



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O Funcionamento Familiar de Doentes Alcoólicos: Estudo  
exploratório no contexto Angolano**

Idalina da Conceição Tchiwale  
(idacontchiwale@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de sub-  
especialização em Sistémica Saúde e Família) sob orientação da Dr<sup>a</sup>  
Luciana Sotero.

*Senhor sois o meu farol;  
é o senhor quem dissipa todas as  
minhas trevas.*  
**2ª Samuel, 22:29**

## **Agradecimentos**

A Deus por esta obra, pela vida, Proteção e força que me concedeu para que este momento fosse possível e por ter colocado na minha vida as pessoas e os momentos propícios para a minha evolução.

Aos meus pais, Justino e Umbelina, pela dádiva da existência e por terem acreditado em mim e nos meus ideais, ensinando-me a importância da humildade para aprender, cuidarem-me, ensinarem-me as primeiras aprendizagens que me impulsionaram para chegar até a este momento. O meu muito obrigado, aos meus amados filhos companheiros das grandes lutas e vitórias também, que Deus vos recompense com muitas bênçãos em todas as áreas da vossa vida. A todos os professores deste curso pelo compromisso, disponibilidade, dedicação e sacrifício com que nos transmitiram os conhecimentos hoje aqui espelhados. Quero em especial destacar a Dr<sup>a</sup>. Isabel Alberto, Dr<sup>a</sup> Luciana Sotero, Dr<sup>a</sup>Sofia Major e Dr Bruno, muito obrigada. À Professora Doutora Ana Paula Relvas e Professora Doutora Margarida Ventura o meu profundo agradecimento.

Aos meus colegas do curso de mestrado, pela aprendizagem compartilhada que foi relevante para a minha formação profissional, lembro-me das horas apertadas pelas aulas e avaliações. Aos colegas de Cabinda que muito me impressionaram com a sua coragem de virem de terras longínquas. Enfim, a todos vocês deixo aqui um beijo muito grande e que saibamos colocar em prática o que aprendemos pois que, o País precisa de nós. Que a conclusão do curso não signifique o fim da amizade.

A todos aqueles que não foram citados mas, que de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, a minha eterna gratidão.

**Resumo:** Para além das complicações sociais, o problema do alcoolismo pode causar consequências orgânicas, mentais e espirituais. Com o objetivo de compreender melhor o ser alcoólico, procuramos neste estudo analisar o funcionamento familiar de doentes alcoólicos residentes no Lubango. Os dados foram recolhidos em três unidades hospitalares de referência da província da Huila, cidade do Lubango. Os instrumentos utilizados (Questionário de Dados Sociodemográficos e SCORE-15) foram aplicados entre Outubro de 2013 e Janeiro de 2014, tendo participado 50 elementos, doentes de alcoolismo crónico. Analisou-se o impacto da variável sociodemográfica sexo e variáveis familiares etapa do ciclo vital e agregado familiar, tendo-se verificado que estes não influenciam significativamente o funcionamento familiar destas famílias. Ao nível do funcionamento do SCORE-15 com esta população verificou-se que esta apresenta uma consistência interna razoável (.72). Por fim consideramos importante dar continuidade ao estudo do funcionamento das famílias Angolanas que sofrem de alcoolismo, bem como de outras patologias.

**Palavras-chave:** Alcoolismo; Doença crónica; Funcionamento familiar; SCORE-15; Contexto Angolano.

**Abstract:** For besides the social complications, the problem of the alcoholism can cause consequences organic, mental and spiritual. With the objective of understanding the alcoholic being better, we sought in this study to analyze the alcoholic sick residents' family functioning in Lubango. The data were collected in three units hospitalizes of reference of the province of Huila, city of Lubango. Os used instruments (Socio-demographics Questionnaire and SCORE-15) they were applied was applied October / 2013 to January 2014 and participated in the study 50 elements between men and women, sick of alcoholism chronic. It was analyzed the impact of the variable sociodemographic, sex and variables family stage of the vital cycle and household, having verified that these don't influence the family operation of these families significantly. At the level of the operation of SCORE-15 with this population was verified that this presents a consistence interns reasonable (.72). Finally we considered important to give continuity to the study of the functioning of the Angolan family that you/they suffer of alcoholism, as well as of other pathologies.

**Keyword:** Alcoholism; chronic Disease; Family functioning; SCORE-15; Angolan context.

## Índice

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.1. Contextualização histórica	2
1.2. Alcoolismo: conceitos e teorias	2
1.2.1. Teorias do Alcoolismo	3
1.3. Características e efeitos do alcoolismo	4
1.4. O alcoolismo como doença crónica	5
1.5. Funcionamento familiar no alcoolismo	6
1.5.1. Perspectiva sistémica do funcionamento familiar	6
1.5.2. Consequências do alcoolismo no funcionamento familiar	6
II. OBJECTIVOS	8
III. METODOLOGIA	8
3.1. Amostra	8
3.2. Instrumentos	9
3.3. Procedimentos	9
3.4. Caracterização da Amostra	9
3.5. Análises Estatísticas	11
IV. RESULTADOS	11
4.1. Estatísticas descritivas dos itens do score-15	11
4.2. Estudo de precisão	12
4.3. Impacto da variável sociod. e de variáveis familiares no resultado total do score-15	13
4.3.1. Impacto da variável sociodemográfica sexo no resultado total do SCORE-15	13
4.3.2. Impacto das variáveis familiares nos resultados totais do SCORE-15	13
V. DISCUSSÃO	14
VI. CONCLUSÕES	15
BIBLIOGRAFIA	17
ANEXOS	19

## INTRODUÇÃO

O uso de bebidas alcoólicas é estimulado na maioria dos países do mundo. Em Angola, a ausência de políticas públicas reguladoras do consumo torna-a extremamente disponível, com fácil acesso e a baixo custo. Juntam-se a estes fatores o estímulo feito principalmente pelos meios de comunicação social, que associam o álcool a situações prazerosas, omitindo possíveis danos que ele possa causar à saúde. A facilidade de obter bebidas alcoólicas promove o uso de um número cada vez maior de pessoas, principalmente de adolescentes.

Os estudos sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas pela humanidade demonstram uma alteração significativa no padrão de uso nos tempos actuais, em relação ao seu consumo até ao início do século XX. Passou-se de um uso prioritariamente ritualístico, esporádico e restrito a pequenos grupos ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo actuais (MacRae, 2007).

As bebidas alcoólicas estiveram presentes em quase todas as culturas conhecidas até hoje. A este respeito alguns autores, (Masur, 1984; Sonnenreich, 1976; Sampaio, 1988), salientam a diversidade de papéis ou significados assumidos em diferentes contextos.

Todavia, apesar de o álcool ser conhecido desde os tempos mais remotos, somente no Século XVIII o problema foi objeto de maior atenção por parte da medicina, quando Benjamim Rush descreveu os seus efeitos no corpo e na mente humana, concebendo esta condição como enfermidade.

Tal representação perdeu por décadas, até que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar o alcoolismo como uma patologia e, mais recentemente, a Síndrome da Dependência do Álcool (SDA), idealizada por Edwards e Gross (1976), como elemento básico para o seu diagnóstico.

O presente trabalho direcciona-se à problemática do alcoolismo e a forma como afeta o funcionamento familiar nas famílias Angolanas.

O interesse por esta temática deve-se, em primeiro lugar, a um interesse pessoal de tentar compreender porquê tantos indivíduos se apresentam na nossa sociedade e, em particular, na população com que mais lido no meu dia-a-dia “militares” com problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Em segundo lugar, conhecer as causas e as consequências de tal dependência.

Este trabalho incidirá, então, sobre a problemática do alcoolismo e o modo como este afeta as relações familiares dos indivíduos tendo em conta o nível pessoal (em que consiste a doença, quais as suas causas e consequências) e o nível familiar (principais problemas causados pela dependência, entre outros).

### I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fundamentação teórica, parte primordial de qualquer pesquisa, divide-se neste trabalho em duas partes: A primeira trata dos aspetos relacionados com o alcoolismo, destacando conceitos e teorias bem como os seus efeitos e se salienta o alcoolismo como doença crónica. Na segunda são retratados os fundamentos do funcionamento familiar no alcoolismo, com base numa perspectiva sistémica.

### 1.1. Contextualização histórica

De acordo com Lapate (2001, p. 102), os homens primitivos e os animais em geral, já buscavam no uso de frutas fermentadas, algum tipo de relaxamento e prazer. Ao observar os animais que faziam uso dessas frutas e tinham o seu comportamento alterado, provavelmente, os homens começaram a fazer uso do suco de frutos fermentados que apresentavam teor alcoólico. Daí, podemos inferir que há milhares de anos, o vinho e a cerveja, por exemplo, são registados nas sociedades mais antigas.

Por volta de 2200 a.C., a cerveja era recomendada como tónico para mulheres que estivessem a amamentar. Anos mais tarde, de acordo com Escotado (2003, p. 20), há registos da proibição do consumo de cerveja, sendo esta considerada a “perdição da alma”.

Para Foucault (2003), a comida, a bebida e o sexo são ressaltados com a sua devida importância entre os gregos antigos. Porém, satisfazer as necessidades e prazeres do corpo era visto como indício de sabedoria aos que o conseguiam fazer com equilíbrio. Os antigos romanos, também, eram ligados ao álcool, havia somente uma proibição para as mulheres e os menores de 30 anos. Escotado (2003) relata casos em que mulheres foram mortas por terem sido vistas a beberem.

Com o advento da industrialização, o álcool começou a ser produzido em grande escala, resultando na redução de preços ao consumidor, o que provocou um estímulo do seu comércio. Em Angola por exemplo investiu-se nos últimos anos mais de 900 milhões de dólares em quatro novas fábricas de cerveja. A geração actual consome mais cerveja em relação aos outros tipos de bebidas alcoólicas e têm como preferência a proveniente da Companhia União de Cervejas de Angola (CUCA), também detentora das marcas nacionais: Nocal, Eka, e internacionais Castel e Doppel Munich (Angola, 2006).

### 1.2. Alcoolismo: conceitos e teorias

Formigoni e Monteiro (2001) consideram que sem desprezar a importância do ambiente no alcoolismo, há evidências claras de que alguns fatores genéticos aumentam o risco de contrair a doença logo, a história familiar de alcoolismo é um factor importante. Neste caso a pessoa herda geneticamente a predisposição à dependência e pode apresentar maiores oportunidades de aderir ao vício de bebidas alcoólicas.

O termo alcoolismo foi introduzido pela primeira vez em 1849 pelo sueco Magnus Huss, que o definiu como “ o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período” (Adés e Lejoyeux, 2004).

O alcoolismo como doença é uma toxicomania ou fármaco-dependência, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS,2002) como:

“Um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizada por um comportamento e outras reacções que incluem sempre compulsão para ingerir a droga de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar os seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto da sua abstinência. A tolerância pode existir ou não, e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga” (p. 8).

A confirmação diagnóstica está ligada à necessidade do aumento progressivo das doses e o aparecimento da síndrome de abstinência, quando há interrupção brusca da substância.

A definição de alcoolismo pela OMS (2002) indica “uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como factor determinante sobre as causas psicossomáticas, preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude” (p. 10).

A OMS também estabelece a distinção entre alcoolismo como doença e alcoólico como doente. Assim, o alcoolismo é constituído pela totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas, legais e morais. Quando os alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico, devem submeter-se a tratamento (OMS, 2002).

O DSM-IV trata o alcoolismo dentro das perturbações mentais e estabelece discussões específicas para as Perturbações Relacionadas com o Álcool, as que classifica como Perturbações pela Utilização de Álcool e Perturbações Induzidas Pelo Álcool. DSM-IV (2000, pp. 212-213)

### **1.2.1. Teorias do Alcoolismo**

#### *Teorias Socioculturais*

Esta abordagem centra-se nas teorias socioculturais que recorrem da observação das semelhanças e diferenças da relação de grupos e subgrupos culturais com padrões de ingestão.

Para este modelo, atitudes culturais com relação ao uso do álcool podem exercer uma função importante na determinação de um comportamento individual. Por exemplo, em algumas culturas a abstinência pode ser regra e noutras pode ser parte de um ritual religioso. Destacam-se os factores sociológicos tais como, o desemprego, a privação social entre outros, como factores desencadeantes do início e do uso excessivo do álcool pelo indivíduo (Pillon & Luís 2004).

A sua explicação a respeito do uso de substâncias enfatiza a função do meio cultural com as suas crenças, valores e atitudes que conduzem a comunidade ou os seus grupos específicos no caminho da abstenção ou do uso do álcool. É um modelo ambientalista, que destaca a importância do ambiente na conduta do indivíduo; na interacção de elementos sociológicos (do grupo ou subcultura à qual ele pertence) e culturais (costumes e tradições). Ainda no contexto deste modelo, os factores sociológicos tais como o desemprego, a privação social, e outros, podem ter efeitos importantes sobre o início e o uso continuado da substância pelo indivíduo. Também o sexo, a idade, a religião, etnicidade, condições socioeconómicas e ambiente familiar influenciam directamente na opção individual de usar ou não a substância (Pillon & Luís 2004).

#### *Teorias Biológicas: Modelo médico*

O modelo médico de dependência baseia-se na suposição de que a dependência de substâncias psicoactivas necessita de tratamento médico. Diversas entidades têm-se empenhado para que seja utilizado o termo “dependência em detrimento de outros com maior conotação moral” e que esse problema seja visto como um conjunto de sintomas clínicos.

Segundo Borges e Filho (2004), nesse modelo, o comportamento do



uso da substância é visto como progressivo, incurável e a causa da doença está relacionada com os fatores genéticos, biológicos, estruturais e de natureza química. O enfoque do tratamento tem por finalidade a recuperação do uso, e dependência da substância, sendo a abstinência total o objectivo a ser alcançado.

A intervenção preventiva, centra-se no valor que as pessoas dão à saúde, e fundamenta a educação no conhecimento da acção e prejuízos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas sobre o organismo, assim como as modificações que o mesmo provoca sobre o comportamento e atitudes das pessoas (Pillon & Luis, 2004).

#### *Teorias Psicológicas*

Segundo Mello, et al. (2001) dentro deste modelo existem duas correntes psicológicas explicativas da criação da dependência no indivíduo. A primeira é fundamental na organização e funcionamento do indivíduo a procura do álcool. Este funcionamento desempenha para o indivíduo o *objecto substituto* privilegiado, num histórico evolutivo de uma personalidade pré-mórbida *oral*. Deste modo, o alcoolismo para os psicanalistas é um sintoma, (manifestação de um conflito não resolvido). A segunda corrente é a comportamental, que defende que o alcoolismo deixa de ter o significado de sintoma para constituir ele próprio a doença, sinónimo de comportamento inadaptado e mal aprendido e, por conseguinte, patológico. O álcool, tornado o agente habitual da redução da tensão e ansiedade, de produção de alívio e bem-estar, constitui reforço para a persistência e repetição do comportamento alcoólico.

#### *Teoria cognitivo-comportamental do alcoolismo*

No modelo cognitivo-comportamental, o abuso do álcool é visto como um padrão de comportamento socialmente aprendido, sendo valorizado na sua aprendizagem e manutenção aspectos do condicionamento clássico e operante, modelagem e factores cognitivos, que vão permitir que expectativas acerca dos efeitos do álcool e numerosos estímulos antecedentes e consequências reforçadoras contribuam para a manutenção de um padrão de bebida excessiva.

Os estímulos antecedentes e consequências podem ser de natureza fisiológica, psicológica ou social e na maioria dos casos combinam-se entre si. Assim, factores como, a redução da ansiedade, o reconhecimento e aprovação social, ou o evitamento de sintomas fisiológicos de abstinência poderão manter o abuso do álcool (Gouveia, 1991).

Este modelo reconhece a interacção entre os mecanismos comportamentais e genéticos, incluindo a aparente dificuldade dos alcoólicos, possivelmente de base genética, para discriminar os seus níveis de intoxicação (Gouveia, 1991).

### **1.3. Características e efeitos do alcoolismo**

Segundo Carvalho (2009) do ponto de vista médico, o alcoolismo é uma doença crónica, que pode resultar em condições psicológicas e fisiológicas e, por fim, na morte. Além da importância dos factores ambientais, há evidências que indicam a existência de factores genéticos que elevam o risco de desencadear a doença. O alcoolismo tende a acometer certas famílias com maior frequência tais como: gémeos univitelinos, e até filhos biológicos de pais alcoólicos que são adoptados por casais que não bebem.

O álcool atravessa a barreira hematoencefálica rapidamente, sendo que poucos minutos após o primeiro golo, a concentração no cérebro já

está igual à concentração sanguínea. Em indivíduos que não possuem o costume de ingerir bebidas alcoólicas, níveis sanguíneos entre 50mg/dl a 150mg/dl são suficientes para gerar sintomas. Esses, por sua vez, irão depender da velocidade com que o álcool é consumido (Carvalho, 2009).

Segundo esta autora, os efeitos físicos causados pelo álcool são: redução dos reflexos, o uso a longo prazo eleva o risco do surgimento de doenças como cancro na cavidade oral, esôfago, faringe, fígado e vesícula biliar, pode causar hepatite, cirrose, gastrite e úlcera; Quando usado em grandes quantidades pode ocasionar danos cerebrais irreversíveis, Pode levar à desnutrição, causar problemas cardíacos e de tensão arterial, durante a gestação causa má formação fetal (Carvalho,2009).

#### **1.4. O alcoolismo como doença crónica**

As doenças crónicas foram tradicionalmente associadas ao mundo desenvolvido e encaradas como doenças da riqueza, que afetavam sobretudo os idosos e os abastados, ao passo que a atenção e os recursos do mundo subdesenvolvido se focavam sobretudo nas doenças transmissíveis. Machado (2009) define a doença crónica como “uma enfermidade de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas” (p. 56).

Por outro lado, a (OMS, 2002) descreve doenças crónicas como sendo doenças de duração prolongada e progressão lenta e descreve os quadros crónicos como sendo problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas.

A OMS afirma que para ser considerada doença crónica esta terá que apresentar uma ou mais das seguintes particularidades: ser permanente, produzir incapacidade ou deficiência residual, ser causada por alterações patológicas irreversíveis, exigir uma formação especial do doente para a reabilitação, exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Como conceituado por essa organização, os alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega a ponto de acarretar-lhes perturbações mentais evidentes, manifestações que afetam a saúde física e mental, as suas reações individuais, o comportamento socioeconómico ou pró-danos de perturbações do género, que, por isso, necessitam de tratamento (OMS 1994, citado por Ramos, 1997).

Considerando a definição de doença crónica da OMS e as condições que estabelece essa organização para que uma doença seja considerada como tal e por outro lado a definição que a mesma organização faz do alcoólico, afirma-se que o alcoolismo é uma doença crónica caracterizada pela compulsão (necessidade forte ou desejo incontrolável de beber); perda do controlo (não consegue estabelecer um limite para parar de beber); dependência física (manifestações físicas quando para de beber e que são aliviadas com o consumo de álcool ou outra droga sedativa); tolerância (necessidade constante de elevar as doses para obter o mesmo efeito).

Embora as condições ambientais influenciem a ingestão alcoólica, muitos indivíduos correm o risco de desenvolver o alcoolismo por causa de fatores genéticos, que são transmitidos de geração em geração.

### **1.5. Funcionamento familiar no alcoolismo**

A família, segundo Beltrão (2003), é considerada como sendo um “grupo social no qual os membros coabitam unidos por uma complexidade muito ampla de relações interpessoais, com uma residência comum, colaboração económica e no âmbito deste grupo existe a função da reprodução” (p. 17).

Deste modo, e segundo esta visão, a família é considerada como sendo o primeiro grupo humano organizado e como unidade-base da sociedade. Daí a importância que no passado e no presente se tem dado à família e as mudanças que a têm caracterizado na sua estrutura, nas relações dentro e fora dela, com influências recíprocas na mudança (Anshen, 2002).

#### **1.5.1. Perspectiva sistémica do funcionamento familiar**

A perspectiva sistémica entende a família como uma estrutura complexa de indivíduos que são interdependentes, onde as experiências tidas por um membro têm impacto tanto num outro membro como no sistema em que este se encontra inserido (Alarcão, 2000). Segundo a mesma autora a definição de funcionamento familiar é mais complexa, no entanto, Olson (1999) propõe o Modelo Circumplexo dos sistemas familiares e conjugais, com a finalidade de descrever o funcionamento familiar. Este modelo integra duas dimensões a coesão e a adaptação e por fim, contempla ainda uma dimensão facilitadora das anteriores, a comunicação (Rolim, et al. 2006).

Olson (1999) define coesão familiar como a “ligação emocional que existe entre os membros da família, entendida também como a variação entre separação e conexão dos membros que compõem a família” (p. 44).

Para avaliar e analisar esta dimensão devem ser tidas em conta variáveis como: ligação emocional, limites, envolvimento afetivo, alianças, tempo, espaço, amigos, tomada de decisões, interesses e por fim, atividades familiares. Segundo o mesmo autor, existem quatro níveis de coesão: desmembrado (coesão muito baixa), desligado (coesão baixa a moderada) enredado (coesão moderada a alta) e por fim, muito enredado (coesão muito alta) (Rolim, et al. 2006).

Por adaptação entende-se a capacidade que a família tem de se adaptar à mudança, ou seja, refere-se à habilidade que o sistema familiar tem de adaptar a estrutura de poder, os papéis relacionais e as regras. Este conceito inclui variáveis como: liderança (controlo, disciplina), estilos de negociação, papéis e regras de relacionamento (Olson, 1999).

Os quatro níveis de adaptação são: rígido (adaptação muito baixa), estruturado (adaptação baixa a moderada), flexível (adaptação moderada a alta) e muito flexível (adaptação muito alta). Níveis muito altos de adaptação, ou níveis muito baixos tendem a ser problemáticos para os membros da família e para as relações a longo prazo entre os mesmos, devido à tensão que se cria (Olson, 1999).

A dimensão comunicação tem uma relação linear com o funcionamento familiar, em que uma menor comunicação implica um funcionamento familiar menor. Para a avaliação desta dimensão encontram-se factores como a empatia, a escuta ativa por parte do receptor, habilidades do emissor, liberdade de expressão, transparência da expressão, continuidade, respeito e consideração (Pampliega, et al. 2005).

#### **1.5.2. Consequência do alcoolismo no funcionamento da família**

O alcoolismo dentro de uma família traz uma grande dose de *stress*, transformando-se rapidamente numa doença de todo o grupo familiar, como

postulou Jackson em 1954. Este *stress* é responsável pelo rompimento da estabilidade que, por sua vez, conduz a família a um exagerado apego ao elemento doente, e a dinâmica familiar tem de ser ajustada às novas necessidades. (Góngora, 1996).

Para algumas famílias, a necessidade de estabilidade parece ser o que interessa, e a mudança só se produz em resposta a tremendas pressões. Em tais famílias, os mecanismos morfoestáticos exercem um efeito cruel, comprimem as aspirações de desenvolvimento até que não seja possível contê-las, então expandem-se, ao menos na forma de grande crise da família. Noutras famílias parecem ocorrer constantes alterações e mudanças, descritas como caóticas, estas famílias parecem desorganizadas, não reguladas e descontroladas (Steinglass et al., 2003).

Edwards (2005) descreve um padrão sequencial da maioria das mulheres casadas com alcoólicos, com base nos fatores mais recorrentes do início vêm a negação do problema, em seguida as tentativas de controlar ou impedir o comportamento problemático do seu esposo, a família vai se isolando dos contatos sociais, permanece a maior parte do tempo em casa. Mais tarde, a esposa começa a perceber que as suas tentativas e estratégias para que o comportamento problemático do seu esposo desapareça não estão a funcionar. Possivelmente neste momento começa a temer pela própria saúde por vezes sente-se desesperada frente ao caos familiar.

Os problemas que afetam a esposa de ordem tanto emocional quanto prática, ou seja, emocionalmente a vida da mulher pode passar por momentos de ansiedade, medo, desgosto, decepção, dúvida, raiva, sentimentos de culpa, sensação de fracasso, carência emocional, baixa autoestima, etc. (Edwarda,2005).

Em famílias onde há um membro alcoólico, os filhos podem ter o seu desenvolvimento afetado pela situação à qual estão expostos (Tiba, 2007). Filhos de pais alcoólicos são muito mais passíveis de se tornarem também alcoólicos, os riscos destes na idade adulta é três vezes maior do que aqueles cujos pais não são alcoólicos.

## II. OBJETIVOS

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo analisar o funcionamento familiar de doentes alcoólicos no contexto angolano ao nível da comunicação, das dificuldades e das forças familiares. Foram ainda definidos como objetivos específicos:

- a) Efetuar estudos de análise dos itens do SCORE-15;
- b) Realizar estudos de evidência de precisão (consistência interna) do SCORE-15;
- c) Averiguar se o funcionamento familiar avaliado pelo SCORE-15 varia de acordo com o sexo dos sujeitos;
- d) Verificar se o funcionamento familiar (avaliado através do SCORE-15) é influenciado por variáveis familiares, nomeadamente etapa do ciclo vital e composição do agregado familiar.

## III. METODOLOGIA

Neste aspeto foi realizada a descrição de todo o processo metodológico, fundamentando as opções tomadas, com o objetivo de servir de linha orientadora de todo o processo de investigação.

Para a realização deste trabalho optou-se por um estudo do tipo exploratório e descritivo, para identificar e conhecer que fatores determinam o funcionamento familiar dos alcoólicos. Como refere Polit & Hungler (1995), a pesquisa exploratória visa mais do que a observação e a descrição do fenómeno: “explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os fatores com os quais ele se relaciona”. Pensamos que, ao descrever e explorar o fenómeno em estudo, podemos contribuir para um melhor conhecimento da problemática em questão.

O estudo decorreu nas seguintes Unidades de Saúde: “Hospital Militar do Lubango”, “Hospital Psiquiátrico do Lubango” e Hospital Central do Lubango”, após ter sido concedida autorização formal para a sua realização. Estas Unidades de Saúde procuram dar resposta às necessidades em cuidados de saúde dos alcoólicos crónicos.

### 3.1. Amostra

No presente estudo tiveram-se em conta alguns critérios de seleção da amostra, nomeadamente:

- a. Ser diagnosticado com alcoolismo;
- b. Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- c. Ser de nacionalidade Angolana.

Relativamente à dimensão da amostra, optou-se por estipular um número de 50 sujeitos, tendo sido recolhida a amostra entre os meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

Algumas variáveis foram agrupadas por classes para facilitar o tratamento estatístico dos dados. Assim, a variável faixa etária ficou agrupada nas seguintes categorias: 18-25, 26-34, 35-43, 45-52, 53-60. A variável nível de escolaridade também foi agrupada em categorias, designadamente: Ensino Primário, Ensino Secundário e Ensino Superior. O mesmo procedimento foi realizado com a variável composição do agregado familiar, estabelecendo-se um total de três categorias, nomeadamente: categoria 1-4; categoria 5-7 e categoria 8-10.

### 3.2. Instrumentos

Tendo em vista os objetivos definidos para o presente estudo, desenvolveu-se um protocolo de investigação composto por um questionário de dados sociodemográficos e o SCORE-15.

#### *Questionário de dados sociodemográficos*

De forma a enriquecer a caracterização da amostra foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos, (cf. Anexo 2) o mesmo foi construído de forma a recolher informações que possibilitassem a caracterização da amostra, tais como: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico. E, também, a recolha de informações sobre a família, tais como: etapa do ciclo vital familiar e composição familiar. O questionário foi ainda construído de forma a abranger variáveis relevantes para a realidade Angolana, tais como a etnia.

#### *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15)*

O SCORE-15 é um questionário de autorresposta que mede a percepção do indivíduo sobre o funcionamento familiar. Este instrumento permite obter medidas em três dimensões: Forças Familiares, Dificuldades Familiares e Comunicação Familiar. Conforme referido anteriormente, foi desenvolvido para avaliar a eficácia do funcionamento familiar e é cotado de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, oscilando entre 1 “Descreve-nos muito bem” e 5 “Descreve-nos muito mal”. Na versão original é dividido em três fatores: fator 1 corresponde às Forças Familiares (itens 1, 3, 6, 10, 15); o fator 2 corresponde às Dificuldades Familiares (itens 5, 7, 9, 11, 14); e o fator 3 corresponde à Comunicação Familiar (itens 2, 4, 8, 12, 13) (Stratton et al., 2010). Dado que alguns itens do SCORE-15 são invertidos, para se obter o resultado total da escala, foram invertidos os itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 (cf. Anexo 3), de modo a que um resultado total elevado represente um pior funcionamento familiar.

### 3.3. Procedimentos

Antes da aplicação dos instrumentos, os sujeitos que aceitaram participar no estudo tiveram acesso a um documento designado por Consentimento Informado, o qual continha a garantia de anonimato das respostas, a apresentação dos objetivos do estudo, o carácter voluntário da sua participação e, sobretudo, a garantia de que os dados seriam utilizados somente para fins estatísticos (cf. Anexo 1). De seguida foi solicitado aos sujeitos o preenchimento dos questionários com vista à recolha de dados.

### 3.4. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 50 sujeitos, sendo 37 (74%) do sexo masculino e 13 (26%) do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 60 anos e, conforme é possível analisar no quadro 1, 30% pertencem à faixa etária dos 26-34 anos, sendo esta categoria a mais representativa, seguida das faixas etárias dos 17-25 e dos 44-52 anos, as quais correspondem cada uma a 20% da amostra. A média total de idades para a amostra é de 35,96 ( $DP=11.98$ ). Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos ou são solteiros (42%) ou vivem em união de facto (20%). Relativamente à Área de Residência, 68,0% residem nos arredores da cidade ou bairros e 10% residem no centro da cidade. Quanto aos grupos étnicos, 62% são Umbundos e 14% são Nhanekas. Relativamente ao Nível de Escolaridade, o Ensino Secundário é a categoria mais elevada (58,0%), seguida do Ensino Primário (30%). A maior parte da amostra é do Nível

Socioeconómico Médio (78%).

Para caracterizar a família teve-se em conta a etapa do ciclo familiar proposta por Relvas (1996), constatando-se que 62% são famílias com filhos adultos e 14% são famílias com filhos na escola. Relativamente à composição do agregado familiar, 58% é composto por 1-4 pessoas, 30% é composto por 5-7 pessoas (cf. Quadro 1). No que diz respeito a religião, se destacam a Católica com 50% e a Evangélica com 26%. Quanto ao tipo de habitação, 62% da amostra vive em Casa de Adobe e 28% vive em apartamentos.

Quadro 1.

*Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares*

<i>Variáveis Sociodemográficas</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	37	74,0
	Feminino	13	26,0
Estado Civil	Solteiro	21	42,0
	Casado	9	18,0
	União de facto	10	20,0
	Separado	9	18,0
Faixa etária	Viúvo	1	2,0
	18 – 25	10	20,0
	26 – 34	15	30,0
	35 – 43	9	18,0
	44 – 52	10	20,0
	53 – 60	6	12,0
	Nhaneka	7	14,0
Etnia	Umbundos	31	62,0
	Quimbundos	5	10,0
	Nganguelas	3	6,0
	Cuanhamas	1	2,0
	Outros	3	6,0
Nível de escolaridade	Ensino Primário	15	30,0
	Ensino Secundário	29	58,0
	Ensino Superior	6	12,0
Nível socioeconómico	Baixo	10	20,0
	Médio	39	78,0
Agregado familiar	Elevado	1	2,0
	1 – 4	29	58,0
	5 – 7	15	30,0
Etapa do ciclo vital	8 – 10	6	12,0
	Formação do casal	0	0,0
	Filhos pequenos	6	12,0
	Filhos na escola	7	14,0
	Filhos adolescentes	6	12,0
	Filhos Adultos	31	62,0
	Outros	0	0,0
Religião	Católica	25	50,0
	Evangélica	13	26,0
	Adventista 7º dia	2	4,0
	Kimbanquista	2	4,0
	Testemunha Jeóva	2	4,0
	Outra	6	12,0
Tipo de Habitação	Pau-a-Pique/cubata	1	2,0
	Casa de Adobe	31	62,0
	Apartamento	14	28,0
	Vivenda	4	8,0
	1 a 3	15	48,4
	4 a 6	12	38,7
	7 a 9	4	12,9
Residencia /Bairro	Total Válido	31	100,0
	Comuna sede	11	22,0
	Arredores da cidade	34	68,0
	Centro da cidade	5	10,0

No que concerne ao número de filhos, só 31 dos elementos da amostra manifestaram ter filhos, pelo que os cálculos se realizaram para um valor

válido de  $N=31$ ; aqui se destaca que 48,4% da amostra têm de 1 a 3 filhos, 38,7% têm 4 a 6 filhos e 12,9% da amostra têm de 7 a 9 filhos. Quanto as profissões se classificam conforme se pode observar no anexo 4.

Para se determinar o nível socioeconómico (NSE) da amostra, procedeu-se à análise de algumas variáveis, tais como a existência de casa de banho, algumas características de conforto como os electrodomésticos, a principal fonte de rendimento da família, entre outros (cf. Anexo 2), estabelecendo-se a seguinte pontuação: resultado total entre 8,5 a 10 correspondente a uma família com Baixo NSE, 10,5 a 14 para uma família com NSE *Médio* e de 14,5 a 15,5, nos casos de famílias com NSE elevado.

### 3.5. Análises Estatísticas

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e para o seu tratamento estatístico utilizou-se o *Statistical Package for de Social Sciences* (SPSS, versão 20.0). Posteriormente, procederam-se às seguintes análises:

- a. Estatísticas descritivas dos itens do SCORE-15 (e.g., Média, Desvio padrão);
- b. Análise da consistência interna (alfa de Cronbach);
- c. Teste de *Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis* para análise da influência da variável sociodemográfica sexo e familiares no resultado total do SCORE-15.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Estatísticas Descritivas dos itens do SCORE-15

De forma a obter uma caracterização do funcionamento dos itens do SCORE-15, procedeu-se a um estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão de cada um dos 15 itens. Neste sentido, no quadro número 2, pode-se observar a média, o desvio padrão, a moda, a amplitude, a curtose e a assimetria de cada um dos itens do SCORE-15.

Verifica-se que todos os itens pontuam segundo toda a amplitude da escala de cotação (1-5), exceto o item 11 “As coisas parecem correr sempre mal para a minha família” (1-4).

O item que apresenta uma média mais elevada ( $M = 3.06$ ,  $DP = 1.396$ ) corresponde ao item 4 (“Sinto que é arriscado discordar na nossa família”) (.61). Ao contrário, o item que obteve uma média mais baixa ( $M = 2.20$ ,  $DP = 1.07$ ) foi o item 1 “Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós”.

Relativamente à assimetria (grau de distorção da distribuição em relação a uma distribuição simétrica) todos os itens apresentam valores positivos, sendo o valor máximo correspondente ao item número 10 “Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família” (.85), com exceção dos itens 2 “Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros” (.28), e 4 “sinto que é arriscado discordar na nossa família” (.06) sendo este último o valor mínimo.

Quanto aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), os itens 5 “Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia” (.37), 6 “Confiamos uns aos outros” (.79), 9 “Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras” (.88), 11 “As coisas parecem correr sempre mal para a minha família” (.72) e 12 “As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras” (1.13), o item que se encontra mais afastado do valor 0 é o item 8 “Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente” (1.14).



## Quadro 2.

*Estatísticas descritivas dos itens do SCORE-15*

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Amplitude</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
1	2.20	1.07	1-5	.52	-.50
2	2.9	1.06	1-5	-.28	-.45
3	2.76	1.35	1-5	.47	-.86
4	3.06	1.35	1-5	-.06	-1.14
5	3.02	1.08	1-5	-.14	-.37
6	2.48	1.27	1-5	.39	-.79
7	2.60	1.29	1-5	.33	-.89
8	2.64	1.12	1-5	.13	-1.14
9	2.84	1.25	1-5	-.01	-.88
10	2.28	1.37	1-5	.85	-.47
11	2.36	.851	1-4	-.16	-.72
12	2.82	1.32	1-5	-.04	-1.13
13	2.48	1.297	1-5	.31	-1.14
14	1.12	1.23	1-5	.06	-.79
15	2.68	1.27	1-5	.39	-.75

**4.2 Estudo de precisão****4.2.1. Consistência Interna SCORE-15**

Para medir a correlação existente entre os diferentes itens no mesmo teste realizou-se um estudo de consistência interna (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, os itens do SCORE-15 foram analisados através do coeficiente *alfa* de *Cronbach*. O valor do *alfa* de *Cronbach* para o total do SCORE-15 é .72, um valor razoável situado acima do critério de .70 proposto por Pestana e Gagueiro, (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total dos itens do SCORE-15, realizou-se uma análise das correlações item-total corrigidas e do valor do *alfa* de *Cronbach* se o item for eliminado. Verificou-se que a exclusão de qualquer item do SCORE-15 não altera significativamente o valor do *alfa* de *Cronbach* para a escala total, conduzindo apenas a um ligeiro aumento ou

diminuição desse valor, como é o caso dos itens 5 (.736) e 13 (.716), respectivamente (Anexo3).

Calculámos ainda o valor da consistência interna para as dimensões da escala, tendo-se obtidos valores não satisfatórios para as Dificuldades Familiares (itens 5, 7, 9, 11, 14;  $\alpha = .46$ ) e para a Comunicação Familiar (itens 2, 4, 8, 12, 13;  $\alpha = .54$ ). No que diz respeito à dimensão Forças Familiares (itens 1, 3, 6, 10, 15;  $\alpha = .79$ ), encontramos um valor satisfatório para a consistência interna.

### 4.3. Impacto da variável sociodemográfica sexo e das variáveis familiares no resultado total do SCORE-15

No presente trabalho, recorreu-se ao teste *Mann Whitney* para analisar a influência da variável sexo no resultado total do SCORE-15 e ao teste *Kruskal Wallis* para analisar a influência das variáveis familiares, etapa do ciclo vital da família e composição do agregado familiar, no resultado total do SCORE-15.

#### 4.3.1 Impacto da variável sociodemográfica sexo no resultado total do SCORE-15

Os resultados mostram que o resultado total do SCORE-15 não varia, de forma estatisticamente significativa, em função do sexo  $U$  ( $df = 48$ ) = 190.50,  $p = .27$  (cf. Quadro 3).

Quadro 3.

*Comparação do SCORE-15 em função do sexo (Mann-Whitney)*

Variável	<i>N</i>	<i>Mean rank</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	Feminino	13	29.35	
Sexo			190.50	.3
	Masculino	37	24.15	

#### 4.3.2. Impacto das variáveis familiares no resultado total do SCORE-15

No quadro 4, pode observar-se que não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no resultado total do SCORE-15 em função da variável **etapa do ciclo vital da família**,  $X^2_{kw}$  (3)  $df = 6,31$ ,  $p = .10$ ; o mesmo acontece à variável **composição do agregado familiar**,  $X^2_{kw}$  (2)  $df = 1,51$ ,  $p = .47$ .

Quadro 4.  
*Comparação do SCORE-15 em função das Variáveis etapa do ciclo vital e composição do agregado familiar (Kruskal Wallis).*

Variável		<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>X<sup>2</sup> kw</i>	<i>P</i>
	Família filhos pequenos	5	37.10		
Etapa do ciclo vital	Familia filhos na escola	7	30.93	6.31	.10
	Família filhos adolescentes	6	20.42		
	Familia filhos pequenos	31	22.60		
Composição agregado familiar	1-3	20	28.60		
	4-7	24	23.50	1.51	.47
	8-11	6	23.17		

## V. DISCUSSÃO

O presente trabalho de investigação teve por objetivo analisar o funcionamento familiar de doentes alcoólicos no contexto Angolano, ao nível da comunicação, das dificuldades familiares e das forças familiares avaliadas pelo SCORE-15. Num primeiro momento de discussão deve-se fazer referência às características mais pertinentes da amostra, considerando que a amostra é constituída maioritariamente pelo sexo masculino (74%), na faixa etária entre os 26 e os 34 anos de idade (30%), solteiros (42%), com o nível de escolaridade até ao 12º ano/ ensino secundário (58%), residentes nos arredores da cidade (68 %), pertencentes à etnia Umbundo (62%) e com NSE médio (78%). Em termos familiares encontram-se essencialmente na última etapa do ciclo vital, ou seja, têm filhos adultos (62%), sendo o seu agregado composto por 1 a 4 pessoas (58%). Neste sentido, e uma vez que a nossa amostra não é representativa da população Angolana, devemos ter o cuidado na leitura dos nossos resultados.

Relativamente aos resultados obtidos para as estatísticas descritivas, o item que apresenta uma média mais elevada é o item 4 “ Sinto que é arriscado discordar na minha família”, o que pode indicar que na população dependente de álcool, residente no Lubango, existe, em média, uma grande dificuldade em contrariar as decisões tomadas pela família. Segundo Coon (2002), as sociedades têm culturas que as distinguem umas das outras e estabelecem especificamente a sua organização, ou seja, a maneira como as

peças se comunicam, resolvem os seus problemas e/ou encontram ou não facilidades para as resolver, depende de como as peças aprendem a fazê-lo. Ou seja, a forma como este grupo particular percebe as suas dificuldades, os seus problemas, e a maneira como os vão resolver ou encontrar soluções para os ultrapassar pode ser diferente das demais regiões ou grupos étnicos de Angola. Por outro lado, o item que obteve uma média mais baixa foi o item 1 “ Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós ”, o que por sua vez pode significar que os membros destas famílias dão importância ao facto de conversarem uns com os outros, valorizando, assim, a dimensão da comunicação.

No que se refere à consistência interna, o coeficiente do *alfa de Cronbach* do instrumento SCORE-15 foi satisfatório ( $\alpha = .72$ ), indicando uma boa consistência interna, próxima do valor obtido nos estudos de Mendes (2011).80 e nos estudos de Pereira (2011) .93. Estes últimos são indicadores de uma consistência interna elevada, acima do considerado aceitável (.70) segundo Pestana e Gageiro (2005). Os valores obtidos para cada um dos fatores em que se divide o instrumento foram diferenciados. Enquanto a dimensão Forças Familiares ( $\alpha = .79$ ) apresenta valor próximo do bom, as restantes dimensões apresetam um valor insatisfatório. (Comunicação familiar =.54; Dificuldades Familiares =.46). No entanto, acreditamos que estes valores de consistência interna mais baixos poderão ser devidos ao tamanho reduzido da nossa amostra. Por outro lado, verificamos que, quer a escala total, quer a dimensão Forças Familiares funcionam bem com a nossa população, ao nível da consistência interna.

Passando agora a discutir os resultados direccionados para impacto das variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo, constatamos que este não influencia significativamente os resultados do SCORE-15. Neste seguimento, salientamos os resultados obtidos por Moraes (2008), Vargas, (1983) e Lader (1994) que também não encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres, no que se refere aos efeitos do alcoolismo. Um futuro estudo deveria estudar indivíduos de ambos os sexos de modo a confirmar estes resultados.

Em relação às variáveis familiares, verificamos o mesmo, ou seja, a etapa do ciclo vital e o agregado familiar também não influenciam o funcionamento familiar das famílias em análise. Estes dados são interessantes, na medida em que ser homem ou mulher, estar numa ou noutra etapa do ciclo vital, fazer parte de um agregado familiar maior ou menor não parece determinar de forma significativa no funcionamento familiar avaliado pelo SCORE-15, ou não influência de tal modo que os levem à obtenção de diferenças.

Sintetizando, pode-se afirmar que nesta amostra com doentes alcoólicos, o SCORE-15 parece funcionar adequadamente, independentemente do sexo e das características familiares dos sujeitos, evidenciando um melhor funcionamento na dimensão Forças Familiares.

## VI. CONCLUSÕES

Após a apresentação e discussão dos resultados obtidos no presente trabalho de investigação, que serviu para verificar se existem ou não diferenças significativas no funcionamento familiar do doente com alcoolismo crónico, relativamente às variáveis etapa do ciclo vital e composição do agregado familiar, importa enumerar as seguintes conclusões principais retiradas do estudo.

De um modo geral, o estudo possibilitou a caracterização

sociodemográfica de um grupo de doentes com alcoolismo como doença crónica, que se encontram a realizar tratamentos nas Unidades de Saúde: Hospital Central, Hospital Psiquiátrico e Hospital Militar, todos da Cidade do Lubango. Além disso, este estudo contribui para os estudos de validação do SCORE-15 com angolanos alcoólicos, destacando-se positivamente a dimensão Forças Familiares nestas famílias.

Não obstante o interesse destes resultados para a investigação neste tipo de doentes, importa identificar as limitações do nosso estudo.

Em primeiro lugar, trata-se, como já vimos, de uma amostra de conveniência, tendo sido escolhido um grupo de doentes alcoólicos da cidade do Lubango. E este fator limita a representatividade da nossa amostra. Por esta razão consideramos que seria importante continuar este estudo com amostra de doentes alcoólicos mais robusta, alargando o estudo do funcionamento familiar também a outras patologias crónicas presentes em Angola.

Para concluir, é importante realçar a importância de estudar os doentes alcoólicos crónicos na cidade do Lubango, uma vez que estes indivíduos vivenciam períodos de crise e de mudança nas suas vidas, veem-se restringidos em alguns domínios da sua vida e por vezes, podem ser alvo de estigma social tanto eles como as suas famílias. Desta forma, ao procurarmos identificar as variáveis potenciadoras das dificuldades nesta população pretendemos contribuir positivamente para a promoção do bem-estar em doentes alcoólicos crónicos.

## BIBLIOGRAFIA

- Adés, J. e Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento.*( 2ªed). Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- Alarcão, M. (2000). *Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Angola (2006). *Lei das actividades comerciais.* Portal do Governo.
- Anshen, R. (2002). *Famiglia la sua funzione e il suo destino,* Milano, Bompiani.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação.*( 5ª ed). Braga:Psiquilíbrios
- Beltrão, P. (2003). *Sociologia della famiglia contemporanea,* Roma.
- Borges, C. e Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependências-Alcoolismo e toxicoddependência,* Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho, D. (2009). *Alcoolismo: características e efeito.* In. <http://www.infoescola.com/doencas/alcoolismo>.
- Coon, D. (2002). *Introdução à Psicologia: uma jornada.* Brasil:Thomson.
- DSM-IV (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.* 4ª Edição. American Psychiatric Association. CLIMEPSI Editores.
- Edwards, G. e Gross, M. (2005). *O Tratamento do alcoolismo:*(4ªed), Porto Alegre: Artmed. Cap.3-6,16.
- Escohotado, A. (2003). *História elemental de las drogas.* (2. Ed). Barcelona: Anagrama.
- Ferreira, P. (2003). *Efeito do abuso de álcool no cérebro.* Ciência Hoje. Rio de Janeiro, 19 mar. 2001. vol 169. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/cienciahoje/ch/>> Acesso em: 13 jul. 2014.
- Formigoni, M., e Monteiro, M. (2001). *A Etiologia do alcoolismo.* In Ramos,SP. Organizador, *Alcoolismo Hoje* (3ªed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Foucault, M. (2003). *História da sexualidade: o uso dos prazeres.* (10. Ed). V.2 São Paulo: Graa.l
- Gouveia, J.P. (1991). *Contribuição do modelo cognitivo-comportamental para a compreensão e tratamento do alcoolismo.* *Psiquiatria Clínica,* 12 (3):109-115.
- Góngora, J. (1996). *Famílias con personas discapacitadas características y fórmulas de de intervencion.* Castilha e Leon:consejeria de sanidade y Bienestar social.
- Lapate, V. (2001). *Hora Zero: a independência das drogas; antes que os problemas cheguem.* São Paulo: Scortecci.
- Machado, M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros.* Instituto de Educação e Psicologia. [em linha]. (2009) [Consult. 29 Set. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream>.
- Mello, M. (1992). *Considerações sobre a história natural da doença alcoólica em Portugal. Uma contribuição para o estudo.* *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia.* 1: 29-35.
- Mendes, A. R. (2011). *Impacto de variáveis sociodemográficas no score-15, score 28 e score 29.* (tese não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Moore, W. (1967). *Social Change,* Englewood, Prentice Hall.
- Moraes, M. (2008). *O modelo de atenção integral à saúde para*

*tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais.* Ciência e Saúde Coletiva, 13 (1), p. 121-133.

Olson, D. (2011). *Faces IV and the circumplex model: validation study.* Journal of marital and family therapy, 31 (1), 64-80;

Olson, D. e Gorall, D. (2003). *Circumplex model of marital and family systems.* Normal Family Processes, (3), 514-547.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action.* Geneva, WHO. Accessed 20 apr. 2014. Available from [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases](http://www.who.int/topics/chronic_diseases).

Pampliega, A. (2005). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español.* Int J Clin Health Psychol, 6 (2), 317-338.

Pestana, M. H. & Gagueiro, J.N. (2005): *Análise de dados para ciência sociais: A complementariedade do ssp (4ªed).* Lisboa: Edições sílabo.

Pillon, S. e Luis, M. (2004). *Modelos explicativos do uso de álcool e drogas e prática da enfermagem.* Revista Latino- am Enfermagem, 12 (4) : 676-682.

Ramos, S. (1997). *Alcoolismo Hoje.* Porto alegre: ARTMED.

Rolim, L., (2006). *Estudo de validação da escala de avaliação da coesão e adaptação psicológica,* (42), 309-327.

Steinglass. P. (2003). *La familia alcoholica.* Barcelona: Gedisa Editorial.

Tiba, I. (2007). *Juventude e Drogas: Anjos Caídos para pais educadores.* São Paulo: Editora Integrare.

Vargas, H. (1983). *Repercussões do álcool e do alcoolismo.* São Paulo: Fundo Editorial BYK-PROCIENX, 1983. P.11-5.

## **Anexos**



**ISP TUNDAVALA****INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES**

**Nome da investigação:** Estudo das Doenças Crónicas em Angola.

Esta investigação tem como **objectivo:** Estudar a relação entre *creças, adesão ao tratamento, funcionamento familiar e congruência* em doentes crónicos angolanos.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados.

**NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS**

A equipa deste projecto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração. O seu contributo é extremamente importante.

**CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade.

Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

---

(Assinatura)



**MI PSICOLOGIA  
FPCE-UC/ISPT  
2013/2014**

**Anexo 2**

**Questionário sociodemográfico**

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de recolha de da \_\_\_\_\_

**Dados de identificação do próprio**

**Sexo:** Fem \_\_\_\_ Masc \_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Doença Crónica:** \_\_\_\_\_

**Data do Diagnóstica:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** (se for adulto, rscrever o último ano concluído): \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

**Estado Civil:**

Solteiro(a) \_\_\_\_\_

Casado(a) \_\_\_\_\_

União de facto \_\_\_\_\_

Separado(a) \_\_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_\_\_

Viúvo(a) \_\_\_\_\_

Recasado: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Etnia:**

Nhaneca \_\_\_\_\_

Umbundo \_\_\_\_\_

Quimbundo \_\_\_\_\_

Nganguela \_\_\_\_\_

Cuanhama \_\_\_\_\_

Outras \_\_\_\_\_

**Religião:**

Católica \_\_\_\_\_

Evangélica \_\_\_\_\_

Adventista do 7º Dia \_\_\_\_\_

Tokuista \_\_\_\_\_

Igraja Universal do Reino de Deus \_\_\_\_\_

Kimbanquista \_\_\_\_\_

Testemunhas de Jeová \_\_\_\_\_

Outras \_\_\_\_\_

### Dados de Identificação do Agregado Familiar

#### Composição agregado familiar

Parentesco*	Idade	Sexo M/F	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

\*Pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário.

\*\*Incluir nesta acção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma).

#### Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Parentesco) *	Idade	Profissão	Estado Civil	Motivo da permanência

\*Por exemplo, avó (ô), tio(a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

#### Área de residência

Centro da cidade \_\_\_\_\_

Erredores da cidade/Bairro \_\_\_\_\_

Aldeia/Quimbo \_\_\_\_\_

Comuna/Sede \_\_\_\_\_

Outro. Qual \_\_\_\_\_

#### Tipo de habitação

Apartamento \_\_\_\_\_

Vivenda \_\_\_\_\_

Pau-a-Pique/Cubata \_\_\_\_\_

Casa de adobe \_\_\_\_\_

Outro. Qual \_\_\_\_\_

#### Característica da habitação

Divisões	N	Observações*

\*Exemplo: 2 filhos que partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

**Electrodoméstico e Conforto (assinalar com X o que houver)**

	N	Observações*
Água canalizada		
Gás		
Electricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

\*Exemplo: Electricidade por gerador

**Principal fonte de Rendimento da Família**

Riqueza herdada ou adquirida \_\_\_\_\_

Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados \_\_\_\_\_

Vencimento mensal fixo \_\_\_\_\_

Remuneração por semana, dia ou por tarefa \_\_\_\_\_

Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariades)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Nível socioeconómico**

<sup>1</sup> **Etapa do ciclo vital**

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista

## Anexo 3

## SCORE-15

(P. Stratton, J. Bland, E. Janes & J. Lask, 2010)  
Traduzido por A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero & A. Portugal

Código do Local      Nr. Da família      Posição no agregado \_\_\_\_\_

**Descreva a sua família (Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)**

**Solicitamos que nos descreva a forma como vê a sua família neste momento. Por isso, pedimos-lhe a SUA opinião sobre a sua família. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflecta sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento.**

Para cada item coloque um visto (√) apenas num dos quadros numerados de 1 a 5. Se a frase “Estamos sempre a discutir entre nos” não caracteriza adequadamente a sua família, deverá responder com visto (√) no quadro 4, que diz respeito à resposta “Descreve-nos: Mal”.

			√	
--	--	--	---	--

Evite reflectir aprofundadamente acerca da resposta, mas procura responder a todas as questões apresentadas.

Como diria que cada afirmação <u>descreve a sua família?</u>	1. Descreve-nos: Muito bem	2. Descreve-nos: Bem	3. Descreve-nos: Em parte	4. Descreve-nos: Mal	5. Descreve-nos: Muito mal
1. Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nos.					
2. Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros					
3. Todos nos somos ouvidos na nossa família					
4. Sinto que é arriscado discordar na nossa família					
5. Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia					
6. Confiamos uns nos outros					
7. Sentimo-nos muito infelizes na nossa família					
8. Na minha família, quando as pessoas se zangam,					

ignoram-se intencionalmente					
9. Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras					
10. Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família					
11. As coisas parecem correr sempre mal para a minha família					
12. As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras					
13. Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras					
14. Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal					
15. Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades					

## Anexo 4

## Profissões dos sujeitos da amostra

<i>Profissão</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>Profissão</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Agrônomo	1	2,0		Funcionário P.	1	2,0
Alfaiate	1	2,0		Farmacêutico	1	2,0
Anestesista	1	2,0		Militar	2	4,0
Biólogo	1	2,0		Modista	1	2,0
Bombeiro	1	2,0		Motorista	1	2,0
Camponês	4	8,0		Negociante	2	4,0
Carpinteiro	1	2,0		Parteiro	1	2,0
Cataloga	3	6,0		Pedreiro	3	6,0
Comerciante	1	2,0		Polícia	1	2,0
Desempregado	1	2,0		Professor	2	4,0
Empregado Dom.	1	2,0		Radiólogo	1	2,0
Empregado de Limp.	1	2,0		Roupeira	1	2,0
Enfermeiro	1	2,0		Téc. Informática	2	4,0
Enfermeira	4	8,0		Vigilante	1	2,0
Estudante	8	16,0				