



2014

UC/FPCE

Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Validação do Questionário de Forças Familiares para a População Angolana perante a presença de doenças como a Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose

Emanuel Francisco André (e-mail: emafrancisco@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea Sistémica, Saúde e Família sob a orientação do Doutor Bruno de Sousa.

Validação do Questionário de Forças Familiares para a População Angolana perante a presença de doenças como a Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose

Resumo

O Questionário de Forças Familiares proposto por Melo e Alarcão (2007 como citado por Mendes, 2008, p. 24) é um instrumento de auto-relato, construído para avaliar a perceção que as famílias têm das suas forças familiares, sendo constituído por 29 itens construídos em função da revisão da literatura e da prática profissional com famílias. Pretendemos neste estudo validar o Questionário de Forças Familiares (QFF) para a população de Angola, com base numa amostra recolhida em 4 estudos realizados na província da Huíla que abordam a temática na presença das seguintes doenças: Epilepsia (Joaquim, 2012), Malária (Chamuene, 2012), Tuberculose (Angelina, 2012) e VIH/SIDA (Correia, 2012). A amostra é constituída por 280 sujeitos, subdividida por dois subgrupos: 140 são sujeitos doentes (grupo experimental) e 140 são sujeitos sem doença (grupo de controlo). No sentido de se avaliar a estrutura do instrumento realizou-se uma análise fatorial, tendo-se identificado algumas diferenças na distribuição dos itens relativamente a estudos anteriores. O alfa de Cronbach obtido para o QFF foi de 0,950, tendo-se verificado valores de alfa de Cronbach entre 0,746 e 0,913 para as 6 dimensões identificadas. Concluímos ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e de controlo relativamente aos totais médios para todas as dimensões identificadas.

Palavras-chave: QFF, Forças, Família.

Family's strength validation questionnaire for the Angolan population with epilepsy, malaria HIV /AIDS and tuberculoses.

Abstract:

Families Strength Questionnaire (FSQ) proposed by Melo and Alarcão (2007 as cited by Mendes, 2008, p. 24), is a tool created for to evaluate families' perceptions of their strengths. It is composed with 29 items, created based on the literature review and professionals that work with families. The objective of the following research is the validation of FSQ instrument for the Angolan population. The sample has been collected from 4 studies on Epilepsy (Joaquim, 2012), Malaria (Chamuene, 2012), Tuberculoses (Angelina, 2012) and HIV/AIDS (Correia, 2012) that took place in Huila province. The sample is composed by 280 peoples divided by two groups: 140 unhealthy individuals (cases group) and 140 healthy individuals (control group). In order to find the structure of the instrument, a factor analyses has been conducted, where the distribution of the itens showed some differences with respect to the original study. The Cronbach's alpha was equal to 0,950, and 6 dimensions found in our analysis showed Cronbach's alphas between 0,746 and 0,913. There are significant statistical diferencies between the two groups under analysis with respect to the FSQ scores.

Key Words: FSQ, Force, Family.

Agradecimentos

A Deus pai todo-poderoso pela razão da vida.

Ao meu pai Borrego e aos meus irmãos Mateus Borrego e André Neto, por não me deixarem só na longa estrada da vida.

À minha querida mãe “eterna memória”

Às minhas irmãs Dena, Ana e Constância, que não me deixam sem carinho em todos os momentos.

À esposa e à família inteira e aos meus filhos em particular pela paciência e compreensão durante as minhas ausências em momentos importantes de suas vidas.

Ao Doutor Bruno de Sousa, pelos ensinamentos e pela suavidade do seu estar.

Ao Dr. Carlos André Pires, pela companhia e paciência emprestada.

Ao Dr. Peliganga Luís Baião, que me fez acreditar que nada era impossível.

Aos meus amigos João Lemos, Bartolomeu do Nascimento, Paulo Nzanji, Agostinho Sambundo, Manuel Ambrósio e Daniel Mucanda, que me deram ânimo nos momentos de desalento.

Índice

RESUMO	
AGRADECIMENTOS	
INTRODUÇÃO.....	1
I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	2
1.1 FORÇAS FAMILIARES, DEFINIÇÃO E CONCEITUALIZAÇÃO	2
1.2 CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE FORÇAS FAMILIARES	5
II – OBJETIVOS	6
III – METODOLOGIA	6
3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	6
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	7
IV - RESULTADOS	20
4.1 ESTRUTURA FATORIAL DO QFF.....	210
4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUESTIONÁRIO DE FORÇAS FAMILIARES (QFF).....	22
4.3 TESTE-T PARA AMOSTRAS INDEPENDENTES.....	25
V - DISCUSSÃO	25
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO DA PROVÍNCIA DA HUÍLA/ ANGOLA.....	26
5.2 ANALISAR DA ESTRUTURA FATORIAL E DA CONSISTÊNCIA INTERNA DOS ITENS DO INSTRUMENTO DE FORÇAS FAMILIARES (QFF).....	27
5.3 ANÁLISE DA SOLUÇÃO DA CONSISTÊNCIA	28
5.4 COMPARAÇÃO DA HOMOGENEIDADE DOS GRUPOS ENTRE OS FATORES.....	29
VI - CONCLUSÕES	29
BIBLIOGRAFIA	31

Introdução

Há mais de quatro décadas estudos norte-americanos têm sido desenvolvidos procurando analisar e definir as forças da família (Otto, 1962 e 1963 como citados por Dias & Silva, 2010, p. 791). Tais forças traduzem-se em competência das pessoas no enfrentamento das dificuldades, que são transformadas em aprendizagem e oportunidade de crescimento (Dias & Silva, 2010). Também são consideradas como forças a capacidade de criar e manter relações construtivas com a comunidade na qual estão inseridas e a possibilidade de fornecer apoio, segurança e encorajamento para os seus membros (Otto, 1962 como citado por Dias e Silva, 2010, p.791).

Alguns fatores críticos relativos à própria família como a dinâmica intrafamiliar e a pressão do meio estão essencialmente ligados ao funcionamento e história do ciclo de vida familiar (Guerreiro, 2011). A autora aponta também o desemprego e conseqüentemente a situação de vulnerabilidade social e econômica bem como as condições de habitação precárias como indicadores de risco que poderão influenciar a relação entre pais e filhos. As populações expostas a adversidades como a guerra (Davis, 2000 como citado por Silva, Lacharité, Silva, Lunardi & Filhos, 2009, p. 93); a pobreza extrema (Garmezi, 1993 como citado por Silva *et al.*, 2009, p. 93) a doença mental, (Rutter, 1999 como citado por Silva *et al.*, 2009, p. 93) e outras, está sustentada predominantemente em estudos desenvolvidos nas últimas décadas acerca deste fenômeno.

Diante desta situação, algumas famílias criam um meio estável, caloroso e satisfatório em circunstâncias adversas, enquanto outras não prosperam, sendo de extrema importância identificar os processos chave que fortalecem a capacidade da família para ultrapassar os desafios que enfrentam (Silberberg, 2001 como citado por Mendes, 2008, p.8). Há famílias que apesar dos fatores de risco associados, conseguem adaptar-se à mudança e ultrapassar as suas dificuldades quer ao nível do seu funcionamento, quer ao nível das pressões do meio ambiente, facilitando a intervenção e tornando-se autónomas (Guerreiro, 2011).

Portanto, não significa que os seres humanos não se sintam atingidos pela situação adversa, nem tão pouco que a situação de risco tenha que ser afastada (Silva *et al.*, 2009). A família conserva as marcas da adversidade que enfrentou, estando presentes nas suas lembranças e nos seus sentimentos. A sua história permanece na memória, mas a pessoa é capaz de recuperar porque encontra o suporte que a ajuda a prosseguir, delineando uma trajetória que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva (Cirulnik, 2001 como citado por Silva *etal.*, 2009, p.93).

De acordo com Dias e Silva (2010) a convivência diária com a pessoa que experimenta uma certa dificuldade possibilita o fortalecimento das suas relações com a família. Assim, de forma paulatina, descobrem-se forças desconhecidas, como, por exemplo, a capacidade de se manterem unidas pelo afeto, de serem flexíveis no que tange aos papéis desempenhados por seus membros e de se ajudarem mutuamente.

O presente estudo de investigação é apresentado primeiramente por um

enquadramento teórico da temática em estudo, seguido da metodologia de investigação utilizada, os resultados obtidos e, posteriormente a discussão de tais resultados. Por fim, termina com as conclusões, na qual se analisam as questões teóricas e práticas, bem como sugestões de investigações futuras.

I – Enquadramento concetual

1.1 Forças familiares, definição e conceitualização

Na literatura de língua inglesa a palavra força – *force* – é a causa, a ação de um ente material capaz de alterar o estado de repouso ou de movimento de outro corpo, ou seja, tudo aquilo que é capaz de produzir ou alterar um movimento, segundo a física clássica. Já para a Psicologia, força – *strength* – é um termo que adquire uma conotação de fortaleza. Nesse sentido, no estudo ora proposto, força está relacionada àquilo que torna as famílias capazes de lidar com os problemas de forma positiva, utilizando a situação de crise como uma aprendizagem adquirindo, com isso, maior competência para administrar as adversidades que a vida lhes apresenta (Dias, 2010). Nesta mesma linha de ideias, Bronfenbrenner (1998 como citado por Dias & Silva, 2010, p.792) considerou como força os processos proximais, ou seja, as interações recíprocas e regulares entre seres humanos e o meio ambiente em determinado tempo, segundo um nível crescente de complexidade.

Otto (1962, 1963 como citado por Dias, 2010, p.14) desenvolveu na década de 60 um estudo internacional nos Estados Unidos que procurava analisar e definir as características de uma família forte. Segundo o autor, a competência da família tem como principal função enfrentar as dificuldades, transformando-as em aprendizado e oportunidades de crescimento, além da capacidade de criar e manter relações construtivas com a comunidade na qual está inserida e tendo a capacidade de fornecer apoio, segurança e encorajamento para os seus membros, sinalizando a presença das forças. Além disso, Otto (1962 como citado por Dias 2010, p.14) destaca que, nessas famílias existe diálogo entre as pessoas e uma sensibilidade das necessidades emocionais de cada membro do grupo. O autor salienta também que alargar a nossa compreensão e conhecimento sobre as forças da família torna possível ajudá-la no desenvolvimento das suas potencialidades.

Já De Frain (2007 como citado por Dias & Silva, 2010, p. 791-798) define forças familiares como os processos que capacitam as famílias para administrar as adversidades que lhe são apresentadas no quotidiano da vida. Outros autores, como Dunst, Trivette e Deal (1994 como citado por Dias, 2010, p.14) entendem como forças da família os conhecimentos, capacidades e aptidões da unidade familiar e de cada um dos seus membros utilizados para identificar as suas necessidades e obter os recursos e apoios necessários à resposta aos anseios do grupo.

Concorrendo para o mesmo objetivo, Williams (1985 como citado em Dunst, Trivette, Deal, 1994, p.92 e Silva, 2013, p.8) define forças das famílias como os padrões de relação, as competências interpessoais e as características psicossociais que criam uma identidade positiva da família,

promovendo uma interação satisfatória entre os membros do sistema familiar, encorajando o desenvolvimento e o potencial da família enquanto grupo e de cada um dos seus membros individualmente, contribuindo para a capacidade de lidar eficazmente com o *stress* e as crises.

As competências familiares e os padrões de interação familiares fazem parte das componentes das forças das famílias, englobando, desta forma, os valores familiares. Esses mesmos valores são definidos como as atitudes e crenças que contribuem para um estilo de funcionamento familiar, incluindo uma variedade de afirmações e expectativas que caracterizam o estilo de vida da família (Dunst, 1994 como citado por Silva, 2013, p.8). Segundo o autor, as competências familiares são o conhecimento, as competências e as capacidades que cada membro da família tem para mobilizar recursos internos ou externos. Concretamente as competências das famílias são os comportamentos que refletem a performance da família em mobilizar recursos. O autor entende ainda que as famílias têm diferentes tipos de valores, competências e padrões de interação que, no seu conjunto, definem o seu estilo de funcionamento, que é único, irrepetível e que reflete a forma como a família se desenvolve. A combinação das características destas componentes é o que torna a família forte, não a presença ou ausência dos mesmos.

Todas as famílias têm as competências necessárias para efetuarem as transformações de que precisam, desde que as deixemos experimentar as suas próprias soluções e ativarmos o processo que as autoriza a isso (Ausloos, 2006 como citado por Silva, 2013, p.9).

Os aspetos positivos no funcionamento e organização familiares mais referidos pelas famílias e profissionais são: união e apoio familiar, forte vínculo entre pais e filhos e capacidade de organização e partilha das tarefas da vida diária. Este estudo foca ainda que as competências se relacionam sobretudo com aspetos emocionais e expressivos (Sousa & Ribeiro, 2005; Sousa, Ribeiro & Rodrigues, 2006 como citados por Silva, 2013, p.10).

Um estudo realizado recentemente com famílias que convivem com problemas crónicos de saúde (De Frain, 2007 como citado por Dias & Silva, 2010, p.792), entre eles o câncer, destaca como forças da família: o tempo compartilhado entre seus membros e as interações no microsistema familiar representadas pelo apreço e afeto; compromisso e diálogo entre as pessoas; flexibilidade nos papéis familiares e coesão entre os seus membros. Outros autores apontam que as forças também podem estar refletidas nas interações das pessoas da família com outros contextos, tais como a igreja (Aquino, 2007 como citado por Dias & Silva, 2010, p.792) e os serviços de saúde (Mello, 2005 como citado por Dias & Silva, 2010, p.792).

Paralelamente a esta situação encontram-se os modelos baseados nas competências e forças familiares em detrimento dos modelos baseados nos défices. Por exemplo, o Modelo Circunflexo da Família de David Olson (2000) refere três forças familiares: coesão, flexibilidade e comunicação (Wolcott, 1999 como citado por Silberberg, 2001, p.52-57 e Mendes, 2008, p.8); o Modelo de Forças Familiares de Stinnett e De Frain (2007) refere seis características das famílias fortes: compromisso para com a família,

apreciação e afeto entre cada um dos membros, padrões de comunicação positivos, momentos agradáveis passados juntos, sensação de bem-estar espiritual e ligação e capacidade para lidar com o sucesso em situações de crise (Stinnett & De Frain, 1985 como citado por Silberberg, 2001, p.52-57e Mendes, 2008, p.8); o Modelo Australiano de Forças Familiares que menciona oito características: comunicação, proximidade, partilha de atividades, afeto, suporte, aceitação, compromisso e resiliência (Silberberg, 2001 e Mendes, 2008).

No âmbito da perspectiva ecológica e desenvolvimental dos modelos baseados nas competências familiares, da teoria do *stress*, *coping*, e adaptação, desenvolveram-se estudos para identificar os processos familiares e reduzir o risco de perturbações no funcionamento familiar. Afirma-se que as famílias devem focar-se nas competências em vez dos défices, contemplando e não esquecendo o contexto e o ciclo do desenvolvimento familiar (Walsh, 2002, 2003 como citado por Borges, 2010, p.12e Joaquim, 2012, p.8).

A forma particular de organização, de comunicação, de recursos pessoais e comunitários para a solução de problemas, que operam em determinadas circunstâncias e que possibilitam que os seus membros sejam capazes de responder de uma forma positiva às demandas da vida quotidiana, mesmo vivendo em ambientes potencialmente de risco, é considerada como um processo desenvolvimental das forças familiares (Hawley, 1996 como citado por Silva *et al.*, 2009, p.94).

Na visão de Roehe (2004) e Tavares, Beria e Lima (2004), como citados por Dias (2010, p.19), a religiosidade pode ser considerada uma força da família, por influenciar a capacidade de mobilização das pessoas para superar um posicionamento, às vezes, totalmente passivo e sem esperança em relação à doença, na direção de um comportamento que represente um movimento rumo à resolução dos seus problemas. A palavra religiosidade deriva do latim *religare*, que em português significa “conectar de novo com o ser superior”, relacionando-se de uma maneira como uma pessoa acredita, segue e pratica uma religião (Koenig, McCullough & Larson, 2001 como citado por Dias, 2010, p.19).

Com base nisto, Teixeira e Lefrève (2007 como citado por Dias, 2010, p.18) relatam que o uso de estratégias religiosas para enfrentar situações difíceis pode gerar o auto-fortalecimento das pessoas, levando o grupo familiar à busca do significado e do propósito das dificuldades que elas enfrentam. A religião configura-se como um importante apoio social, proporcionando às pessoas uma oportunidade de interação, com contato sistemático, vínculos de amizade e pertença, os quais poderão amenizar o sofrimento com o qual convivem diariamente, diminuindo a ansiedade e a depressão, quando existem, permitindo que enfrentem com maior competência as adversidades da vida (Pietrukowicz, 2001; Silva & Moreno, 2004 como citados por Dias, 2010, p.18).

Os recursos que as famílias encontram para lidar com as dificuldades da vida fortalecem cada vez mais as famílias. De entre eles podemos salientar as relações de apreço e de afeto, o compromisso e o diálogo entre as

peçoas, o tempo compartilhado de forma prazerosa entre os seus membros assim como, o bem-estar espiritual do grupo, os quais não dependem da estrutura dessa família ou da sua cultura (De Frain&Asay, 2007; Yoo, 2004 como citados por Dias, 2010, p.16).

Por conseguinte, a par da religião como elemento importante no contributo para a força familiar aparece a expressão espiritualidade que, na maioria das vezes, pode proporcionar uma visão de mundo diferenciada, auxiliando as peçoas a considerarem de forma positiva os acontecimentos da vida. Para DeFrain e Asay (2007 como citado por Dias, 2010, p.19) a espiritualidade pode estar presente em famílias fortes sob a forma da fé, esperança ou senso de otimismo perante a vida. O termo espiritualidade envolve questões relativas ao significado da vida e à razão de viver, não estando limitado aos tipos de crenças ou práticas religiosas. Koenig, McCullough e Larson (2001 como citado por Dias, 2010, p.19) definem espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, o seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente.

Finalmente, as forças familiares são os recursos que as famílias reúnem para enfrentar os problemas que as afligem no quotidiano. Estas forças resultam da combinação e mobilização de vários recursos que a família deve dispor, para que lhes possam servir de ferramenta de intervenção quando estas se deparem com as adversidades. Tais instrumentos podem traduzir-se em apoio emocional, comunicação saudável entre os membros, espírito de interajuda familiar, apoio moral e espiritual, entre outros, que ajudam as famílias a se sentirem capazes de elas mesmas responderem satisfatoriamente quando são chamadas a responder a adversidades impostas pelas exigências da vida.

1.2 Construção e desenvolvimento do Questionário de Forças Familiares

O Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007) visa fundamentalmente a caracterização dos processos de resiliência familiar de Froma Walsh (2003, 2006 como citado por Mendes, 2008, p.24 e Lucas, 2012, p. 34). É um instrumento de auto-relato, construído para avaliar a perceção que as famílias têm das suas forças familiares, sendo constituído por 29 itens. Estes itens foram construídos em função da revisão da literatura e da prática profissional com famílias, que descrevem características relativas ao funcionamento familiar teoricamente organizados de acordo com os três processos seguintes: 1º) sistema de crenças familiares; 2º) processos organizacionais; 3º) comunicação e resolução de problemas; avaliados numa escala de Likert de cinco valores (1= Nada parecidas, 2=Pouco parecidas, 3= Mais ou menos parecidas, 4=Bastante parecidas, 5=Totalmente parecidas).

O questionário de forças familiares (QFF) encontra-se, ainda, dividido em quatro subescalas: Organização Familiar Positiva, Crenças Familiares Positivas, Gestão Positiva e Suporte Familiar, e Emoções Positivas (Melo & Alarcão, 2011 como citado em Governo, 2012, p.20).

Mendes (2008) desenvolveu um trabalho constituído por uma a

amostra de 211 sujeitos portugueses, revelando um resultado de alfa de Cronbach de 0,93, que indica uma boa consistência para a escala total, assim como para as suas subescalas. O instrumento tem 6 subescalas/dimensões: 1- Crenças e Comunicação (itens 10, 11, 15, 16, 21, 24, 25, 26, e 28) com um alfa de Cronbach de 0,89; 2- Capacidade de Adaptação (itens 18, 20, 22, 23) com um alfa de Cronbach de 0,80; 3- Clima Familiar (itens 1, 2, 3, 6 e 14) com um alfa de Cronbach de 0,85; 4- Organização da Vida Familiar e Tomada de Decisão (itens 5, 9, 12, 13 e 29) com um alfa de Cronbach de 0,80; 5- Individualidade com os itens 4, 7, 8 com um resultado de alfa de Cronbach de 0,74 e 6- Apoio Social com os itens 17, 19 e 27, com um alfa de Cronbach de 0,70. Apesar dos resultados mais baixos do alfa de Cronbach nas últimas dimensões, estes podem ainda ser considerados como resultados razoáveis.

II – Objetivos

O objetivo geral deste estudo é validar a escala que mede o Questionário de Forças Familiares (QFF) em populações da província da Huíla-Angola, com base numa amostra recolhida em 4 estudos que abordam a temática na presença das seguintes doenças: Epilepsia (Joaquim, 2012), Malária (Chamuene, 2012), Tuberculose (Angelina, 2012) e VIH/SIDA (Correia, 2012).

Para tal consideramos os seguintes objetivos específicos:

1º- Fazer uma análise fatorial exploratória do Questionário de Forças Familiares nas populações da província da Huíla-Angola.

2º- Analisar a consistência interna do Questionário de Forças Familiares nas populações da província da Huíla-Angola.

3º- Avaliar as dimensões do Questionário de Forças Familiares nas populações da província da Huíla-Angola entre os sujeitos com doença (grupo experimental) e sem doença (grupo de controlo).

III – Metodologia

3.1 Descrição da amostra

A amostra total é constituída por 280 sujeitos resultado de 4 estudo exploratórios sobre a Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose, realizados em várias localidades da província da Huíla, Angola.

A amostra da Epilepsia (Joaquim, 2012) foi constituída por 100 sujeitos divididos em dois grupos: n = 50 sujeitos com epilepsia e n = 50 sujeitos sem epilepsia, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos. Fizeram parte desta amostra sujeitos de ambos os sexos de nacionalidade Angolana. A amostra foi recolhida em diversas localidades da Província da Huíla (Comuna da Arimba, Hoque e no Município do Lubango), em particular, para o grupo de sujeitos com epilepsia, nos centros de atendimento das Irmãs Hospitaleiras.

Para a Malária (Chamuene, 2012), a amostra total foi de 60 sujeitos, de entre estes, n = 30 foram doentes que contraíram malária e os outros n =

30 sujeitos sem malária. As idades destes sujeitos estão compreendidas entre os 22 e os 58 anos. Fizeram parte desta amostra sujeitos de ambos os sexos de nacionalidade Angolana. No Hospital Militar do Lubango, foram selecionados para a amostra, todos os militares que acorreram a essa unidade e que se encontravam internados com malária (grupo experimental). Os sujeitos militares não doentes (grupo controlo) foram selecionados na 60ª Brigada do Município da Matala, província da Huíla.

Já para o VIH/SIDA (Correia, 2012), a amostra geral deste estudo foi constituída por 60 sujeitos, dos quais $n = 30$ compõem o grupo de militares com VIH/SIDA (grupo experimental) e $n = 30$ o grupo de militares sem a doença (grupo de controlo). Participaram do estudo sujeitos de ambos os sexos, com a idade compreendida entre os 20 e 63 anos. Os participantes form todos militares das forças armadas angolanas, pertencentes à Região Militar Sul na província da Huíla, Angola. A amostra (por conveniência) foi recolhida no Hospital Militar do Lubango, sendo selecionada segundo os seguintes critérios de inclusão: (a) sujeitos militares, (b) de nacionalidade Angolana, (c) terem o documento de consentimento informado assinado, (d) para o grupo VIH/SIDA serem portadores do VIH/SIDA, e (e) para o grupo de controlo não serem seropositivos para o VIH/SIDA.

Finalmente, para o estudo da Tuberculose (Angelina, 2012), participaram um total de 60 sujeitos: uma subamostra composta de $n = 30$ sujeitos com diagnóstico de tuberculose e outros $n = 30$ sujeitos sem o diagnóstico de tuberculose. Todos os sujeitos foram do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e 54 anos de idade. A recolha de dados do grupo de militares com tuberculose foi obtida entre os doentes internados com diagnóstico de tuberculose no Hospital Militar do Lubango na província da Huíla. Os militares do grupo sem tuberculose foram preenchidos por militares da 60ª Brigada de Infantaria Motorizada situada no município da Matala na província da Huíla, após a prévia autorização do Comandante da unidade para se efetuar a recolha de dados.

3.2 Caracterização da amostra

Amostra Global

A amostra é constituída por 280 sujeitos, $n=140$ são sujeitos doentes (grupo experimental) e $n=140$ são sujeitos sem doença (grupo de controlo). No que diz respeito à variável sexo, pode-se observar que o sexo masculino é o mais representativo tanto para os sujeitos com a doença $n=110$ (78,6%) quanto para o grupo de controlo $n=107$ (76,4%). A idade dos sujeitos que participaram neste estudo está entre os 18 e os 70 anos de idade, com a faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade a mais representativa para o grupo de controlo é a que vai dos 18-29 anos de idade para o grupo experimental. De notar que neste último grupo a classe etária dos 30 aos 39 anos de idade difere em apenas um indivíduo da classe modal deste grupo. O estado civil união de facto é o mais representativo com $n=74$ (52,8%) para o grupo de controlo e $n=65$ (46,4%) para o grupo com a doença. No que concerne a área de residência, destacam-se com maior representatividade os sujeitos que residem nos arredores da cidade (bairros) $n=106$ (75,7%) para o grupo com

doença e n=104 (74,3%) para o grupo de controlo portanto, neste aspeto regista-se uma certa aproximação percentual nos dois grupos.

Da amostra dos sujeitos doentes e não doentes, a maior parte n=104 (74,4%) e n=73 (52,1%), respetivamente, vivem em casa de adobe. Quanto à variável etnia, a distribuição dos números de sujeitos é igual para os dois grupos n=56 (40,0%) é Umbundo para cada grupo, seguindo-se a etnia Nhaneca n=55 (39,3) e n=29 (20,7%), respetivamente para o grupo experimental e de controlo (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra: variáveis sociodemográficas

Variável	Grupo Doentes N=140		Grupo de Controlo N=140		Amostra Total N=280	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	110	78,6	107	76,4	217	77,5
Feminino	30	21,4	33	23,6	63	22,5
Idade						
18-29	51	36,5	45	32,1	96	34,2
30-39	50	35,7	58	41,4	108	38,6
40-49	29	20,7	32	22,9	61	21,8
50-59	9	6,4	5	3,6	14	5,0
60 e mais	1	0,7	-	-	1	0,4
Estado civil						
Solteiro	37	26,4	25	17,9	62	22,1
Casado	20	14,4	34	24,3	54	19,3
União de facto	65	46,4	74	52,8	139	49,6
Separado	5	3,6	5	3,6	10	3,6
Divorciado	3	2,1	0	-	3	1,1
Viúvo	10	7,1	2	1,4	12	4,3
Área de residência						
Centro cidade	14	10,0	31	22,2	45	16,1
Arredores/Bairro	106	75,7	104	74,3	210	75,0
Aldeia/Quimbo	12	8,6	2	1,4	14	5,0
Comuna/Sede	8	1,7	3	2,1	11	3,9
Tipo de habitação						
Apartamento	3	2,1	11	7,9	14	5,0
Vivenda	22	15,7	49	35,0	71	25,4
Pau-a-pique/cubata	10	7,1	6	4,3	16	5,7
Casa de adobe	104	74,4	73	52,1	177	63,2
Outro	1	0,7	1	0,7	2	0,7
Etnia						
Nhaneca	55	39,3	29	20,7	84	30,0
Umbundo	56	40,0	56	40,0	112	40,0
Quimbundo	7	5,0	16	11,4	23	8,3
Ganguela	9	6,4	11	7,9	20	7,1
Cuanhama	7	5,0	7	5,0	14	5,0
Outras	6	4,3	21	15,0	27	9,6

Na tabela a seguir continuaremos a fazer a representação dos resultados da caracterização da amostra, tendo em conta as seguintes variáveis: profissão, escolaridade, fonte de rendimento e nível socioeconómico.

Quanto à profissão, o grupo de sujeitos militares, com doença n=88 (62,9%) e sem doença n=92(65,7%), aparecem com maior representatividade. Para a variável escolaridade pode-se constatar n=65 (46,4%) que frequenta o ensino primário são sujeitos com doença enquanto n=46 (32,9%) do grupo de controlo possuem o ensino superior. Importa aqui

ressaltar que a divisão do subsistema educativo baseia-se na Lei nº 13/01, de 31 de Dezembro, Lei de Bases do Sistema de Educação Angolana (Reforma Educativa).

No que se refere à fonte de rendimento a maior parte dos sujeitos com doença depende do vencimento mensal $n=112$ (80,0%) e, de igual modo, os sujeitos do grupo de controlo $n=138$ (98,6%) também vive de vencimento mensal. Como se pode observar existe uma certa aproximação percentual entre os grupos na fonte de rendimento. Já no que toca à variável socioeconómica, a maior parte dos sujeitos com a doença $n=101$ (72,1%) apresenta um nível socioeconómico baixo contra $n=71$ (50,7%) do grupo de controlo com o mesmo nível socioeconómico (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra: variáveis sociodemográficas (continuação)

Variável	Grupo Doentes N=140		Grupo de Controlo N=140		Amostra Total N=280	
	n	%	n	%	n	%
	Profissão					
Camponês	14	10,0	-	-	14	5,0
Desempregado	1	0,7	-	-	1	0,4
Doméstica	15	10,7	-	-	15	5,4
Estudante	6	4,3	-	-	6	2,1
F. Público	13	9,3	48	34,3	61	21,8
Militar	88	62,9	92	65,7	180	64,3
Polícia	2	1,4	-	-	2	0,7
Reformado	1	0,7	-	-	1	0,4
Escolaridade						
Ensino primário	65	46,4	34	24,3	99	35,4
1º Ciclo	39	27,9	36	25,7	75	26,7
2º Ciclo	27	19,3	24	17,1	51	18,2
Ensino superior	3	2,1	46	32,9	49	17,5
Fonte de rendimento						
Riqueza herdada.	2	1,4	1	0,7	3	1,1
Lucros investimento.	5	3,6	-	-	5	1,6
Vencimento mensal	112	80,0	138	98,6	250	89,2
Remuneração dia	20	14,3	1	0,7	21	7,5
Apoio social	1	0,7	-	-	1	0,4
Nível socioeconómico						
Baixo	101	72,1	71	50,7	172	61,4
Médio	33	23,6	58	41,4	91	32,5
Elevado	6	4,3	11	7,9	17	6,1

De acordo com a variável familiar, dos sujeitos que participaram do presente estudo, $n=127$ (90,7%) do grupo de controlo disseram que têm filhos e para os sujeitos com doença $n=112$ (80,0%) também disseram que têm filhos. De igual forma pudemos constatar que existe uma aproximação na distribuição percentual dos números entre os dois grupos neste aspeto. Assim sendo, para a etapa do ciclo vital, a maior parte dos sujeitos com doença $n=53$ (37,9%) têm filhos adultos ao passo que $n=39$ (27,9%) sujeitos do grupo de controlo os seus filhos se encontram a frequentar a escola. Pudemos ainda observar que no que se refere ao número de filhos, os sujeitos do grupo de controlo $n=66$ (47,1%) têm 3 a 4 filhos (classe modal), sendo também a classe modal com $n=63$ (45,0%) para os sujeitos com doença.

Já no que concerne à variável agregado familiar, os sujeitos com 1 a 6

peçoas no seu agregado é a classe mais representativa em ambos os grupos, com $n=107$ (76,4%) para o grupo de controlo e $n=50$ (35,7%) para os sujeitos com doença. A religião que se destaca é a religião católica com maior representatividade nas peçoas com doença $n=80$ (57,1%) e, no grupo de controlo, igual a $n=94$ (67,7%). As restantes religiões aparecem na sua maioria com percentagens inferiores a 20% (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra: variável sociodemográfica (continuação)

Variável	Grupo Doentes N=140		Grupo de Controlo N=140		Amostra Total N=280	
	n	%	n	%	n	%
Filhos						
Sim	112	80,0	127	90,7	239	85,4
Não	27	19,3	13	9,3	40	14,2
Missing	1	0,7	0	0,0	1	0,4
Etapa do ciclo vital						
Formação do casal	12	8,6	3	2,1	15	5,3
Filhos pequenos	24	17,1	32	22,9	56	20,0
Filhos na escola	22	15,7	39	27,9	61	21,8
Filhos adolescentes	28	20,0	33	23,5	61	21,8
Filhos adultos	53	37,9	32	22,9	85	30,4
Outros	1	0,7	1	0,7	2	0,7
Número de filhos						
0-2	55	39,3	54	38,6	109	38,9
3-4	63	45,0	66	47,1	129	46,1
5-6	22	15,7	20	14,3	42	15,0
Agregado familiar						
1-6	90	64,3	107	76,4	197	70,4
7-12	50	35,7	33	23,6	83	29,6
Religião						
Católica	80	57,1	94	67,7	174	62,4
Evangélica	32	22,9	20	14,4	52	18,6
Toquista	-	-	2	1,4	2	0,7
Igreja universal RD	2	1,4	5	3,6	7	2,5
Testemunha de Jeová	-	-	3	2,2	3	1,1
Outra	26	18,6	15	10,7	41	14,6

Estudo de Epilepsia

De acordo com o estudo feito por Joaquim (2012), participaram no estudo 100 sujeitos, $n=50$ sujeitos selecionados com epilepsia e $n=50$ sujeitos sem epilepsia, dos quais a faixa etária mais representativa nos dois grupos está entre os 20-29 anos.

A média de idades dos 100 participantes é de 32,9 anos com desvio-padrão (DP) de 10,9 anos, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos de idade. Na subamostra com epilepsia, a média de idades situa-se nos 33,0 anos (DP = 12,8) e no grupo dos sujeitos sem epilepsia é de 32,9 anos (DP = 8,6). A distribuição do sexo feminino e masculino é muito próxima nas duas subamostras, sendo, para a amostra total, 49,0% ($n = 49$) dos sujeitos são do sexo masculino e 51,0% ($n=51$) do sexo feminino. O estado civil casado encontra-se com maior representatividade nos sujeitos sem epilepsia (42,0%, $n=21$) enquanto o estado civil solteiro (44,0%, $n=42$) é o mais representativo para o grupo com epilepsia. Temos 56,0% ($n=21$) dos sujeitos do grupo de controlo e a 60% ($n=30$) dos sujeitos com epilepsia a viverem nos arredores da cidade. Na variável tipo de habitação, as vivendas

são o tipo de habitação que têm maior representatividade nos sujeitos sem epilepsia (66%, n=33), enquanto que para os sujeitos com epilepsia se observa um maior número de casas feitas de adobe (66%, n=33) (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da amostra: variáveis sociodemográficas de Epilepsia

Variável	Grupo Doentes N=50		Grupo de Controlo N=50		Amostra Total N=100	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
10-19	4	8,0	0	0,0	4	4,0
20-29	22	44,0	23	46,0	45	45,0
30-39	10	20,0	15	30,0	25	25,0
40-49	6	12,0	9	18,0	15	15,0
50-59	7	14,0	3	6,0	10	10,0
Mais de 70	1	2,0	0	0,0	1	1,0
Sexo						
Masculino	26	52,0	23	46,0	49	49,0
Feminino	24	48,0	27	50,4	51	51,0
Estado civil						
Solteiro	22	44,0	13	26,0	35	35,0
Casado	12	24,0	21	42,0	33	33,0
União de fato	13	26,0	13	26,0	26	26,0
Separado	1	2,0	3	6,0	4	4,0
Viúvo	2	4,0	0	0,0	2	2,0
Área de residência						
Centro da cidade	2	4,0	21	42,0	23	23,0
Arredores cidade/bairro	30	60,0	28	56,0	58	58,0
Aldeia/Quimbo	11	22,0	0	0,0	1	1,0
Comuna/ sede	7	14,0	1	2,0	8	8,0
Tipo de habitação						
Apartamento	0	0	10	20,0	10	10,0
Vivenda	7	14,0	33	66,0	40	40,0
Pau-a-pique/cubata	9	18,0	0	0,0	9	9,0
Casa adobe	33	66,0	7	14,0	40	40,0
Outros	1	2,0	0	0,0	1	1,0

Quanto à etnia, a maior parte dos sujeitos com epilepsia é Nhaneca 54,0% (n=27); enquanto o grupo de controlo apresenta uma variedade na distribuição da etnia 36,0% (n=18) são Nhanecas e 32,0% (n=16) são Umbundo. A maior parte dos sujeitos da amostra frequentam a religião católica, 72,0% (n=36) para o grupo com epilepsia, e 67% (n=33) para o grupo de controlo.

No que concerne à variável escolaridade, esta foi recodificada segundo a nova classificação do Ministério da Educação de Angola. Observou-se que 78% (n=39) dos sujeitos do grupo de controlo têm o ensino superior, enquanto no grupo de epilepsia apenas 2% (n=4) completaram este nível de estudos. Por outro lado, 62% (n=31) dos sujeitos do grupo com epilepsia têm o ensino primário face a apenas 1% (n=2) dos sujeitos sem epilepsia com este nível mais reduzido de escolaridade (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas de Epilepsia (continuação)

Variável	Grupo Doentes N=50		Grupo de Controlo N=50		Amostra Total N=100	
	n	%	n	%	n	%
Etnia						
Nhaneca	27	54,0	18	36,0	45	45,0
Umbundo	21	42,0	16	32,0	37	37,0
Quimbundo	0	0,0	8	16,0	8	8,0
Ganguela	1	2,0	2	4,0	3	3,0
Cuanhama	0	0,0	3	6,0	3	3,0
Outros	1	2,0	3	6,0	4	4,0
Religião						
Católica	36	72,0	33	67,0	69	69,0
Evangélica	12	24,0	5	10,0	17	17,0
Toquista	0	0,0	2	2,0	2	2,0
Igreja Universal RD	1	2,0	3	6,0	4	4,0
Testemunhade Jeová	0	0,0	3	6,0	3	3,0
Outra	1	2,0	4	8,0	5	5,0
Escolaridade						
Ensino primário	31	62,0	1	2,0	32	32,0
1º Ciclo	11	22,0	1	2,0	12	12,0
2º Ciclo	6	12,0	9	18,0	15	15,0
Superior	2	4,0	39	78,0	41	41,0
Profissão						
Camponês/pescador	6	12,0	0	0,0	6	6,0
Desempregado	2	4,0	0	0,0	2	2,0
Doméstico(a) (que não trabalha fora)	8	16,0	0	0,0	8	8,0
Estudante (que só estuda)	6	12,0	0	0,0	6	6,0
Funcionário público	7	14,0	31	62,0	38	38,0
Militar	0	0,0	2	4,0	2	2,0
Profissional liberal/ trabalhador por conta própria, não empregador	6	12,0	0	0,0	6	6,0
Reformado (do estado ou empresa que não trabalha mais)	1	2,0	0	0,0	1	1,0
Trabalhador com remuneração	9	18,0	17	34,0	26	26,0
Vendedor ambulante ou similar	5	10,0	0	0,0	5	5,0
Fonte de rendimento						
Riqueza herdada/adquirida	2	4,0	0	0,0	2	2,0
Lucros, investimentos, ordenados	3	6,0	0	0,0	3	3,0
Vencimento mensal	25	50,0	49	98,0	74	74,0
Remuneração, semana, dia, tarefa	19	38,0	1	2,0	20	20,0
Apoio social público/privado	1	2,0	0	0,0	1	1,0
Nível socioeconómico						
Baixo	34	68,0	0	0,0	34	34,0
Médio	14	28,0	43	86,0	57	57,0
Elevado	2	4,0	7	14,0	9	9,0

A variável profissão, foi classificada na base do Instituto Nacional de Estatística de Angola (INE), tendo-se observado que a maior parte dos sujeitos da subamostra sem epilepsia estão na classe dos funcionários públicos (62,0%, n=31), enquanto os sujeitos com epilepsia têm um número

Validação do Questionário de Forças Familiares para a População Angolana perante a presença de doenças como a Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose
Emanuel Francisco André (e-mail: emafrancisco@yahoo.com.br) 2014

reduzido de sujeitos nesta classe (14,0%, n=7). As profissões mais destacadas para este grupo são trabalhadores com remuneração (18,0%, n=9) e doméstico (16,0%, n=8). Para a fonte de rendimento, os resultados indicam que 98,0% (n=49) do grupo de controlo tem como principal fonte de rendimento o vencimento fixo mensal,sendo de 50,0% a percentagem para o grupo experimental,seguida de 38,0% (n=38) a viverem de remuneração por semana para este grupo de indivíduos. No que concerne ao nível socioeconómico, 86,0% (n=43) do grupo do controlo tem um NSE médio, face a apenas 28% (n= 14) dos sujeitos com epilepsia. Por outro lado, 68,0% (n=34) dos sujeitos com epilepsia pertencem ao NSE baixo.

No que diz respeito às variáveis familiares, observou-se que 76,0% (n=38) dos sujeitos sem epilepsia têm filhos contra 56,0% (n=28) dos sujeitos com epilepsia nesta classe. Os sujeitos da amostra têm maioritariamente entre 0 a 2 filhos, 74,0% (n=34) para os sujeitos sem epilepsia e 64,0% (n=32) para os sujeitos com epilepsia. No que se refere ao agregado familiar, 58,0% (n=29) do grupo de controlo tem 7 a 9 pessoas em casa e 34,0% (n=17) do grupo de epilepsia tem o mesmo número de sujeitos em casa. Quanto à etapa do ciclo vital da família, os sujeitos encontram-se representados da seguinte forma: a família com filhos adultos tem maior representatividade nos dois grupos, 68,0% (n=34) no grupo dos sujeitos com epilepsia e 40,0% (n=20) no grupo dos sujeitos sem epilepsia. Para a etapa da formação de casal, verifica-se uma aproximação dos resultados para os dois grupos, com 4,0% (n = 2) para os sujeitos sem epilepsia e 2,0% (n = 1) para os sujeitos com epilepsia (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização da amostra: Variáveis familiares de Epilepsia

Variável	Grupo Doentes N=50		Grupo de Controlo N=50		Amostra Total N=100	
	n	%	n	%	n	%
Filho						
Sim	28	56,0	38	76,0	66	66,0
Não	22	44,0	12	24,0	34	34,0
Número de filhos						
0-2	32	64,0	37	74,0	69	69,0
3-4	12	24,0	9	18,0	21	21,0
5 e mais	6	12,0	4	8,0	10	10,0
Agregado familiar						
1-3	7	14,0	10	20,0	17	17,0
4-6	9	18,0	5	10,0	14	14,0
7-9	17	34,0	29	58,0	46	46,0
10-12	17	34,0	6	12,0	23	23,0
Etapa ciclo vital						
Formação casal	1	2,0	2	4,0	3	3,0
Família filhos pequenos	5	10,0	13	26,0	18	18,0
Família filhos escola	3	6,0	7	14,0	10	10,0
Família filhos adolescente	7	14,0	7	14,0	14	14,0
Família filhos adultos	34	68,0	20	40,0	54	54,0
Outros	0	0,0	1	2,0	1	1,0

Estudo de Malária

O estudo feito com sujeitos com Malária desenvolvido por Chamuele (2012) teve uma amostra total de 60 sujeitos, de entre eles, 30 foram doentes com malária e outros 30 sujeitos sem malária.

Durante o estudo, foi possível verificar que 86,7% (n=52) dos sujeitos foram do sexo masculino e 13,3% (n=8) do sexo feminino, com idade compreendida entre os 22 e os 58 anos de idade, com uma média de 36,4anos (DP= 7,7). No que toca às habilitações literárias, 21,7% (n=13) dos sujeitos têm o ensino primário, 48,3% (n=29) o 1º ciclo, 23,3% (n=14) o 2º ciclo e 6,7% (n=4) o ensino superior. Para o estado civil, a união de facto é a categoria mais representada com 36,7% (n=22), seguida de solteiro 33,3% (n=20), casado 18,3% (n=11), viúvo 6,7% (n=4) e separado 5,0% (n=3). Relativamente à etnia, 46,7% (n=28) é Umbundo, 26,7% (n=16) Nhaneca, 8,3% (n=5) Quimbundo, 6,7% (n=4) Ganguela ou Cuanhama e 5,0% (n=3) é classificado como “Outros”. Em termos da religião, 53,3% (n=32) dos sujeitos inquiridos são Católicos, 23,3% (n=14) Adventista do 7º dia e as categorias menos representadas com 1,7% (n=1) são Toquista e a Igreja Universal do Reino de Deus. Relativamente à área de residência, 76,7% (n=46) vivem nos arredores da cidade/bairro, 15,0% (n=9) vivem no centro da cidade, 5,0% (n=3) vivem em aldeia/quimbo e 3,3% (n=2) vivem na comuna/sede. No que respeita ao tipo de habitação, verificou-se que 76,7% (n=46) vive em casas de adobe, 16,7% (n=10) vive em vivendas, 5,0% (n=3) vive em casa de pau-a-pique/cubata e 1,7% (n=1) vive em Apartamento. Quanto à fonte de rendimento, 96,7% (n=58) tem como fonte de rendimento o vencimento mensal, enquanto apenas 1,7% (n=1) dos sujeitos indicam como fonte de rendimento os lucros e investimentos ordenados, verificando-se a mesma percentagem de sujeitos para a riqueza herdada/adquirida. Por fim, no que diz respeito ao nível socioeconómico, 98,3% (n=59) dos participantes no estudo têm um nível socioeconómico baixo e 1,7% (n=1) o nível médio (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas de Malária

Variável	Grupo Doentes N=30		Grupo de Controlo N=30		Amostra Total N=60	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	26	86,7	26	86,7	52	86,7
Feminino	4	13,3	4	13,3	8	13,3
Idade						
22-30	7	23,3	6	20	13	21,7
31-40	13	43,3	18	60	31	51,7
41-58	10	33,3	6	20	16	26,6
Escolaridade						
Ensino primário	6	20,0	7	23,3	13	21,7
1º Ciclo	13	43,3	16	53,3	29	48,3
2º Ciclo	10	33,3	4	13,3	14	23,3
Superior	1	3,3	3	10,0	4	6,7
Estado civil						
Solteiro	9	30,0	11	36,7	20	33,3
Casado	5	16,7	6	20,0	11	18,3
União de fato	9	30,0	13	43,3	22	36,7
Separado	3	10,0	0	0,0	3	5,0
Viúvo	4	13,3	0	0,0	4	6,7

Validação do Questionário de Forças Familiares para a População Angolana perante a presença de doenças como a Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose
Emanuel Francisco André (e-mail: emafrancisco@yahoo.com.br) 2014

Etnia						
Nhaneca	11	36,7	5	16,7	16	26,7
Umbundo	12	40,0	16	53,3	28	46,7
Quimbundo	3	10,0	2	6,7	5	8,3
Ganguela	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Cuanhama	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Outros	0	0,0	3	10,0	3	5,0
Religião						
Católica	13	43,3	19	63,3	32	53,3
Evangélica	5	16,7	3	10,0	8	13,3
Toquista	11	36,7	3	10,0	14	23,3
Igreja Universal RD	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Testemunhade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jeová						
Outra	1	3,3	3	10,0	4	6,7
Profissão						
Militar	28	93,3	30	100	58	96,7
Polícia	2	6,7	0	0	2	3,3
Patente						
Agente	2	6,7	0	0,0	2	3,3
Cabo	8	26,7	7	23,3	15	25,0
Capitão	6	20,0	4	13,3	10	16,7
Oficial superior	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Sargento	6	20,0	10	33,3	16	26,7
Soldado	0	0,0	7	23,3	7	11,7
Subtenente	3	10,0	0	0,0	3	5,0
Tenente	3	10,0	2	6,7	5	8,3
Tenente-coronel	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Área de residência						
Centro da cidade	5	16,7	4	13,3	9	15,0
Arredores cidade/bairro	23	76,7	23	76,7	46	76,7
Aldeia/Quimbo	1	3,3	2	6,7	3	5,0
Comuna sede	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Tipo de habitação						
Apartamento/Vivenda	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Pau-a-pique/cubata	6	20	4	13,3	10	16,7
Casa adobe	0	0,0	3	10,0	3	5,0
	23	76,7	23	76,7	46	76,7
Fonte de rendimento						
Vencimento mensal	29	96,7	29	96,7	58	96,7
Riqueza herdada/adquirida	0	0,0	1	3,3	1	1,7
Lucros, investimentos, ordenados	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Nível socioeconómico						
Baixo	30	100,0	29	96,7	59	98,3
Médio	0	0,0	1	3,3	1	1,7

Os resultados demonstram ainda que no que tange ao agregado familiar, 33,3% (n=20) tem um agregado de seis elementos, 25,0% (n=15) de cinco, 20,0% (n=12) de quatro, 8,3% (n=5) de três, 5,0% (n=3) de dois ou sete e 3,3% (n=2) de oito elementos. De referir ainda que 98,3% (n=59) dos inquiridos têm. Quanto ao número de filhos, a classe modal corresponde a quatro filhos (31,7%; n=19), com apenas 1,7% (n=1) dos indivíduos a não terem filhos. Quanto ao estado civil a maioria dos indivíduos está em regime de união de facto 35,0% (n=21) (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Variáveis familiares para o estudo sobre a Malária

Variável	Grupo Doentes N=30		Grupo de Controlo N=30		Amostra Total N=60	
	n	%	n	%	n	%
Agregado familiar						
2	3	10,0	0	0,0	3	5,0
3	2	6,7	3	10,0	5	8,3
4	7	23,3	5	16,7	12	20,0
5	9	30,0	6	20,0	15	25,0
6	8	26,7	12	40,0	20	33,3
7	1	3,3	2	6,7	3	5,0
8	0	0,0	2	6,7	2	3,3
Número de filhos						
0	1	3,3	0	0,0	1	1,7
1	4	13,3	3	10,0	7	11,7
2	3	10,0	5	16,7	8	13,3
3	12	40,0	6	20,0	18	30,0
4	7	23,3	12	40,0	19	31,7
5	3	10,0	2	6,7	5	8,3
6	0	0,0	2	6,7	2	3,3
Estado civil						
Solteiro	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Casado	4	13,3	7	23,3	11	18,3
União de facto	7	23,3	11	36,7	18	30,0
Separado	11	36,7	10	33,3	21	35,0
Viúvo	7	23,3	2	6,7	9	15,0

Estudo de Tuberculose

Já o estudo desenvolvido por Angelina (2012) sobre sujeitos com Tuberculose, teve uma amostra total de 60 sujeitos, com uma subamostra composta de 30 sujeitos com a doença e outra de igual número sem a doença. Todos os sujeitos foram do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e 54 anos de idade ($M=35,6$; $DP=6,9$). Constatou-se que 50,0% ($n=15$) dos sujeitos do grupo de militares com tuberculose têm idades entre os 31-40 anos e 33,3% ($n=10$) entre os 20-30 anos. Quanto ao grupo de militares sem tuberculose, 50,0% ($n=15$) das idades situam-se entre 31-40 anos, o que coincide com o grupo de militares com tuberculose, e 16,6% ($n=8$) entre os 20-30 anos.

Quanto ao estado civil, nota-se o predomínio em ambos os grupos da união de facto (com tuberculose 88,3% e sem tuberculose 93,3%).

A etnia mais predominante em ambos os grupos é a Umbundo, com 43,3% ($n=26$), seguidas da Nhaneca 23,3% ($n=14$), outras com 15,0% ($n=9$) e Kimbundo com 10,0% ($n=6$) para a amostra total.

Na amostra total, 95,0% ($n=57$) dos sujeitos vivem nos arredores da cidade/bairro e 3,3% ($n=2$) vivem no centro da cidade. Todos os sujeitos que compõem a amostra total ($n=60$) têm um vencimento mensal.

Quanto ao nível socioeconómico (NSE), 83,3% ($n=50$) do total dos sujeitos têm um nível baixo, 10,0% ($n=3$) dos militares com tuberculose e 16,7% ($n=5$) dos militares sem tuberculose têm um nível médio e, finalmente, 6,7% ($n=2$) têm um nível elevado no grupo de militares com tuberculose (cf. Tabela 9).

Tabela 9.Caraterização da Amostra: Variáveis sociodemográficas de tuberculose

Variável	Grupo Doentes N=30		Grupo de Controlo N=30		Amostra Total N=60	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Feminino	-	-	-	-	-	-
Idade						
20-30	10	33,3	8	26,7	18	30,0
31-40	15	50,0	15	50,0	30	50,0
41-54	5	16,6	7	32,2	12	20,0
Estado civil						
Solteiro	2	6,7	-	-	2	3,3
Casado	-	-	2	6,7	2	3,3
União de fato	25	83,3	28	93,3	53	88,3
Separado	1	3,3	-	-	1	1,6
Viúvo	2	6,7	-	-	2	3,3
Etnia						
Nhaneca	10	33,3	4	13,3	14	23,3
Umbundo	11	36,7	15	50,0	26	43,3
Quimbundo	3	0,0	3	10,0	6	10,0
Ganguela	-	-	2	6,7	2	3,3
Cuanhama	2	6,7	1	3,3	3	5,0
Outros	4	3,3	5	16,7	9	15,0
Patente						
Cabo	2	6,7	2	6,7	4	6,6
Capitão	-	-	7	23,3	7	11,6
Major	2	6,7	-	-	2	3,3
Sargento	5	16,7	9	30,0	14	23,3
Soldado	19	63,3	9	30,0	28	46,6
Tenente	2	6,2	3	10	5	8,3
Área de residência						
Centro da cidade	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Arredores cidade/bairro	29	96,7	28	93,3	57	95,0
Comuna sede	-	-	1	3,3	1	1,7
Fonte de receita						
Vencimento mensal	30	100,0	30	100,0	60	100,0
Nível socioeconómico						
Baixo	25	83,3	25	93,3	50	83,3
Médio	3	10,0	5	16,7	8	13,3
Elevado	2	6,7	-	-	2	3,3

Ao nível das variáveis familiares pode-se constatar que 95,0% (n=57) do total da amostra têm filhos e 5,0% (n=3) não têm, sendo o número máximo de filhos 9 e a média de filhos de 3,2 (DP=1,9).

No que tange ao ciclo vital, 6,7% (n=4) do total da amostra corresponde à formação de casal, 20,0% (n=12) são famílias com filhos pequenos, 31,7% (n=19) famílias com filhos na escola, 21,7% (n=13) família com filhos adolescentes, 18,3% (n=11) famílias com filhos adultos e 1,7% (n=1) classificados como “Outros” (cf. Tabela 10).

Tabela 10. Caracterização da amostra: Variáveis familiares de Tuberculose

Variável	Grupo Doentes N=30		Grupo de Controlo N=30		Amostra Total N=60	
	n	%	n	%	n	%
Etapa ciclo vital						
Formação casal	4	13,3	-	-	4	6,7
Família filhos pequenos	9	30,0	3	10,0	12	20,0
Família filhos escola	6	20,0	13	43,3	19	31,7
Família filhos adolescente	4	13,3	9	30,0	13	21,7
Família filhos adultos	6	20,0	-	16,7	11	18,3
Outros	1	3,3	-	-	1	1,7
Agregado familiar						
2-7	24	79,9	28	93,4	52	86,6
8-20	6	20,0	2	6,6	8	13,3
Filhos						
Sim	27	90,0	30	100,0	57	95,0
Não	3	10,0	-	-	3	5,0
Número de filhos						
0-1	8	26,7	4	3,3	2	20,0
2-4	6	53,4	22	73,4	38	63,3
5-9	6	9,9	4	3,3	0	16,6

Estudo do VIH/SIDA

Finalmente, o estudo desenvolvido por Correia (2012) com sujeitos com VIH/SIDA teve como amostra total de 60 sujeitos, dos quais n=28 (93,3%) do sexo masculino e n=2 (6,7%) do sexo feminino para o grupo com a doença e igual número para o grupo de controlo, com idades compreendidas entre os 20 e os 63 anos. Verificou-se que n=22 (36,8%) das idades dos sujeitos situam-se entre os 31-40 anos. Por sua vez, a minoria dos sujeitos encontra-se entre os 51-63 anos com n=4 (6,8%). Verificou-se também que n=12 (40,0%) dos sujeitos pertencentes ao grupo VIH/SIDA têm idades compreendidas entre os 31-40 anos, face aos n=10 (33,2%) no grupo de controlo. No que concerne ao nível de escolaridade, no grupo de militares com VIH/SIDA, n=18(60,0%) têm o 1º ciclo e no grupo dos militares sem VIH/SIDA n=14(46,6%), sendo este o nível de escolaridade mais representativo em ambos os grupos.

Quanto ao estado civil, n=38 (63,3%) da amostra total vivem em união de facto. Ao nível das etnias, verificou-se que a etnia Umbundo é a mais prevalente em ambos os grupos em relação às outras etnias n=21 (35,0% na totalidade da amostra).

Da amostra total, 18,3% (n=11) vivem no centro da cidade e 81,7% (n=49) vivem nos arredores/Bairro.

Relativamente à fonte de receita dos militares, n=58 (96,7%) da amostra total vive do vencimento mensal. Quanto ao nível socioeconómico (NSE) destas famílias, n=29 (48,3%) pertencem ao nível baixo, n=25 (41,7%) ao nível médio e n=6 (10,0%) ao NSE elevado. Verificou-se ainda que n=16 (53,3%) sujeitos do grupo de militares com VIH/SIDA possuem um NSE médio e n=17 (56,7%) no grupo de militares sem VIH/SIDA ao NSE baixo (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Caracterização da Amostra: Variáveis sociodemográficas de VIH/SIDA

Variável	Grupo Doentes N=30		Grupo de Controlo N=30		Amostra Total N=60	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	28	93,3	28	93,3	56	93,3
Feminino	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Idade						
20-30	8	26,5	8	25,5	16	26,7
31-40	2	40,0	10	33,2	22	36,8
41-50	8	26,6	10	33,3	18	30,0
51-63	2	6,6	2	6,6	4	6,8
Nível de escolaridade						
Ensino primário	7	23,3	6	20,0	13	21,6
1º Ciclo	18	60,0	14	46,6	32	53,3
2º ciclo	3	1,0	6	20,0	9	15,0
Superior	-	-	4	13,3	4	6,6
Estado civil						
Solteiro	4	13,3	1	3,3	5	8,3
Casado	3	10,0	5	16,7	8	13,3
União de fato	18	60,0	20	66,6	38	63,3
Separado	3	10,0	2	6,7	5	8,3
Viúvo	2	6,7	2	6,7	4	6,6
Etnia						
Nhaneca	7	23,3	2	6,6	9	15,5
Umbundo	12	40,0	9	30,0	21	35,0
Quimbundo	1	3,3	3	10,0	4	6,7
Ganguela	6	20,0	5	16,7	11	18,3
Cuanhama	3	10,0	1	3,3	4	6,7
Outros	1	3,3	10	33,3	11	18,3
Área de residência						
Centro da cidade	6	20,0	5	16,7	11	18,3
Arredores cidade/bairro	24	80,0	25	83,3	49	81,7
Fonte de receita						
Lucros/invest.	1	3,3	-	-	1	1,7
Venc.mensal	28	93,3	30	100,0	58	96,7
Rem.semanal	1	3,3	-	-	1	1,7
Nível socioeconómico						
Baixo	12	40,0	17	56,7	29	48,3
Médio	16	53,3	9	30,0	25	41,7
Elevado	2	6,7	4	13,3	6	10,0

No que diz respeito às variáveis familiares verifica-se que n=57 (95,0%) da amostra total tem filhos, sendo a média de filhos de 3,5 (DP=2,1), a maioria dos sujeitos da amostra tem entre 2 a 4 filhos n=33 (79,7%).

Quanto à etapa do ciclo vital da família, n=15 (25,0%) são famílias com filhos pequenos, n=14 (23,3%) famílias com filhos em idade escolar, n=13 (21,7%) famílias com filhos adolescentes, n=7 (11,7%) casal sem filhos e n=11 (18,3%) com filhos adultos, sendo estes dois últimos grupos os menos representados na nossa amostra. A respeito do agregado familiar, a maioria dos sujeitos n=33 (55,0%) pertence a famílias compostas por 8 a 20 elementos (cf. Tabela 12).

Tabela 12. Caracterização da Amostra: Variáveis familiares de VIH/SIDA

Variável	Grupo Doentes N=30		Grupo de Controlo N=30		Amostra Total N=60	
	n	%	n	%	n	%
Filhos						
Sim	28	93,3	29	93,0	57	95,0
Não	2	6,6	1	3,3	3	3,3
Número de filhos						
0-1	6	20,0	5	16,6	11	36,6
2-4	16	43,0	17	36,7	33	79,7
5-9	7	23,0	8	26,6	15	49,3
Etapa ciclo vital						
Formação casal	6	20,0	1	3,3	7	11,7
Família filhos pequenos	6	20,0	9	30,0	15	25,0
Família filhos escola	6	20,0	8	26,7	14	23,3
Família filhos adolescente	6	20,0	7	23,3	13	21,7
Família filhos adultos	6	20,0	5	16,7	11	18,3
Agregado familiar						
2-7	13	43,3	14	46,6	27	44,9
8-20	17	56,6	16	53,3	33	55,0

IV - Resultados

4.1 Estrutura fatorial do QFF

Para se analisar a estrutura fatorial deste instrumento, foram submetidos os 29 itens do QFF a uma análise fatorial exploratória na *software* IBM-SPSS. Esta abordagem é justificada não só pela amostra ter o número de sujeitos superior ao número mínimo (5:1 sujeitos/item) sugerido por Nunnally (1978 como citado por Mendes, 2008, p.24), mas também pelo teste da esfericidade de Bartlett revelar significância estatística [$\chi^2=5022,539$, $p < 0.001$] e a medida de adequação amostral de Kaiser-Meyer-Olkin superar o valor mínimo considerado [$KMO \geq 0,5$ (0,925)] (cf. Tabela 13).

Tabela 13. Teste de KMO e de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,925
Bartlett's Test of Sphericity	<i>Approx. Chi-Square</i>	5022,539
	<i>df</i>	406
	<i>Sig.</i>	0,000

A análise fatorial, com base no princípio da máxima verosimilhança e realizando uma rotação varimax, revelou a presença de seis componentes com umavariância total explicada de 66,1% (cf. Tabela 14). Por sua vez, apesar do *scree plot* (Figura 1) revelar uma modificação clara após o segundo componente, a estabilização dá-se efectivamente após os 6 primeiros fatores.

Tabela 14. Variação total explicada

Fator	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	12,322	42,491	42,491	4,822	16,627	16,627
2	1,828	6,304	48,795	4,010	13,828	30,455
3	1,408	4,857	53,652	2,976	10,263	40,718
4	1,308	4,509	58,161	2,659	9,168	49,886
5	1,168	4,026	62,187	2,566	8,848	58,733
6	1,145	3,947	66,134	2,146	7,401	66,134

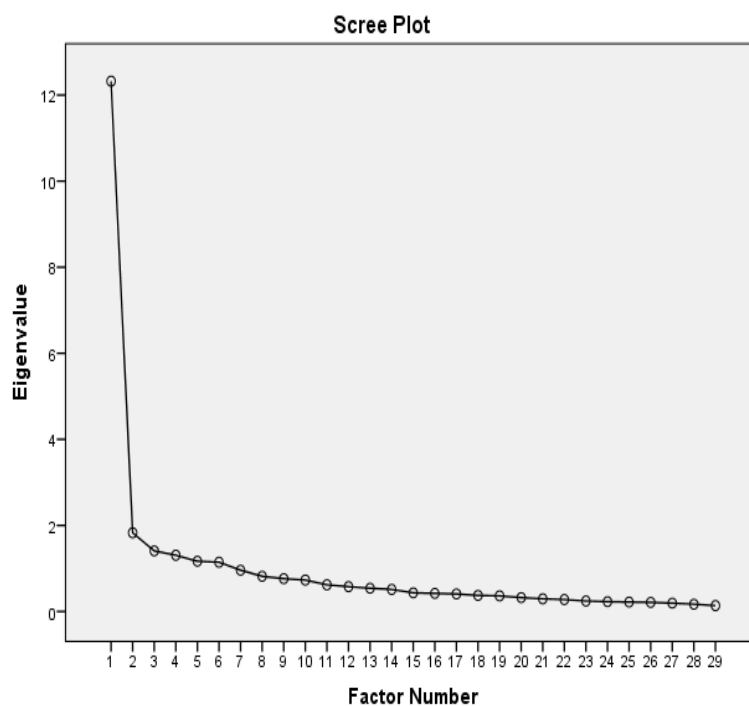


Figura 1. Scree plot

Na determinação dos itens a incluir em cada fator, salientámos a negrito, na Tabela 15, aqueles que apresentam valores de saturação mais elevados (em valor absoluto), definindo assim itens correspondentes a cada fator. Como podemos ver na tabela abaixo, o fator 1 correspondem os itens 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 26, 27, 28 e 29. No fator 2 temos os itens 17, 18, 23, 24 e 25. No fator 3 os itens 1, 2, 3 e 11. No fator 4 os itens 20, 21 e 22. No fator 5 os itens 7 e 8. Finalmente, para o fator 6 temos os itens 9 e 10.

Tabela 15. Tabela das saturações para os seis fatores, considerando uma rotação varimax

Item	Fator					
	1	2	3	4	5	6
QFF1	0,106	0,227	0,710	0,208	0,254	0,124
QFF2	0,329	0,201	0,772	0,188	0,187	0,173
QFF3	0,504	0,230	0,574	0,121	0,070	0,143
QFF4	0,638	0,225	0,301	0,069	0,091	0,099
QFF5	0,748	0,203	0,128	0,081	0,179	-0,099
QFF6	0,625	0,174	0,200	0,016	0,419	-0,080
QFF7	0,443	0,162	0,169	0,134	0,676	0,079
QFF8	0,200	0,173	0,233	0,176	0,629	0,303
QFF9	0,162	0,212	0,279	0,164	0,381	0,614
QFF10	0,280	0,240	0,433	0,137	0,187	0,528
QFF11	0,348	0,311	0,420	0,216	0,026	0,355
QFF12	0,404	0,342	0,309	0,148	0,099	0,183
QFF13	0,683	0,094	0,136	0,110	0,105	0,176
QFF14	0,533	0,255	0,139	0,114	0,129	0,258
QFF15	0,510	0,186	0,099	0,266	0,278	0,206
QFF16	0,458	0,297	0,188	0,065	0,365	0,279
QFF17	0,311	0,315	0,090	-0,047	0,136	0,233
QFF18	0,305	0,524	0,188	0,234	-0,007	0,239
QFF19	0,435	0,209	0,043	0,246	0,018	0,351
QFF20	0,235	0,108	0,167	0,629	0,041	0,196
QFF21	0,156	0,193	0,138	0,820	0,128	0,037
QFF22	0,153	0,387	0,253	0,391	0,202	0,018
QFF23	0,200	0,693	0,161	0,400	0,250	-0,093
QFF24	0,229	0,731	0,174	0,173	0,119	0,163
QFF25	0,253	0,617	0,231	0,024	0,158	0,271
QFF26	0,521	0,290	0,182	0,082	0,037	0,302
QFF27	0,500	0,116	0,125	0,213	0,114	0,196
QFF28	0,626	0,089	0,131	0,303	0,137	0,132
QFF29	0,542	0,223	0,147	0,209	0,168	0,120

4.2 Consistência Interna do Questionário de Forças Familiares (QFF)

Analisou-se a consistência interna a partir do coeficiente do alfa de Cronbach dos 29 itens do QFF, com o objetivo de avaliar a fidelidade da escala total, bem como de cada um dos seis factores. Conforme a Tabela 16 podemos constatar que na escala total se encontrou um alfa de Cronbach de 0,950 e os itens da escala indicam que todos apresentam correlações com o total superior a 0,30. De notar ainda que, a remoção de qualquer um dos itens não vai melhorar o valor do alfa de Cronbach (cf. Tabela 17).

Tabela 16. Alfa de Cronbach para o QFF

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,950	29

Tabela 17. Correlações total-iteme valores de alfa de Cronbach (se o item for removido)

Item	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach - item excluído
QFF1	0,589	0,949
QFF2	0,729	0,947
QFF3	0,708	0,948
QFF4	0,661	0,948
QFF5	0,615	0,948
QFF6	0,615	0,948
QFF7	0,656	0,948
QFF8	0,598	0,949
QFF9	0,617	0,948
QFF10	0,678	0,948
QFF11	0,677	0,948
QFF12	0,642	0,948
QFF13	0,619	0,948
QFF14	0,632	0,948
QFF15	0,651	0,948
QFF16	0,680	0,948
QFF17	0,459	0,950
QFF18	0,621	0,948
QFF19	0,553	0,949
QFF20	0,502	0,949
QFF21	0,507	0,950
QFF22	0,532	0,949
QFF23	0,633	0,948
QFF24	0,634	0,948
QFF25	0,630	0,948
QFF26	0,620	0,948
QFF27	0,556	0,949
QFF28	0,640	0,948
QFF29	0,629	0,948

Na análise da consistência interna do fator 1 (cf. Tabela18) foi obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,913. Também neste caso a remoção dos itens não conduzem a um aumento do valor do alfa de Cronbach (cf. Tabela 19).

Tabela18- Consistência Interna do alfa de Cronbach do Fator1

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,913	13

Tabela 19- Correlações: 13 itens e valores de Alfa de Cronbach (se o item for removido)

Item	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach- item excluído
QFF4	0,677	0,905
QFF5	0,696	0,904
QFF6	0,660	0,907
QFF12	0,660	0,910
QFF13	0,705	0,904
QFF14	0,652	0,906
QFF15	0,656	0,906

QFF16	0,655	0,906
QFF19	0,539	0,911
QFF26	0,619	0,907
QFF27	0,570	0,909
QFF28	0,689	0,905
QFF29	0,641	0,906

Para a consistência interna do fator 2 foi obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,819 (cf. Tabela 20). Podemos verificar que o item 17 apresenta um valor de correlação com o total da escala mais baixo e o conseqüente implicando um aumento do alfa de Cronbach. A eliminação poderia assim traduzir-se na melhoria do valor do alfa de Cronbach(cf. Tabela 21). Este item corresponde à questão “apoio social” da versão original.

Tabela 20- Consistência Interna do alfa de Cronbach do Fator 2

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,819	5

Tabela 21- Correlações: 5 itens e valores de Alfa de Cronbach (se o item for removido)

Item	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach- item excluído
QFF17	0,442	0,839
QFF18	0,669	0,766
QFF23	0,635	0,777
QFF24	0,700	0,757
QFF25	0,644	0,775

Relativamente a consistência interna do fator 3 foi obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,857 (cf. Tabela 22). Revelando todos os itens bons valores de correlação relativamente ao total da escala (cf. Tabela 23).

Tabela 22- Consistência Interna do alfa de Cronbach do Fator 3

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,857	4

Tabela 23- Correlações: 4 itens e valores de Alfa de Cronbach (se o item for removido)

Item	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach- item excluído
QFF1	0,699	0,825
QFF2	0,842	0,760
QFF3	0,681	0,826
QFF11	0,608	0,853

Para a consistência interna do fator 4 foi obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,746 (cf. Tabela 24). Pudemos verificar que o item 22 apresenta um valor de correlação com o total da escala mais baixo e um conseqüente aumento do alfa de Cronbach quando retirado(cf. Tabela 25). Este item pertence a questão “capacidade de adaptação” da versão original.

Tabela 24- Consistência Interna do alfa de Cronbach do Fator 4

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,746	3

Tabela 25- Correlações: 3 itens e valores de Alfa de Cronbach (se o item for removido)

Item	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach- item excluído
QFF20	0,563	0,673
QFF21	0,681	0,524
QFF22	0,484	0,760

No que diz respeito aos fatores 5 e 6, também apresentam um alfa de Cronbach aceitável, 0,776 e 0,801, respectivamente (cf. Tabela 26 e 27).

Tabela 26- Consistência Interna do alfa de Cronbach do Fator 5

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,776	2

Tabela 27- Consistência Interna do alfa de Cronbach do Fator 6

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,801	2

4.3 Teste-t para amostras independentes

Para avaliar se os totais, para cada um dos fatores/dimensões encontrados na análise fatorial anterior, variavam em termos médios nos dois grupos em análise, doentes versus não doentes, realizámos o teste-t para amostras independentes. Sempre que a homogeneidade das variâncias não era satisfeita, aplicámos o teste-t com a correcção de Welch. Assim, podemos constatar que para o fator 1 temos $t=-2,984$ e $p<0,003$; para fator 2, $t=-8,373$ e $p<0,001$; o fator 3 com $t=-4,565$ e $p<0,001$; o fator 4 com $t=-4,757$ e $p<0,001$ e para o fator 6 temos $t=-2,948$ com $p=0,003$, rejeitamos a hipótese nula de igualdade dos totais médios entre os grupos em análise. De salientar que o grupo dos doentes apresenta totais médios inferiores ao grupo dos não doentes. Relativamente ao fator 5, podemos observar que um valor de $t=-1,930$ com $p=0,055$, ou seja, apesar do grupo dos doentes apresentar nesta dimensão um total médio inferior ao grupo dos não doentes, esta diferença não é estatisticamente significativa.

V - Discussão

O principal objetivo desta investigação centrou-se na validação do instrumento de Forças Familiares (QFF) aplicado num estudo exploratório aos sujeitos da província da Huíla/Angola, na presença das seguintes doenças: Epilepsia (Joaquim, 2012), Malária (Chamuene, 2012), VIH/SIDA (Correia, 2012) e Tuberculose (Angelina, 2012).

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que o questionário de forças familiares (QFF), utilizado para estudar os processos familiares relacionados com a capacidade para lidar com a adversidade (resiliência

familiar) em população portuguesa (Mendes, 2008), apesar de ter a mesma estrutura de 6 fatores, os itens reorganizam-se de forma diferente, sugerindo a necessidade da sua reestruturação antes de ser aplicado de uma forma generalizada em populações Angolanas. Em seguida, passaremos à discussão de diversos pontos que podem ser factores explicativos dos resultados obtidos.

5.1 Caracterização da amostra e análise sociodemográfica da população da província da Huíla/ Angola.

De uma forma geral, pudemos constatar que do estudo feito com uma amostra geral de 280 sujeitos repartidos em dois subgrupos n=140 sujeitos com doença (grupo experimental) e n=140 sujeitos sem a doença (grupo de controlo). Quanto às variáveis sexo e profissão, pudemos constatar o seguinte: o sexo masculino é o mais representativo tanto para o grupo de doentes, como para o grupo de controlo. A amostra geral é composta predominantemente por sujeitos militares da 6ª Região da província da Huíla/Angola. Por outro lado, a presença de militares maioritariamente fazem parte da amostra desperta algum interesse na medida em que a maior parte das pessoas que exercem esta profissão fazem-na fora das suas famílias durante muito tempo. Segundo a literatura a distância entre as famílias pode diminuir a capacidade das forças exercidas para as famílias. Autores como Dunst, Trivette e Deal (1994 como citado por Dias, 2010, p. 14) entendem como forças da família a unidade familiar e de cada um dos seus membros, utilizados para identificar as suas necessidades e obter os recursos e apoios necessários que respondam aos anseios do grupo. A distância entre as famílias perante as forças familiares foi bastante questionada por Stinnett e De Frain, (2007 como citado em Mendes, 2008, p. 8) ao fazerem referência das seis características das famílias fortes “compromisso para com a família, apreciação e afeto entre cada um dos membros, padrões de comunicação positivos, momentos agradáveis passados juntos, sensação de bem-estar espiritual e ligação e capacidade para lidar com sucesso em situações de crise”. No que diz respeito a variável socioeconómica, os sujeitos doentes apresentam maior representatividade no nível socioeconómico de baixa renda. Apesar de boa parte dos sujeitos doentes auferirem de um salário mensal, muitas vezes este valor é insignificante tendo em consideração o salário mínimo Angolano comparado com o custo de vida praticado nesta região.

Paralelamente, este estudo demonstra que a maior parte dos doentes e não doentes é católica. Independentemente deste fator, segundo o contexto angolano as pessoas procuram apoio da igreja sempre que se encontra perante certa dificuldade, utilizando este meio como fonte de alívio dos seus problemas. Na visão de Teixeira e Lefrève (2007 como citado por Dias, 2010, p. 18) o uso de estratégias religiosas para enfrentar situações difíceis pode gerar o auto-fortalecimento das pessoas, levando o grupo familiar à busca do significado e do propósito das dificuldades que elas enfrentam.

5.2 Analisar da estrutura fatorial e da consistência interna dos itens do instrumento de forças familiares (QFF)

Para se analisar a estrutura fatorial deste instrumento, foram submetidos os 29 itens do QFF a uma análise de componentes principais no software IBM-SPSS, versão 20, revelando-se adequados para a devida fatorização.

O fator 1 da nossa análise de resultados apresenta 13 itens, dos quais 4 pertencem ao fator “Crenças e Comunicação” no estudo de Mendes (2008). São eles os itens:

- 15 - Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros,
- 16 - Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto,
- 26 - Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos,
- 28 - Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros.

Os restantes itens do nosso fator 1 são itens que pertencem a outros fatores da versão original apresentada em Mendes (2008). Por exemplo, o item 4, “Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião”, do fator 1 da atual versão está contido no fator 5 (Individualidade) na versão original. Poderá provavelmente ser uma indicação que este item não se adapte ao contexto da população angolana ou que a amostra, maioritariamente militar, tenha características próprias e distintas da população geral angolana.

O fator 2 da nossa análise de resultados apresenta 5 itens, dos quais 2 pertencem ao fator “Capacidade de adaptação”, dois ao fator “Crenças e Comunicação” e um ao fator “Apoio Social” da versão original de Mendes *et al.* (2008). Por exemplo, o item 17, “Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos Item”, encontra-se no fator 6 (Apoio Social) da versão original. Temos novamente uma indicação do possível desajustamento dos itens à realidade Angolana.

O fator 3 da nossa análise de resultados apresenta 4 itens. Dos quais, três pertencem no fator 3 “Clima familiar positivo e coesão” da versão original. São eles os itens:

- Item 1- Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas,
- Item 2- Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas,
- Item 3- Na minha família somos muito unidos.

O item 11 “Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer” do nosso fator 3, pertence no fator 1 “Crenças e comunicação” da versão original”. Apesar de haver quase uma identificação plena do “Clima familiar” definido na versão Portuguesa, temos novamente uma indicação da possível necessidade de adaptação do instrumento ao contexto da população Angolana.

Os fatores 4 e 6 da nossa análise de resultados têm 3 e 2 itens, respectivamente, dos quais estão divididos por vários fatores da versão original. Em particular,

Do fator 4:

- Item 20 - Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar; corresponde ao fator “Capacidade de adaptação” da versão Portuguesa;
- Item 21- Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão; corresponde ao fator “Crenças e comunicação” da versão Portuguesa;
- Item 22- Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda; corresponde ao fator “Capacidade de adaptação” da versão Portuguesa;

E do fator 6:

- Item 9- Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas; corresponde ao fator “Organização da vida familiar e tomada de decisão” da versão Portuguesa;
- Item 10- Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros; corresponde ao fator “Crenças e comunicação” da versão Portuguesa.

A dispersão dos itens pelos diferentes factores poderá, de igual maneira, constituir outra forma de indicação que estes itens não se adaptam a realidade angolana.

Para o fator 5 da análise de resultados da nossa amostra é constituído por 2 itens, dos quais todos pertencem ao fator “Individualidade” na versão original constituída por 3 itens. São eles os itens:

- Item 7- Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si,
- Item 8- Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo.

Este fator é o único que poderá alguma forma espelhar melhor o contexto Angolano, em especial se pensarmos que o item excluído neste fator é o item 4 “Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião”.

5.3 Análise da solução da consistência

Por conseguinte para a análise da consistência interna o instrumento foi igualmente submetida a várias análises estatísticas e o mesmo revelou ter boa consistência para ser aplicado em populações angolanas, apesar de que alguns aspetos ainda precisarem de ser melhorados em relação ao último estudo realizado no contexto português em Mendes (2008). Pudemos observar os seguintes resultados: para a escala total da versão angolana foram submetidas a análise estatística todos os itens e foi encontrado o seguinte alfa de Cronbach de 0,950, valor relativamente superior a versão portuguesa com um alfa de Cronbach de 0,932. De igual forma, foram

analisados as sub categorias onde encontramos os itens 17 do fator 2 e o item 22 do fator 5 do estudo Angolanocuja remoção aumentaria o valor de alfa de Cronbach. A sua análise devrá ser mais cuidada em estudos futuros.

5.4 Comparação da homogeneidade dos grupos entre os fatores

Finalmente foi realizado o tetst-t no sentido de comparar as respostas dos grupos doentes e não doentes, onde pudemos apurar os seguintes resultados:fator 1 com $t=-2,984$; $p<0,003$, fator 2 com $t=-8,373$; $p<0,001$, fator 3 com $t=-4,565$; $p<0,001$, fator 4 com $t=-4,757$; $p<0,001$ e fator 6 com $t=-2,948$; $p=0,003$, o que representa a rejeição do H_0 de igualdade dos valores médios dos totais nestas dimensões. Para o fator 5 pudemos observar que o valor de $t=-1,930$; $p> 0,055$, ou seja, apesar do grupo dos doentes apresentar nesta dimensão um total médio inferior ao grupo dos não doentes, esta diferença não é estatisticamente significativa. Por isso, recomendaríamos no futuro a possível revisão dos itens 7 e 8 associados ao fator 5 deste estudo.

Em suma, apesar de possivelmente o QFF não ser composto pelas dimensões presentes na versão Portuguesa, este instrumento está, de umamaneira geral, a revelar valores diferentes entre sujeitos com e sem doença.

VI - Conclusões

Segundo a literatura, muitos estudos foram realizados no sentido de definirem as forças que determinam as famílias para superarem as adversidades que lhes são acometidas na vida quotidiana.

Essas forças têm sido definidas como, a competência da família, a capacidade de criar e manter relações construtivas, a segurança e o encorajamento, os padrões de relação, as competências interpessoais, a interação satisfatória entre os membros, as atitudes e crenças, capacidades para mobilizar recursos, o tempo útil de convivência, entre outros.

O questionário de forças familiares (QFF) é um instrumento de auto-relato, construído para avaliar a perceção que as famílias têm das suas forças familiares, proposto por Melo e Alarcão (2007 como citado em Mendes, 2008).

Este instrumento foi utilizado para a população de Angola, com base numa amostra total de 280 sujeitos subdivididos em dois subgrupos: 140 sujeitos doentes e outros 140 sujeitos não doentes, recolhida em 4 estudos realizados na província da Huíla que abordam a temática na presença das seguintes doenças: Epilepsia (Joaquim, 2012), Malária (Chamuene, 2012), Tuberculose (Angelina, 2012) e VIH/SIDA (Correia, 2012).

Os resultados apurados na consistência interna demonstram bons indicadores para que o instrumento seja aplicado no contexto Angolano: alfa de Cronbach de 0,950 considerado bom de acordo com George e Mallarey (2003 como citado em Mendes, 2008) ao afirma que o alfa de Cronbach é bom quando pertence ao intervalo de 0,80 e 0,90.

A estrutura fatorial da versão original com 6 fatores está estrutuada da

seguinte forma: fator 1 com 9 itens nomeadamente o item 10, 11, 15, 16, 21, 24, 25, 26 e 28; fator 2 com os itens 18, 20, 22 e 23; fator 3 com os itens 1, 2, 3, 6 e 14; fator 4 com os itens 5, 9, 12 e 13; fator 5 com os itens 4, 7 e 8 e, finalmente, o fator 6 com os itens 17, 19 e 27. Na análise do QFF para a população Angolana verificou-se uma mesma estrutura de 6 fatores, contudo com uma distribuição diferente da versão portuguesa e que passamos a enumerar: fator1 com os itens 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 26, 27, 28 e 29; fator 2 com os itens 17, 18, 23, 24 e 25; fator 3 com os itens 1, 2, 3 e 11; fator 4 com os itens 20, 21 e 22; fator 5 com os itens 7 e 8 e, finalmente, o fator 6 com os itens 9 e 10.

Esta diferença na distribuição dos itens pelos factores neste estudo, poderá ser uma indicação da necessidade de adaptação deste instrumento à realidade Angolana. De notar ainda que a particularidade da amostra em estudo, maioritariamente militares, poderá ser um fator relevante nos resultados obtidos.

Bibliografia

Angelina, M. D. (2012). *Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de Vida em Doentes com Tuberculose: Estudo Exploratório em Contexto Militar em Angolano*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Sistémica, Saúde, e Família, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Coimbra, Portugal.

Borges, A. E. P. (2010). *Doença Crónica, Percepção da Qualidade de Vida e Resiliência Familiares*. Um Estudo Exploratório (Dissertação de Mestrado não Publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.

Chamuene, E. B. (2012). *Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana em Contexto Militar*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Sistémica, Saúde e Família, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Coimbra, Portugal.

Correia, P. A. F. G. (2012). *Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de Vida em Angola: Estudo Exploratório com Doentes com VIH e SIDA em Contexto Militar*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Sistémica, Saúde, e Família, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Coimbra, Portugal.

Dias, A. B. (2010). *Forças da família na convivência com um de seus membros com transtorno mental*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais. Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Escola de Enfermagem, Rio Grande, Brasil.

Dias, A. B. & Silva, M. R. S. (2010, Out/Dez 9). Processos familiares no contexto do transtorno mental: Um estudo sobre as forças da família. *CiencCuidSaude*, volume (4), 791-798.

Guerreiro, A. M. B. (2011). *Fatores críticos e de força na intervenção em contexto de reunificação familiar*. Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Serviço Social - vertente Acompanhamento Social e Inserção. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Portugal.

Governo, A. R. L. (2012). *Quem muito abarca pouco abraça? – A percepção das famílias pobres multidesafiadas sobre as suas competências em diferentes níveis de apoio formal* –. Mestrado integrado em psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica), Universidade de Lisboa, Faculdade de psicologia, Portugal.

Joaquim, B. P. M. (2012). *Qualidade de Vida e Forças Familiares em familiares com e sem Epilepsia*. Estudo exploratório na província da Huíla-Lubango.SSERT. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Coimbra, Portugal.

Lucas, M., C., S. (2012). *Forças nas famílias monoparentais femininas*. Dissertação de mestrado em psicologia clínica família e intervenção sistémica, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra, Portugal.

Mendes, P. G. (2008). *Resiliência familiar: Estudo exploratório em famílias de risco*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

Silva, M. R. S. Lacharité C., Silva P. A., Lunardi V. L. & Filho W. D. L. (2009,Jan/Maio 18).Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso, volume (1), 92-99.

Silva, J. H. E. (2013). *Famílias multidesafiadas em contextos de pobreza: vulnerabilidades e forças familiares refletindo acerca da intervenção*. Tese de mestrado integradoem psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica), Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.

Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *FamilyProcess*, 42 (1), 1-18.