consulta médica.

Obviamente, várias outras questões podem ser mencionadas para explicar estas diferentes atitudes, como a diferença económica. Segundo dados do INE (2017), constam das principais razões da pouca procura dos serviços de saúde, dentre outras, a distância entre os domicílios e as unidades de saúde, assim como a falta de dinheiro para os custear a eventual ida a uma consulta. Ainda assim, isso não deve invalidar o peso da cultura sobre a forma como se classificam e se conferem importância às doenças<sup>9</sup>.

Muitos estudos que abordam as representações sociais de enfermidades relacionaram doença e corpo, incluindo nestas abordagens também os distintos significados sociais que os corpos biológicos possuem e, não raros, apontaram para percepções de doenças graves entre as classes populares como àquelas cujo corpo emite algum sinal. Se mais uma vez transposta para exemplos da realidade social angolana, poder-se-ia pensar a como a prevenção contra infecções transmissíveis sexualmente (ITS), particularmente o HIV/SIDA tem sido bastante atrapalhada por elementos culturais.

Por exemplo, ao perceber que a aparência do parceiro ou da parceira não emite nenhum sinal físico de doença, muitas pessoas descartam os métodos de prevenção confiando simplesmente na sua percepção. Naturalmente, as pessoas que assim julgam, não o fazem no vazio de sentido. Fazem-no numa lógica cultural segundo a qual doença séria é aquela que apresenta sinais corporais. Há ainda os casos de imposição masculina sobre as mulheres para o não uso do preservativo, que mesmo que pelo poder económico do homem, não deixa de encontrar na cultura uma certa lógica.

Mas as formas culturais de concepção de doença vão além das ITS, incluem a diabetes, as doenças cardiovasculares e o alcoolismo, por exemplo. Este último, apesar de, em muitos casos, emitir sinais nas fases iniciais, é encoberto também pela cultura, principalmente, associada à masculinidade.

<sup>7</sup> Sobre este assunto, ver: Oliveira, 1998

<sup>8</sup> Ver, por exemplo: Duarte, 1998.

<sup>9</sup> Sobre este assunto, ver: Helman (2003) e Backes (2009).

A sociabilidade em torno do consumo de bebidas alcoólicas e não alcoólicas também é objecto de estudo em várias áreas faz muito tempo. Como parte da cultura, admitem-se variações de sociedade para sociedade, por exemplo, em termos de condutas aceitáveis e não aceitáveis, responsabilidades civis e criminais etc. Há países, por exemplo, em que o consumo de bebidas alcoólicas em espaços públicos constitui infração ou crime. Um estudo sobre o caso de Angola poderá trazer revelações importantes como, à título de exemplo, a naturalização e aceitação cultural de níveis de embriaguez acentuados. Portanto, pensar em que medida este tipo de sociabilidade atrapalha agora as medidas de prevenção ao COVID 19, é algo que certamente poderia fornecer impetus para tomada de decisão da comissão multisectorial de combate à pandemia, mas também para somar para o desenho de políticas de prevenção ao alcoolismo e uso de drogas.

Ainda no caso de Angola, os sentidos e significados da cultura são muito relevantes, porque informam também formas terapêuticas diversas vulgarmente designadas de tradicionais, naturais etc, cujas consequências têm se mostrado um obstáculo para os programas estatais de prevenção e tratamento de determinadas doenças. Ao que tudo indica, parte considerável da população angolana acredita nestas terapias e, ultimamente, os discursos oficiais têm apontado para uma tentativa de conciliação das formas terapêuticas, com primazia para a Medicina convencional. Seja como for, trata-se de um problema social ao qual deveriam ser desenvolvidos estudos para melhor compreensão e tomada de decisão política, que pudessem levar, por exemplo, a uma redefinição da Política Nacional de Saúde.



## • À título de considerações finais: ensinamentos actuais da pandemia e lições para o pós-covid 19

A crise de saúde pública causada pelo coronavírus trouxe consequências graves não apenas para saúde, mas também para todos os sectores da sociedade. Mas apesar do seu carácter global e ao contrário que à primeira vista supõe, seus efeitos não são democráticos e homogêneos. A nível internacional, mostrou-se definitivamente revelador das grandes diferenças de desenvolvimento entre países, uns com maior capacidade de respostas às adversidades na saúde, da educação, nas finanças etc, enquanto outros encontram maiores dificuldades para acudir as populações face à precariedade dos sistemas sociais. Por outro lado, internamente, até os países mais desenvolvidos encontram-se diante de índices elevados de mortalidade pela Covid 19 fortemente condicionados pelas desigualdades sociais. Num caso e no outro, a pobreza tornou-se o segundo maior adversário da luta contra a Covid 19.

De certeza, tal como referimos acima, em meio a todo o debate que se seguirá após este surto pandêmico, as questões relativas aos investimentos e gestão das políticas de saúde ocuparão posições cimeiras. Entretanto, para países como Angola, muitas outras lições já podem ser retiradas. Uma primeira consiste na inversão da melhoria da saúde como passo consequente ao desenvolvimento da economia. Embora não seja explícito, esta é uma ideia comum a maioria dos países pobres que encaram os custos da saúde como despesas e não como investimento no capital humano.

Destarte, a lição que Angola pode extrair desta crise é que a saúde deve ser o carro-chefe das políticas de melhoria da qualidade de vida dos angolanos. Consequentemente, o desenho das políticas públicas que possam impactar mais directamente no modo de vida da população, tais como construção, urbanismo e ambiente devem ter a saúde na sua linha da frente. Ainda, faz-se necessário gizar políticas modestas, mas consistentes e factíveis, de avanços graduais e que possam ser devidamente avaliadas.

Relativamente à cultura, é oportuno pensar que a indução de comportamentos e atitudes

não se faz com a repressão, mas com a educação. Desse ponto de vista, a saúde pública em Angola deve caminhar junto com a educação. Ademais, os indicadores de bem-estar e saúde têm demonstrado suficientemente como a saúde da população em Angola está fortemente condicionada pela educação. Tal como no caso da concepção de doença entre segmentos das classes populares, a procura de serviços de saúde também é fortemente influenciada pelo nível de literacia das pessoas. Os dados dos inquéritos de INE (ibidem) indicam que a prevenção do HIV/SIDA, por exemplo, é maior proporcionalmente ao aumento de nível de escolaridade. De igual modo, os dados de saúde materno-infantil e planeamento familiar sugerem que o número de filhos é menor e a saúde das crianças melhor na medida que aumentam os anos de escolaridade.

Note-se que a melhoria da educação resulta na capacitação dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento do país, mas isso deve significar muito mais do que um benefício do tipo relação formação versus emprego. É extremamente importante que se aumente o número e qualidade dos empregos em Angola, mas no contexto da Covid 19, a melhoria da educação também significa formas de contornar crenças, hábitos, atitudes e comportamentos “disfuncionais” à saúde, sobretudo através do aumento da literacia em todas as línguas nacionais. A esta altura, vários destes aspectos até agora mencionados constituem barreiras no combate à pandemia. Exemplos concretos, vão desde as práticas em torno dos funerais, que sempre representaram riscos à saúde pública, atitudes culturais frente às dificuldades da vida, como o azar e a sorte, por exemplo).

Uma última lição, mas, talvez a mais importante é relativa à questão económica, que assim é tão importante porque está entrelaçada a todos os aspectos anteriores. É necessário admitir que as condições objectivas de vida moldam não apenas o consumo de bens materiais, mas também o consumo de bens simbólicos e no conjunto fornecem disposições e condutas sociais. Assim sendo, a baixa expectativa de vida representada por gráficos etários é, na vida concreta das pessoas, traduzida em esperança de vida, que no contexto de pobreza extrema, um dia de vida vale muito e o dia seguinte nunca é esperado. Será isso o pouco valor da vida que estamos a

observar nas periferias profundas de Angola?

Se admitirmos esta hipótese, a invisibilidade da doença pode não estar a dizer nada para boa parte da população, se a ela tiver sido já conferido um determinado significado social. A própria mensagem da Covid 19 como doença que veio de avião transmite e poderá continuar a transmitir uma ideia equivocada sobre a suscetibilidade da doença apenas para alguns que estiveram no estrangeiro, isso associado à condição financeira e, por conseguinte, diminuindo a responsabilidade individual face ao Covid 19 de outra parte da população. São aspectos culturais que não podem ser desprezados sob pena do apelo à prevenção não funcionar.

Por fim, temos oportunidade de avançar com a extinção do trabalho informal, com a anulação do que seria uma gramática moral, através da qual se lhe impõem várias cargas negativas. Se a maioria da nossa população vive do comércio informal, devemos valorizar este comércio, retirar os ganhos dela para a população e até mesmo para o Estado e não pensar numa lógica da provisoriade alongada. Para um país como o nosso, pensar que um dia o trabalho informal irá ser substituído pela formalidade é outra quimera. Basta olharmos para a redução dos postos de trabalho formal e o avanço da uberização das relações de trabalho em todo mundo.

É necessário trabalharmos com aquilo que a população busca como formas legítimas de sobrevivência e a partir delas definir políticas de integração. Mais do que isso, já é hora de trocarmos, à título de melhoria da gramática moral e de discriminação positiva, de chamarmos estas formas de sobrevivência de empreendedorismo, embora seja esta palavra, muitas vezes, também expressão de uma forma disfarçada de postergação do emprego. Será necessário pensar em políticas de desenvolvimento que não passem pela postergação e negligência daquilo que nós somos capazes de inventar. Esta é, de resto, a grande lição que todo o continente deve extrair desta crise.

---

**NUM CASO E NO OUTRO, A POBREZA TORNOU-SE O SEGUNDO MAIOR ADVERSÁRIO DA LUTA CONTRA A COVID 19.**

---

## • Referências bibliográficas

ANGOLA, República de (2010). Decreto Presidencial n.º 262/10 de 24 de Novembro (Sobre a Política Nacional de Saúde In: Diário da República, I Série n.º 222 Luanda.

ANGOLA, República de (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2012-2025. Vol I. Ministério da Saúde, Luanda.

ANGOLA, República de (2018). Plano de Desenvolvimento Nacional (2018-2022). Ministério da Economia e Planeamento. Luanda.

BACKES M.TS (2009). Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. Rev. enferm. Jan/Mar; 17(1). UERJ, Rio de Janeiro.

CARAPINHEIRO, Graça (2011). Saúde e doença: um programa crítico de sociologia da saúde. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. Sociologia on line, nº3.

CARVALHO A. I.; BUSS P.M (2008). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. IN: Giovanella L. (Orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. pp. 141-166.

HELMAN, C.G (2003). Cultura, Saúde e Doença. Trad. Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez – 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

INE (2017), Instituto Nacional de Estatística. Inquéritos de Indicadores Múltiplos e de Saúde, 2015-2016. Luanda.

LANGDON, Esther Jean & WIIK, Flávio Braune (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde, Rev. Latino-Am. Enfermagem. mai-jun.

LAURELL, Asa Cristina (1982). A saúde-doença como processo social. Revista Latinoamericana de Salud, México. Trad. E. D. Nunes.

MARTINO, João Paulo (2017). 1918. A gripe Espanhola, os dias malditos. Excalibur Editora. Excerto disponível com autor do autor.

NUNES, E. D (2006). Sociologia da Saúde: his-

tória e temas. In: CAMPOS, G.W.S. et Al. (Org.) Tratado de saúde colectiva. p.19-51. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz.

NUNES, Everardo Duarte (2008). A contribuição das Ciências Humanas e Sociais para a Saúde Coletiva. In: IARA, Coelho Zito Guerriero; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fabio (orgs). –Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde / São Paulo : Aderaldo & Rothschild.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de (1998). Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel (org). doenças, sofrimentos, perturbação: perspectivas etnográficas. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Miguel dos Santos (2010). Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola. Tese de doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro.

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA A COVID-19



# SEMPRE QUE ESTIVER FORA DE CASA USE MÁSCARAS

# LAVE AS MÃOS COM FREQUÊNCIA OU USE ÁLCOOL EM GEL.



# MANTENHA DISTÂNCIA FÍSICA SEGURA DAS OUTRAS PESSOAS (2 METROS).

# SE PRECISAR ESPIRRAR OU TOSSIR, CUBRA O ROSTO E SE VIRE PARA ONDE NÃO TENHA PESSOAS.



# LIMPE E DESINFETE SUPERFÍCIES E OBJETOS ANTES DE TER CONTATO



Centro de  
Estudos e  
Investigação  
Científica

**PROJECTO JORNADAS CIENTÍFICAS COVID-19**

# **JORNADAS CIENTÍFICAS SOBRE IMPACTO DA COVID-19 EM ANGOLA**



Av. 21 de Janeiro, Travessa de Talatona, s/n,  
Campus do Instituto Superior Metropolitano de Angola  
1º Andar, Edifício da Biblioteca  
Contacto: (+244) 913 027 014 / 222 779 731 / Fax: (+244) 915 845 338  
E-mail: [Info@ceicn.com](mailto:Info@ceicn.com)  
[www.ceicn.com](http://www.ceicn.com)



**IMETRO**  
Business & Leadership School