



2012

UC/FPCE

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estratégias de *Coping* Familiar e Qualidade de Vida em Doentes com Tuberculose: Estudo Exploratório em Contexto Militar Angolano**

Martinho Daniel Angelina (e-mail: [mdangelina1@yahoo.com.br](mailto:mdangelina1@yahoo.com.br))

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Sistémica, Saúde, e Família sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Luciana Sotero e da Doutora Sofia Major.



## **Estratégias de *Coping* Familiar e Qualidade de Vida em Doentes com Tuberculose: Estudo Exploratório em Contexto Militar Angolano.**

### **Resumo**

A Tuberculose é uma doença crónica das mais antigas, remontando a 2000 anos a. C. e é a pandemia com maior incidência nos países em via de desenvolvimento. Em Angola não existem estudos sobre a qualidade de vida e o coping familiar nos doentes com tuberculose, tornando-se assim pertinente estudar e investigar esta doença. Deste modo, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar a perceção das estratégias de  *coping*  e da qualidade de vida de sujeitos militares com tuberculose ( $N=30$ ), com efeito, comparativamente a sujeitos sem tuberculose ( $N=30$ ), na tentativa de procurar identificar se existiam diferenças na qualidade de vida e nas estratégias de  *coping*  familiar dos sujeitos com e sem tuberculose, foram utilizados os seguintes instrumentos:  *Questionário Sócio-demográfico, Qualidade de Vida (QOL) e Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (FCOPES)*. As principais conclusões indicam que o grupo de militares sem a doença apresenta uma melhor perceção das estratégias de  *coping*  e maior qualidade de vida em relação ao grupo de militares com tuberculose.

**Palavras-chave:** Tuberculose, Qualidade de Vida, *Coping* Familiar e Contexto Militar.

### **Family Coping Strategies and Quality of Life in Patients with Tuberculosis: Exploratory Study on Military Angolan Context.**

#### **Abstract**

Tuberculosis is a chronic disease of the oldest, dating back to 2000 years. C. and is the pandemic with greater incidence in the developing countries. In Angola there are no studies on the quality of family life and coping in patients with tuberculosis, thus becoming relevant studying and researching this disease. The present study aims to evaluate the perception of coping strategies and quality of life of individuals with tuberculosis ( $N = 30$ ), compared to subjects without tuberculosis ( $N = 30$ ), in an attempt to try to identify whether there were differences in quality of life and coping strategies of family subjects with and without tuberculosis, we used the following instruments: Socio-demographic Questionnaire, Quality of Life (QOL) and Scales Personal Evaluation oriented Family Crisis (FCOPES). The main findings indicate that the military group without the disease has a higher perception of coping strategies and quality of life in relation to the group of soldiers with tuberculosis.

**Keywords:** Tuberculosis, Quality of Life, Coping Family, Military Context.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida.

À Professora Doutora Margarida Ventura, pela perspicácia e magnanimidade em implementar o curso de mestrado em Psicologia.

A todas as minhas prestimosas professoras da FPCEUC, os meus agradecimentos pela sapiência, dedicação na transmissão dos conhecimentos bem como orientações metodológicas que influenciaram para que eu chegasse ao final do Curso de MIP, com *ouputs* que servirão para o futuro da nova carreira em psicologia sistémica.

Às orientadoras da minha dissertação, Doutora Sofia e Dra Luciana o meu reconhecimento pela dedicação na orientação deste trabalho, não poupando esforços para que este trabalho fosse uma realidade.

Ao diretor geral do Hospital Central Dr. António Agostinho Neto, na pessoa do Dr. Chipenda, ao autorizar-me a frequência do mestrado, não esquecendo os meus colegas da Direção Pedagógica e Científica/Departamento de Formação Permanente do Hospital Central Dr. Agostinho Neto, que souberam pôr coubro às minhas ausências no local de trabalho, por motivos da frequência do Mestrado. A todos o meu reconhecimento.

À minha família, esposa, e filhas que sentiam a ausência do meu carinho, e sempre souberam apoiar-me.

A todos os meus colegas do mestrado os meus agradecimentos, aos sorrisos, apoios em estudos em grupo para dismistificar a complexidade da matéria, nele destaco, Armindo, Domingos, Vicente, Lua e Palmira.

Não deixo de agradecer o apoio inestimável da Dra Tchilissila, no esclarecimento de dúvidas. A Dra Angelina os meus agradecimentos ao apoio proporcionado.

## Índice

Introdução.....	1
I    Enquadramento conceptual.....	2
1.1.    Tuberculose: Definição, aspetos físicos e sociais.....	2
1.2.    Impacto da tuberculose na família e <i> coping </i> familiar...	2
1.3.    Tuberculose e qualidade de Vida.....	5
II    Objetivos.....	7
III   Metodologia.....	7
3.1.    Amostra.....	8
3.1.1.  Procedimentos de seleção e recolha da amostra.....	8
3.1.2.  Caracterização da amostra.....	8
3.2.    Instrumentos.....	11
3.3.    Procedimentos estatísticos.....	12
IV    Resultados.....	13
4.1.    Estudos de consistência interna: QOL.....	13
4.2.    Estudos de consistência interna: F-COPES.....	14
4.3. <i> Coping </i> familiar e qualidade de vida na Tuberculose: Estudo comparativo em contexto militar.....	15
4.4.    Associação entre F-COPES e QOL.....	15
V    Discussão.....	16
VI   Conclusão.....	19
Bibliografia.....	20
Anexos.....	22

## Introdução

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa e o seu agente causal é o bacilo de Koch, descoberto no ano de 1882, pelo cientista Robert Koch (Daniel, 2006). A tuberculose apresenta os seguintes sinais clínicos: tosse há mais de 3 semanas; perda de peso e de apetite; febre com suores noturnos; e cansaço fácil, podendo nalguns casos provocar dificuldades respiratórias e epistaxe, como consequências da existência de cavernas ao nível dos pulmões (Kritski & Melo, 2007).

Vários autores descreveram a tuberculose como uma doença social, uma vez que a forma de contágio está associada às interações sociais, através da inalação do ar expelido pela tosse e espirro do indivíduo portador do bacilo. Existem várias formas de tuberculose: Osteoarticular, Pele, Intestinal, Peritoneal, Sistema Nervoso Central, Sistema Linfático, Pleural, sendo a Pulmonar a mais frequente (Pina, 2000). A tuberculose é uma das principais causas de morte a nível mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu 13º relatório anual em 2009, estimou a existência de mais de 11 milhões de pessoas infetadas com a tuberculose, das quais 1 milhão e 300 mil morreram (OMS, 2009).

Em Angola, o Ministério da Saúde (MINSa) em 2011 notificou 48.947 casos de tuberculose, sendo o sexo masculino o mais afetado, o que representa em termos globais mais de 3000 casos em relação ao ano de 2010 (MINSa, 2011). Neste contexto, a elevada incidência desta doença, bem como a escassez de estudos sobre o tema, justificaram o interesse pelo mesmo e fundamentam, de alguma forma, a relevância da presente investigação.

Este trabalho pretende então debruçar-se sobre o estudo das estratégias de coping familiar e da qualidade de vida na tuberculose numa amostra que envolveu 60 militares, recolhida no Hospital Militar Regional Sul e na 60ª Brigada de Infantaria Motorizada da Matala. Deste modo, pretende-se perceber se as estratégias *de coping* familiar alteram ou não em função da presença da tuberculose, bem como perceber se existem diferenças na qualidade de vida perante a presença ou não desta patologia. Para a avaliação das variáveis em estudo serão utilizadas as versões portuguesas do *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES; McCubbin, Olson & Larsen, 1981) e do *Quality of Life* (QOL; Olson & Barnes, 1982).

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1. Tuberculose: Definição, aspetos físicos e sociais

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, também chamado por bacilo de Koch, cuja principal via de transmissão é aérea, através da inalação de gotículas portadoras do bacilo expelidas pela tosse e espirros. Estima-se que um sujeito infetado, antes do diagnóstico e tratamento, pode contaminar mais de cinco pessoas (Smith & Moos, 1994). Segundo estimativas da OMS, mais de um terço da população mundial é portadora de uma infeção latente do *Mycobacterium Tuberculosis* e cerca de 4 milhões de casos são notificados anualmente (OPS, 1998). Uma vez que o bacilo de Koch é aeróbio e encontra nos pulmões a pressão do oxigénio que lhe permite fixar-se e provocar a infeção tuberculosa que pela circulação sanguínea atinge outras regiões do corpo (Kritski & Melo, 2007, citados por Monteiro, 2009).

Desde a antiguidade que a tuberculose provocou nos indivíduos infetados comportamentos de estigma e discriminação, devido ao facto desta doença ser infeto-contagiosa, ocasionando nos doentes isolamento social, um ambiente de revolta e até várias reações adversas do ponto de vista psicológico, o que se repercute ainda nos dias de hoje (Fronteira, 2002). As pessoas com este diagnóstico optam muitas vezes por manter o silêncio, não comunicando à família, nem às pessoas com quem se relacionam, com medo de represálias e de um eventual abandono (Fronteira, 2002). Pelo que nesta fase, também podem surgir sintomas de depressão, ansiedade, desespero e isolamento, associados a um sentimento de perda (Pereira & Lopes, 2005). A tuberculose provoca assim consequências que afetam o funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo infetado. Do ponto de vista físico, se o sujeito não fizer o tratamento adequado, podem surgir complicações físicas sérias afetando outros órgãos (e.g. coração, osteoarticular, meninges, sistema urinário, gânglios, pele) e, concomitantemente, a recuperação (Pina, 2000).

Tal como outras doenças crónicas (e.g., Diabetes, Cancro, Hipertensão Arterial), a tuberculose tem um desenvolvimento progressivo e acompanha o curso de vida do indivíduo, ocasionando alterações de padrões comportamentais e implicando a adaptação a novos estilos de vida que se adequem aos padrões terapêuticos (Barros, 2003).

Em suma, são várias as consequências psicossociais que podem advir com o diagnóstico da tuberculose, as quais podemos destacar no domínio do funcionamento físico, no domínio da saúde, nas relações sociais e no funcionamento psicológico (Pina, 2003).

### 1.2. Impacto da Tuberculose na Família e Coping Familiar

A doença crónica origina impactos diversos na família, uma vez que incide no funcionamento familiar e exige toda uma reorganização de funções e de papéis. Os impactos podem ser estruturais, processuais, emocionais e

derivados das características específicas da enfermidade (Góngora, 1996). Por exemplo, ao nível do contexto estrutural podem surgir no seio da família padrões de funcionamento rígidos no relacionamento entre os membros não doentes e o doente, nomeadamente uma sobreproteção familiar dos restantes elementos ao doente (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). Deste modo, a família realiza muitas vezes as ações que deveriam ser feitas pelo doente, através de um cuidador primário, sendo geralmente este papel desempenhado por uma mulher. No caso da tuberculose estas ações podem ser: controlar a medicação, as refeições, a higiene e outras indicações médicas (Sousa, et al., 2007).

Face à doença crónica, o isolamento social da família é bastante frequente, quer porque a doença gera estigma, quer porque os cuidados ao doente são uma experiência intensa e aborvente. No caso da tuberculose, este isolamento social pode levar a família e o doente a ficarem mais vulneráveis a perturbações emocionais, perpetuar o estigma social e criar dificuldades de ajustamento à doença, o que inibe a exposição aos outros e o evitamento, por parte da família, em falar da doença para resguardar os seus sentimentos (Góngora, 1996).

No domínio processual, os impactos orientam-se na co-implicação entre processos, destacando-se: o curso da doença, o desenvolvimento dos indivíduos e o ciclo evolutivo da família. A interação entre os três movimentos é indispensável, o que por vezes é difícil de gerir no caso de uma doença crónica. Nestas circunstâncias, e apesar da presença da doença, a família deve continuar a atender às tarefas desenvolvimentais inerentes ao ciclo de vida familiar, dos seus subsistemas (parental, conjugal, filial) e dos seus indivíduos. Estas diversas necessidades não podem ser descuradas e absorvidas pelas exigências da doença, sob pena de se perder a identidade familiar, assente em hábitos, planos e prioridades, caso contrário podem surgir perturbações no desenvolvimento individual e/ou familiar (Sousa et al., 2007).

As alterações nas respostas emocionais e cognitivas situam-se, fundamentalmente, ao nível do designado “complexo emocional” (Góngora, 1996, citado por Sousa et al., 2007), manifestando-se pelo conjunto de emoções de natureza diversa (especialmente fortes no cuidador familiar) em que uns sentimentos podem agir como resposta a outros: sentimentos de contrariedade, ressentimento, impotência e depressão, como réplicas da impossibilidade de resolver a doença. Segundo Góngora (2001, citado por Santos et al., 2007), a instalação de uma doença crónica na família propicia o surgimento de alterações cognitivas que desencadeiam os seguintes processos emocionais: incertezas, impacto da medicação, problemas profissionais e com instituições, sentimentos ambivalentes, que variam com os fatores sociais, culturais e religiosos específicos de cada família.

Rolland (2001) refere que as doenças crónicas em termos biomédicos e psicossociais percorrem três cursos nomeadamente: progressivo, constante e episódico/recaídas: a) O curso progressivo

corresponde às doenças que têm um curso normal, apresentando uma evolução gradual dos sintomas ao nível da sua gravidade. O doente e a família confrontam-se com o impacto das incapacidades que a mesma poderá gerar e procuram adaptar-se à mudança de papéis, o que exige deles flexibilidade familiar, em termos da sua reorganização interna e do uso de recursos externos (Rolland, 2001); b) Nas doenças com um curso constante verifica-se uma estabilização no desenvolvimento biológico da doença. Depois da recuperação da fase de crise, isto é, da fase inicial da instalação da doença, surge o curso crónico onde o doente pode apresentar uma limitação ou défice funcional, o que levará a mudanças no funcionamento do sistema familiar; c) As doenças com o curso episódico correspondem a recaídas ou crises onde a doença atinge o pico máximo e se não forem tomadas medidas para a controlar, o indivíduo pode morrer rapidamente (Sousa et al, 2007).

Com base na classificação efetuada por Rolland (2001), podemos enquadrar a tuberculose como uma doença crónica com um curso correspondente a episódica e de recaída, se não forem cumpridas as indicações médicas. Nestes casos poderemos constatar períodos cíclicos de crise e sem crise. Na fase de crise o doente pode apresentar tosse intensa, às vezes acompanhada de expectoração hemoptóica, febre, astenia, alternando com períodos de estabilidade. Deste modo, a família em que um dos seus elementos tem tuberculose deverá ter a capacidade de adaptar o seu plano de cuidados ao doente, ajustando-se a estas diferentes fases da doença (Diniz, 2000). Algumas tarefas que a família deve desenvolver nesta fase consubstanciam-se em: aprender a lidar com a doença; incapacitação temporária; mudanças de hábitos; procurar aprender a lidar com o meio hospitalar; procedimentos e protocolos terapêuticos relativos à doença (e.g. tuberculose) e manter um bom relacionamento com a equipa de saúde que atende o seu membro familiar (Rolland, 2001, citado por Brazelton, 1991).

O *coping* é definido como um fenómeno com várias dimensões e representa sentimentos, pensamentos e ações que um indivíduo ou família utiliza para gerir situações de dano, ameaça e desafios (Monat & Lazarus, 1977, 1985, citados por Santos, 2010). No contexto familiar, o conceito de *coping* foi introduzido pelo modelo de McCubbin e colaboradores (1995, citados por Martins, 2008), e consiste no conjunto de respostas que a família utiliza, tendo em conta a etapa do ciclo vital em que se encontra para fazer face ao fator causador do stress familiar. Consoante as necessidades que possam surgir no seio da família, derivadas das ameaças ao sistema, são ativados diferentes tipos de estratégias que se resumem em: procura de apoio espiritual, aquisição de suporte social e mobilização de apoio formal (Unger & Poweel, 1980, citados por Martins, 2008). O *coping* religioso ou espiritual é uma estratégia que se caracteriza pela frequência de encontros de natureza religiosa, com objetivo de buscar o aconselhamento ou suporte emocional e/ou instrumental (Olson et al.; 1983, citado por Martins, 2008), ao passo que o apoio social abrange uma dimensão mais alargada, inclui os recursos

da rede social e abrange comportamentos de apoio e as valorizações subjetivas (Serra, 2000, citado por Martins, 2008).

Por outro lado, as situações indutoras de stress podem provocar dois tipos de estratégias de *coping*: o *coping* centrado no problema e o *coping* centrado nas emoções. a) O primeiro é constituído pelos esforços empreendidos pelo indivíduo, no sentido de resolver a fonte geradora de stress. b) E o segundo está relacionado com o conjunto de esforços empreendidos pelo indivíduo ou família, com vista a diminuir o impacto emocional provocado pelo acontecimento stressante (Lazaro & Folkman, 1984, citados por Santos, 2010).

Canavarro e colaboradores (1993) consideraram o *coping* como uma variável comportamental, que diz respeito à forma como o indivíduo se comporta ao lidar com as exigências específicas internas ou externas desencadeantes da situação indutora do stress familiar e os recursos como um atributo do sistema familiar, que consiste no conjunto de forças familiares e individuais no momento em que se instala o indutor de stress, podendo ter a sua origem nas divisíveis áreas da família (psicológica, económica ou física). Por outro lado, Vaz Serra, Canavarro, Ramalheira e Firmino (1992, citados por Santos, 2010), conceptualizaram as estratégias de *coping* como intermediárias entre as exigências da sociedade ou do sistema familiar (Burr & Klein, 1994, citados por Santos, 2010).

Perante a tuberculose de um membro, a família desenvolve estratégias para lidar com a situação de crise e que dependerá da fase em que a mesma se apresenta: se a doença estiver na fase de crise, a família deverá conviver com a doença, criar um significado para a doença, procurar obter informações sobre o diagnóstico, prognóstico, definir o seu papel, estabelecer relação com o sistema de saúde e o médico assistente. Se se apresentar na fase crónica, a família deverá redefinir o seu papel, indicação do cuidador principal, colocar a doença no seu devido lugar, isto é, separar a doença da pessoa e buscar apoio social. Se for na fase terminal as tarefas resumem-se em resolver os assuntos pendentes, proporcionar apoio emocional ao doente e a realização do luto antecipado (Rolland, 1987). Frequentemente, perante um diagnóstico de tuberculose, desenvolve-se no seio das famílias sentimentos ambivalentes, por um lado medo de perder um ente querido, por outro o medo de contágio Costa e colaboradores (1989, citados por Guerra, 1998).

### **1.3. Tuberculose e Qualidade de Vida**

Segundo a OMS (1958) a qualidade de vida é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não uma mera ausência de disfunção ou doença. Nesta perspetiva existe uma relação intrínseca entre o conceito de qualidade de vida e o bem-estar psicológico, felicidade e satisfação com a vida (Santos, 2009).

Para Fagulha, Duarte e Miranda (2000, citados por Santos, 2009) a qualidade de vida associa-se com a satisfação das necessidades globais

perante a vida do indivíduo, em que o mesmo pode selecionar o que lhe permite realizar os seus objetivos ou alcançar a sua auto-realização. Os referidos autores, defendem que a qualidade de vida está interligada com o bem-estar físico, social, interpessoal, psicológico, material, financeiro, emprego, produtividade e capacidade funcional.

Martínez (1992, citado por Santos, 2010) refere que a qualidade de vida deve ser interpretada de forma multidimensional e como um subjetivo representante do grau de satisfação com a vida, tendo em conta as restrições derivadas da doença e tratamento. Todavia, a qualidade de vida engloba no seu todo, a função física, os sintomas da doença, ocupação e a interação social.

A escassez de pesquisas que abordem a qualidade de vida em doentes com tuberculose foi confirmada por Chang, Wu, Hansel e Diette (2004, citados por Monteiro, 2009). Estudos realizados por vários autores nos Estados Unidos da América (Chang et al., 2004, citados por Monteiro, 2009) demonstraram que um indivíduo com tuberculose apresenta alterações em todos os domínios da sua qualidade de vida, desde o bem-estar espiritual, saúde psicológica, físico, desempenho social, bem como a percepção do seu estado geral da saúde.

Todavia, outros investigadores da pandemia em África, concluíram num estudo comparativo que os indivíduos com tuberculose apresentavam médias baixas da qualidade de vida em relação ao grupo de controlo, sendo o domínio físico o mais afetado, seguido da parte psicológica, Dhuria e colaboradores (2008, citados por Monteiro, 2009). De igual modo, o mesmo estudo foi confirmado na China por Hansel e colaboradores (2004), tendo constatado que doentes com tuberculose apresentavam problemas ao nível físico. Estudo esse, corroborado por Chamla (2004) que identificou na sua pesquisa que a componente somática era a mais afetada na QOL do doente com tuberculose, seguidas das componentes psicológica e social.

Eram e colaboradores (2006, citados por Monteiro, 2009, p. 15) referem que “um doente com uma percepção errada da doença e o estigma social pode conduzir a situações de pânico na comunidade”. No estudo realizado por Rajeswari, Muniyandi, Balasubramanian e Narayanan (2005, citados por Monteiro, 2009, p.15), foi também demonstrado que a tuberculose causa impacto no domínio físico, psicológico e social. No que refere a percepção dos doentes sobre a doença, os resultados indicaram que “50% dos doentes tinham sentimentos de preocupação e 9% ideias suicidas. O estigma social foi inalterável pois os doentes entrevistados apresentaram satisfação psicológica no final da terapêutica”. O que destaca o papel da medicação no aumento da auto-estima dos doentes com tuberculose e concomitantemente a melhoria da qualidade de vida.

Estudos feitos na Índia por Eram e colaboradores (2006), sobre a percepção da doença no doente com tuberculose, constataram uma reação negativa ao tomar conhecimento do diagnóstico e perturbações psicológicas, como a depressão e a perda de interesse, eram mais frequentes em doentes

com baixo nível de escolaridade e sócio-económico, bem como nos doentes negligenciados pela família e sociedade.

A OMS recomenda aos governos a aplicação da estratégia da terapia de curta duração sob observação direta de um profissional (*DOTS*), onde o doente deve tomar os medicamentos na unidade hospitalar nos primeiros três meses do tratamento (ambulatório), o que garante uma cura por completo da tuberculose, estratégia essa que abrange desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento, com implementação desde 2006 em 184 países (OMS, 2008). Os resultados desta medida terapêutica têm levado à cura da tuberculose, com impacto positivo na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos infetados com a doença (Marra et al 2004, citados por Monteiro, 2009).

## II – Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a perceção das estratégias de *coping* familiar e a qualidade de vida de sujeitos angolanos com e sem tuberculose, numa amostra recolhida em contexto militar. Em termos de objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- a. Caracterizar as duas sub-amostras de sujeitos com e sem tuberculose ao nível das variáveis sociodemográficas e familiares.
- b. Estudar a consistência interna do *Quality of Life* (QOL; Olson & Barnes, 1982) e *Family Crisis Oriented Personal Evaluation* (F-COPES; McCubbin, Olson & Larsen, 1981).
- c. Comparar as duas sub-amostras (com e sem tuberculose) ao nível da perceção das estratégias de *coping* familiar e da qualidade de vida dos sujeitos.
- d. Analisar a relação entre a perceção das estratégias de *coping* familiar e a qualidade de vida dos sujeitos.

## III – Metodologia

### 3.1. Amostra

#### 3.1.1. Procedimentos de seleção e de recolha da amostra

Os dados foram recolhidos no Hospital Militar Sul e na 60ª Brigada de Infantaria na Huíla-Angola de outubro de 2011 a março de 2012.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra: a) ter nacionalidade angolana; b) ser militar; c) ter diagnóstico clínico de tuberculose; d) participar voluntariamente no estudo através do consentimento informado.

A recolha de dados do grupo de militares com tuberculose foram obtidos no seio dos doentes internados com diagnóstico de tuberculose no Hospital Militar, que, depois de serem informados sobre o estudo, assinaram

o termo de consentimento e aceitaram preencher os protocolos que foram entregues. Os militares do grupo sem tuberculose foram preenchidos por militares da 60<sup>a</sup> Brigada de Infantaria Motorizada situada no município da Matala, após a prévia autorização do Comandante da unidade para efetuarmos a recolha de dados. Assim, selecionaram-se 30 militares de um universo de 150 indivíduos disponíveis. Posteriormente, foram seguidos os mesmos procedimentos do grupo com tuberculose (e.g. consentimento informado, protocolo).

### 3.1.2. Caracterização da Amostra

Participaram no estudo um total de 60 sujeitos: uma sub-amostra composta de 30 sujeitos com diagnóstico de tuberculose e outra de igual número sem o diagnóstico de tuberculose. Todos os sujeitos são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e 54 anos de idade ( $M=35.63$ ;  $DP=6.92$ ). Constatou-se que 50% ( $n=15$ ) 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% ( $n=15$ ) das idades situam-se entre 31- 40 anos, o que é coincidente 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 a 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% ( $n=9$ ) e Kimbundo com 10% ( $n=6$ ).

95% ( $n=57$ ) da amostra total vive nos arredores da cidade/bairro e 3.3% ( $n=2$ ) vivem no centro da cidade. Todos os sujeitos que compõe a amostra total ( $n=60$ ) têm um vencimento mensal. Quanto ao nível socioeconómico (NSE), 83.3% ( $n=50$ ) do total dos sujeitos é baixo, 10% ( $n=3$ ) dos militares com tuberculose e 16.7% ( $n=5$ ) dos militares sem tuberculose têm NSE médio e finalmente 6.7% ( $n=2$ ) têm NSE elevado no grupo de militares com tuberculose (Cf. Anexo A).

Para calcular o nível socioeconómico (NSE) elevado, médio e baixo, foi criado um resultado compósito atendendo a uma série de variáveis (e.g., área de residência, fonte de rendimento e tipo de habitação), tendo em conta a realidade angolana (Cf. Anexo B). Os dados recolhidos sobre o agregado familiar possibilitaram fazer a classificação das etapas do ciclo vital, com base na classificação proposta por Relvas (1996): Formação de casal, Família com filhos pequenos, Família com filhos na escola, Família com filhos adolescentes e Família com filhos adultos.

Tabela 1  
*Caraterização da Amostra: Variáveis sociodemográficas*

Variáveis	Grupo Tuberculose <i>n</i> =30		Grupo Controlo <i>n</i> =30		Amostra Total <i>N</i> =60	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	30	100	30	100.0	60	100.0
Feminino	-	-	-	-	-	-
<b>Idade</b>						
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	16.5	7	23.2	12	20.0
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	2	6.7	-	-	2	3.3
Casado	-	-	2	6.7	2	3.3
União de facto	25	83.3	28	93.3	53	88.3
Separado	1	3.3	-	-	1	1.66
Viuvo	2	6.7	-	-	2	3.3
<b>Etnia</b>						
Nhaneca	10	33.3	4	13.3	14	23.3
Umbundo	11	36.7	15	50.0	26	43.3
Kimbundo	3	10.0	3	10.0	6	10.0
NGanguela	-	-	2	6.7	2	3.3
Cunhama	2	6.7	1	3.3	3	5.0
Outros	4	13.3	5	16.7	9	15.0
<b>Patente</b>						
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
<b>Área de Residência</b>						
Centro da Cidade	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Arredores da Cidade	29	96.7	28	93.3	57	95.0
Comuna Sede	-	-	1	3.3	1	1.7
<b>Fonte de rendimento</b>						
Vencimento mensal	30	100.0	30	100.0	60	100.0
<b>NSE</b>						
Baixo	25	83.3	25	83.3	50	83.3
Médio	3	10.0	5	16.7	8	13.3
Elevado	2	6.7	-	-	2	3.3

Tabela 2  
Caraterização da amostra: variáveis familiares

Variáveis	Grupo de TB		Grupo de controlo		Amostra total	
	n= 30		n= 30		N= 60	
	n	%	n	%	n	%
<b>Etapa ciclo vital</b>						
Formação de casal	4	13.3	-	-	4	6.6
Família filhos pequenos	9	30	3	10	12	20.0
Família filhos na escola	6	20	13	43.3	19	31.6
Família filhos adolescentes	4	13.3	9	30	13	21.6
Família filhos adultos	6	20	5	16.7	11	18.3
Outros	1	3.3	-	-	1	1.6
<b>Agregado Familiar</b>						
2-7	24	79.9	28	93.4	52	86.6
8-20	6	20	2	6.6	8	13.3
<b>Filhos</b>						
Sim	27	90	30	100	57	95.0
Não	3	10	-	-	3	5.0
<b>Número de filhos</b>						
0-1	8	26.7	4	13.3	12	20.0
2-4	16	53.4	22	73.4	38	63.3
5-9	6	19.9	4	13.3	10	16.6

Ao nível das variáveis familiares constatamos que 95% ( $n=57$ ) do total da amostra possui filhos e 5% ( $n=3$ ) não têm, sendo o número máximo de filhos 9 e a média de filhos de 3.20 ( $D.P=1.87$ ).

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% ( $n=1$ ) outros.

Foi feito o teste do *Qui-Quadrado* para as variáveis sexo, estado civil, área de residência e nível de escolaridade para averiguar se ambos grupos são equivalentes. Quanto a variável sexo existe uma equivalência total, já que (100% de sujeitos são do sexo masculino), quanto às variáveis estado civil,  $X^2(2) = 7.170$ ,  $p=.127$  e área de residência,  $X^2(2) = 1.018$ ,  $p=.601$ , os resultados permitem concluir que os dois grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas, sendo assim equivalentes quanto às variáveis consideradas. Relativamente ao nível de escolaridade os dois grupos demonstraram diferenças estatisticamente significativas,  $X^2(2) = 17.846$ ,  $p=.037$ , isto é, o grupo de militares sem tuberculose, apresentam um maior nível de escolaridade em relação ao grupo com a doença.

### 3.2. Instrumentos

O presente estudo utilizou um protocolo composto por três questionários: *Questionário Sociodemográfico*, *Qualidade de vida (QOL)*, e *Escala de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família (FCOPES)*.

Foi ainda apresentada uma ficha de consentimento informado aos sujeitos envolvidos na pesquisa para que tomassem conhecimento dos objetivos do estudo e do caráter voluntário da participação, no sentido de aceitarem as condições da investigação, bem como prestar a garantia do anonimato e da confidencialidade das suas respostas (Cf. Anexo C).

**Questionário Sócio-demográfico:** É um instrumento que permite recolher informações sociodemográficas sobre a família e proceder à caracterização da amostra abrangendo as seguintes variáveis: pessoais (e.g., idade, género, estado civil), composição familiar (e.g., número de pessoas com quem vivem, número de filhos), características da habitação (e.g., número de quartos, casa de banho), principal fonte de rendimento da família (e.g., vencimento mensal, semanal, dia ou tarefa), eletrodomésticos e conforto existente na habitação (e.g., luz, frigorífico). Foram adicionadas variáveis relacionadas com a realidade angolana, tais como a etnia (e.g., Umbundo, Nhaneka, Quimundo, Cuanhama), religião (e.g., Católica, Tokuista, Adventista 7º dia), área de residência (e.g., centro da cidade, arredores da cidade/bairro, aldeia/quimbo), e tipo de habitação (e.g., apartamento, vivenda, casa de adobe, pau a pique) (Cf. Anexo D).

**Escala de Avaliação Pessoal Orientada para Crise em Família (FCOPES):** A versão portuguesa do F-COPES foi traduzida e adaptada por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990, citados por Santos, 2010), tendo sido designada por *Escala de Avaliação Pessoal Orientada para Crise em Família* é um instrumento que avalia o *coping* familiar. A versão original do *F-COPES* é de autoria de McCubbin, Olson e Larsen (1981) e tem como objetivo identificar as atitudes e comportamentos de resolução de problemas, enfrentados pelos sistemas familiares, a fim de responderem a situações que originam dificuldades no seu funcionamento (Santos, 2010).

O referido inventário é um instrumento de auto-resposta, composto de 30 itens que avaliam as diversas estratégias internas e externa de *coping*, geralmente utilizadas pela família com respostas de tipo *Likert* de cinco pontos, em que (1) corresponde ao discordo muito, (2) discordo moderadamente, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo moderadamente, (5) concordo muito.

No estudo de validação para a população portuguesa o coeficiente de alpha de *Cronbach*, obteve um valor de .846, indicador de boa consistência interna, aproximando-se do valor obtido pela escala original (.86) (Santos, 2010).

A análise dos fatores, no estudo de validação, constatou-se que o inventário apresentou sete factores com uma variância total explicada de 58.8%, proporcionando cinco subescalas: Reenquadramento (.79), Procura de Apoio Espiritual (.85), Aquisição de Suporte Social-Relações de Vizinhaça (.82), Aquisição de Suporte Social-Relações Intimas (.70) e duas dimensões (Atitude Passiva e Avaliação Passiva) (Santos, 2010). Para o presente estudo foi utilizada a versão Portuguesa do FCOPEs (Cf. Anexo E).

**Questionário Qualidade de Vida (QQL):** Este questionário procura obter informações acerca da satisfação com as dimensões da qualidade de vida (Olson & Barnes, 1982, citados por Santos, 2010). O referido questionário compreende 40 itens na versão parental, que abarcam os seguintes fatores: Casamento e Vida Familiar (4 itens), Amigos (2 itens), Saúde (2 itens), Casa (3 itens), Espaço (2 itens), Educação (2 itens), Tempo (5 itens), Religião (2 itens), Emprego (2 itens), Mass Média (4 itens), Rendimento (6 itens), e Vizinhaça e Comunidade (6 itens). As respostas à pergunta "Qual o seu nível de satisfação com?" são dadas numa escala de *Likert*: insatisfeito (1 item), pouco satisfeito (2 itens), geralmente satisfeito (3 itens), muito satisfeito (4 itens), extremamente satisfeito (5 itens).

A versão original do *Quality of Life (QOL)*; Olson & Barnes, 1982, citados por Santos, 2010) foi traduzida da língua inglesa para a língua portuguesa por uma equipa de cinco elementos (bilingues), obedecendo à metodologia da Organização Mundial de Saúde (Canavarro & Cols, 2006, citados por Simões, 2008)(Cf. Anexo F).

### 3.3. Procedimentos estatísticos

Para a realização deste trabalho, realizamos análises estatísticas, recorrendo ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 16.0 para o Windows XP. Procedemos às seguintes análises estatísticas:

- a. Estudo de frequências e estatística descritiva para caracterizar a amostra;
- b. Teste do *Qui-Quadrado* para averiguar a equivalência das duas sub-amostras;
- c. Alfa de cronbach para estudar a consistência interna do FCOPEs e do QOL;
- d. Teste *t* para amostras independentes, para comparar as duas sub-amostras quanto ao resultado total do QOL e do FCOPEs;
- e. Coeficiente de correlação de Pearson, para analisar o grau de associação entre o total do QOL e o total do FCOPEs.

## IV – Resultados

### 4.1. Estudos de Consistência Interna: QOL

No que diz respeito à estatística descritiva dos itens do QOL, os dados apresentados na Tabela 3 permitem-nos concluir que o item com a média mais elevada é o item 1 ( $M= 3.92$ ;  $DP=0.85$ ) “Nível de satisfação com a sua família”. Por sua vez, o item 32 “Nível de satisfação com a quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)” é o que apresenta uma média mais baixa ( $M= 2.47$ ;  $DP= 1.27$ ).

Tabela 3

*Estatística descritiva e estudo de consistência interna (alfa de cronbach) dos itens do QOL*

Itens QOL	M	DP	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach Item eliminado
1	3.92	0.85	.39	.977
2	3.88	0.89	.31	.977
3	3.85	0.88	.33	.977
4	3.58	1.01	.59	.977
5	3.50	0.83	.60	.977
6	3.85	0.76	.42	.977
7	3.07	1.23	.70	.976
8	3.92	0.67	.45	.977
9	3.07	1.16	.82	.976
10	2.97	1.04	.76	.976
11	3.30	0.83	.74	.976
12	2.93	1.11	.88	.976
13	3.00	1.15	.87	.976
14	2.70	1.16	.78	.976
15	2.87	1.06	.82	.976
16	2.98	1.00	.88	.976
17	2.97	0.96	.78	.976
18	2.88	1.01	.75	.976
19	2.87	0.93	.81	.976
20	3.25	0.80	.75	.976
21	3.28	1.08	.77	.976
22	3.28	1.09	.76	.976
23	3.68	0.68	.60	.977
24	3.65	0.66	.60	.977
25	2.92	1.06	.77	.976
26	2.85	1.12	.77	.976
27	2.75	1.11	.79	.976
28	2.68	1.17	.79	.976
29	2.95	1.06	.76	.976
30	2.80	1.05	.75	.976
31	2.92	1.03	.79	.976
32	2.47	1.27	.70	.976
33	2.78	0.99	.79	.976
34	2.80	1.04	.79	.976
35	3.12	0.85	.79	.976
36	3.05	0.79	.77	.976
37	3.13	0.77	.82	.976
38	3.20	0.76	.71	.976
39	2.82	1.13	.79	.976
40	3.40	0.79	.59	.977

O alfa de Cronbach é um procedimento estatístico utilizado para a análise da consistência interna das escalas de tipo *Likert* (Almeida & Freire, 2003).

Para o nosso estudo, procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach para o resultado total do QOL, tendo-se alcançado o resultado de .977, constituindo um valor elevado e muito adequado para fins de investigação e para a utilização do instrumento no contexto clínico (Pestana & Gageiro, 2003). Entretanto, do estudo da análise da correlação item-total da escala observamos que não existem correlações abaixo de .30, não havendo assim qualquer item cuja remoção pudesse aumentar o valor do alfa de Cronbach (Cf. Tabela 3).

#### 4.2. Estudos de Consistência Interna: FCOPEs

No que se refere à estatística descritiva dos itens do FCOPEs, os dados apresentados na Tabela 4 permitem-nos concluir que o item com a média mais elevada é o item 1 ( $M= 4.23$ ;  $DP= 0.99$ ) “*Compartilhamos as nossas dificuldades com familiares*”. Por outro lado, o item 6 “*Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a nossa*” é o que apresenta uma média mais baixa ( $M= 3.02$ ;  $DP= 1.41$ ).

Tabela 4

*Estatística descritiva e estudo de consistência interna (alfa de cronbach) dos itens do FCOPEs*

Itens FCOPEs	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach item eliminado
1	4.23	0.99	.37	.964
2	3.78	1.21	.70	.962
3	4.03	0.76	.66	.962
4	3.98	1.00	.65	.962
5	4.03	0.82	.71	.962
6	3.02	1.41	.73	.962
7	3.93	0.88	.75	.961
8	3.30	1.36	.76	.961
9	3.73	1.06	.70	.962
10	3.45	1.33	.75	.961
11	4.02	0.78	.62	.962
12	3.65	1.29	.64	.962
13	4.15	0.63	.62	.962
14	3.80	1.19	.69	.962
15	4.17	0.59	.60	.963
16	3.65	1.04	.74	.961
17	3.92	0.87	.75	.961
18	3.12	1.24	.76	.961
19	4.02	0.81	.56	.962
20	3.73	1.06	.78	.961
21	3.43	1.23	.75	.961
22	4.03	0.71	.66	.962
23	3.80	1.19	.70	.962
24	3.98	0.68	.57	.962
25	4.07	0.73	.69	.962
26	3.98	0.77	.65	.962
27	3.77	1.17	.79	.961
28	3.68	0.89	.54	.963
29	3.52	1.20	.77	.961
30	3.98	0.89	.74	.961

Procedemos ao cálculo do alfa de Cronbach para a análise da consistência interna dos itens do FCOPEs, tendo-se alcançado o resultado de

.964, representando, mais uma vez, um valor muito elevado e adequado para a investigação (Pestana & Gageiro, 2003). Do estudo da análise da correlação item-total da escala e do valor do alfa de Cronbach com a eliminação do item, observamos que não existem correlações abaixo de .30 (cf. Tabela 4). Merece destaque apenas a correlação mais baixa ( $r = .37$ ) obtida para o item 1 “*Compartilhamos as nossas dificuldades com familiares*”, cuja eliminação se traduziria na passagem do alfa de Cronbach da escala total de .963 para .964.

#### 4.3. Coping Familiar e Qualidade de Vida na Tuberculose: Estudo comparativo em contexto Militar

Para comparar a percepção da qualidade de vida em ambos os grupos efetuou-se um teste  $t$  para amostras independentes, e constatou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa,  $t(58) = -6.05$   $p < .001$ , que permite deduzir que os militares sem a doença têm melhor percepção da sua qualidade de vida (avaliada pelo QOL) ( $M=144.13$ ;  $DP=14.70$ ) do que os militares com tuberculose ( $M=107.63$ ;  $DP=27.53$ ).

De igual modo, compararam-se as estratégias de *coping* familiar nos dois grupos, através do teste  $t$  para amostras independentes e constatou-se que os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas  $t(58) = -5.18$   $p < .001$ , o que permite concluir que os militares sem tuberculose têm uma melhor percepção das estratégias de *coping* (avaliadas pelo FCOPES) ( $M=125.97$ ;  $DP=8.66$ ), comparativamente aos militares com tuberculose ( $M= 102.00$ ;  $DP=23.82$ ).

Tabela 5

*Teste t comparação das médias entre os dois grupos com e sem Tuberculose*

Resultados	Grupo Tuberculose		Grupo de Controlo		$t(58)$	$P$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
Total QOL	107.63	27.53	144.13	14.70	-6.05**	.001
Total FCOPES	102.00	23.82	125.97	8.66	-5.18**	.001

\*\*  $p < .01$

#### 4.4. Associação entre e FCOPES e QOL

Para determinar a existência de uma associação entre o resultado total do QOL e do FCOPES recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados revelaram existir uma relação estatisticamente significativa, positiva e moderadamente elevada entre os resultados totais do QOL e FCOPES ( $r=.74$ ,  $p < .001$ ). Este resultado indica que os dois construtos partilham entre si 54.8% da variância.

## V – Discussão

A tuberculose é uma doença infeto-contagiosa que se encontra distribuída em todo mundo e constitui uma das principais causas de internamento e de mortalidade nas populações com baixo nível socioeconómico. No contexto militar, a tuberculose constitui um grande problema de saúde devido ao fraco saneamento do meio, às péssimas condições de habitabilidade, à aglomeração, às fracas condições de assistência médica e medicamentosa e ao uso abusivo de drogas e álcool.

O presente trabalho trata-se de um estudo de carácter exploratório, em que se pretende avaliar a perceção das estratégias de *coping* familiar e a qualidade de vida de sujeitos angolanos com e sem tuberculose, tendo-se efetuado para o efeito a descrição e caracterização da amostra, o estudo da consistência interna, a comparação e análise da relação entre as duas sub-amostras recolhidas em contexto militar angolano.

Como se verificou, a totalidade da amostra recolhida para o presente estudo foi constituída por militares do sexo masculino, o que vem de encontro à realidade do contexto militar angolano, que na sua maioria é composto por homens. Relativamente à área de residência verificou-se que a maior parte dos sujeitos vivem em casas de adobes nos bairros com um quarto e/ ou uma sala sem condições sanitárias e pelo número de agregado familiar, pressupõe que as condições de habitação são precárias, possivelmente sendo estes os fatores que contribuem na disseminação da doença, pois os hospitais que apresentam trabalhos diferenciados estão nos centros da cidade, o que muitas vezes impede as pessoas de percorrerem longas distâncias à procura de um atendimento mais qualificado (Ferreira, 2000; Ramos, 2005).

Foi feita a análise do *Qui-Quadrado* de ambos grupos quanto à variável nível de escolaridade e foram identificados resultados estatisticamente significativos, esta situação explica-se pelo facto dos indivíduos com a doença não apresentarem perspectivas de vida, tendo em conta o longo período de tempo que se encontram ao serviço militar, em frente de combate, sem oportunidade de ter uma formação académica.

Em relação à análise da estatística descritiva dos itens do QOL, constatou-se que dois itens apresentam diferenças em termos dos valores médios: O item 1 apresenta a média mais elevada “ A sua família ” Este item revela que os sujeitos participantes ao estudo estão satisfeitos e valorizam a importância das suas famílias, aspeto positivo uma vez que a família joga um papel fundamental na qualidade de vida de um indivíduo (Martinez, 1992, citado por Santos, 2010). O item 32 “Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)” este item apresenta a média mais baixa, pressupõe que os sujeitos participantes ao estudo têm pouca preocupação com possíveis dívidas ou empréstimos contraídos, em parte justifica-se que na realidade angolana a cultura de recurso a créditos bancários para a solução de algumas carências sociais é algo novo e por

outro lado não é fácil obter um crédito pelas exigências das instituições bancárias angolanas.

O cálculo realizado para o alfa de *Cronbach* para aferir a consistência interna dos itens do QOL, o resultado total obtido (.97) está acima da versão portuguesa (.92) (Canavarro e Colaboradores, 2006), sendo um valor bastante adequado para fins de investigação e um instrumento credível para utilização no contexto clínico. Por outro lado o resultado elevado pode ter explicação a diferenças contextuais, o que faz crer que os sujeitos participantes ao estudo têm um conceito diferente de qualidade de vida em relação a população portuguesa.

Do estudo da análise da correlação item-total do QOL realizado, observou-se apenas que o item 2 apresenta um índice de correlação mais baixo “O seu casamento”, possivelmente por ser uma fonte de equilíbrio, onde o indivíduo procura estabilidade emocional, bem estar físico, segurança, são fatores que favorecem uma boa qualidade de vida.

Na análise da estatística descritiva para os itens do F-COPES constatou-se que dois itens apresentam diferenças em termos dos valores médios: O item 1 apresenta a média mais elevada “Compartilhamos as nossas dificuldades” Este item revela que é uma das estratégias familiares mais utilizados nos sujeitos participantes ao estudo. O item 6 “Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar as famílias numa situação como a nossa” este item apresenta a média mais baixa, pressupõe que os sujeitos participantes ao estudo não buscam apoios formais e possivelmente os serviços de apoio social a nível do exército ainda não são bem conhecido.

Procedeu-se o cálculo do *alfa* de *cronbach* para a análise da consistência interna dos itens do F-COPES, o resultado total obtido (.96) revela-se elevado em relação a versão portuguesa (.84) (Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 1990), constituindo um valor elevado e muito adequado para fins de investigação e adequado para utilização do instrumento no contexto clínico. Estes dados podem ser concetualizados tendo em consideração as características específicas das famílias angolanas, em serem famílias alargadas e haver uma sensibilidade a uma solidariedade social e em encararem como seus os problemas os dos outros que pertencem a sua rede social.

O estudo da análise da correlação item-total do *F-COPES* observou-se apenas o item 1 que apresenta um índice de correlação mais baixo “compartilhamos as nossas dificuldades com familiares” este item apesar de apresentar correlação mais baixa, mas a realidade angolana mostra que as famílias em situações de problemas tendem a partilhar as dificuldades, procurando soluções conjuntas. Por outro lado, o recurso a esta estratégia muitas vezes tem sido afectada no contexto militar angolano, porque na maioria dos militares vivem aquartelados e longe das suas famílias.

No que concerne ao estudo comparativo da percepção da qualidade de vida e estratégias familiares de ambos os grupos, os resultados do teste *t* revelaram que o grupo de militares sem tuberculose têm uma melhor

percepção das estratégias de *coping* e de uma melhor qualidade de vida, comparativamente aos militares com tuberculose, este resultado pode ser explicado porque a tuberculose provoca no indivíduo doente alterações em todos os domínios da qualidade de vida (Chang et al., 2004, citados por Monteiro, 2009).

Relativamente ao estudo de correlação realizado entre o QOL e o FCOPES a fim de identificar se existia ou não uma associação entre ambos os construtos, os resultados indicaram haver uma relação estatisticamente significativa e positiva, indicando que quanto maior a qualidade de vida, mais estratégias de *coping* podem ser utilizadas pelos militares, e vice-versa.

Quanto ao estado civil, os dados mostram que a maior predominância reside na união de facto, o que pode ser justificado tendo em conta a sua condição de militar. Ou seja, não terem uma residência fixa favorece que vão arrançando parceiras onde estão destacados, que não lhes permite transitar para o estado civil de casado. Por outro lado, esta condição permite-lhes quebrar o isolamento social ou familiar, bem como a obtenção de apoios em momentos de dificuldades (e.g. doença).

Em relação às idades, constatamos que na nossa amostra as idades mais representativas se situam entre os 23 e os 54 anos, possivelmente por ser aos 18 anos a faixa etária de ingresso na vida militar, e os mesmos não terem um tempo limitado para o cumprimento do serviço militar, acesso à escola ou mesmo escolherem a carreira militar com perspetiva de melhoria de vida.

Grande percentagem dos militares participantes ao estudo, apresentam um nível socioeconómico (NSE) baixo, devido à falta de formação profissional e académica, tendo como fonte de rendimento apenas o salário mensal fixo, o que poderá causar uma baixa sustentabilidade. Fatores estes que podem influenciar no surgimento da tuberculose (OMS, 2009). A maioria da população participante no estudo foi então constituída por soldados, com um ordenado mensal baixo, com dificuldades em suportar o número de filhos (2-4), nomeadamente com as despesas de formação dos filhos, já que grande parte deles têm os filhos na escola. Este facto vai de encontro ao sustentado por Perreira e Lopes (2000, citados por Rosa, 2007), ao afirmarem que o nível socioeconómico interfere na capacidade de *coping* familiar que é determinante para o bem-estar e qualidade de vida percebida, estando estes mais vulneráveis às doenças por possuírem um menor apoio socioeconómico.

## VI – Conclusões

A qualquer pesquisa que se faça no domínio da ciência estão subjacentes os aspetos ligados às vantagens e limitações e este estudo não é uma singularidade. Destacamos como vantagens, o facto de ser o primeiro estudo exploratório no domínio da tuberculose e no contexto militar, uma vez que vai proporcionar valiosas informações sobre a temática e ser um ponto de partida para próximas pesquisas, tendo em conta que os resultados obtidos tiveram uma sustentação de informações descritas na fundamentação teórica, destacando as diversas visões de eminentes autores que abordaram a tuberculose.

Por outro lado, o mesmo estudo tem implicações políticas e sociais, já que os decisores políticos e sociais e, fundamentalmente a nível das forças armadas angolanas terão uma ferramenta como referência na definição de políticas e acções sociais. Outrossim, os resultados proporcionaram uma melhor compreensão das questões relacionadas com as estratégias de *coping* familiar nas doenças crónicas, em particular a tuberculose em contexto militar angolano e, estes conhecimentos podem ser úteis para a prática clínica, mais concretamente para a intervenção psicoterapêutica. Esta investigação pode originar novas reflexões que influenciem e ajudem a implementar no exército novas práticas em termos de seguimento psicossocial e serviços de apoio para os sistemas familiares dos militares.

Tivemos como limitações a escassez de estudos nesta área, os dados terem sido recolhidos no contexto militar angolano, o que requer muito cuidado na elaboração de juízos de valor.

Finalmente, os participantes no estudo têm pouca noção da importância de um trabalho de pesquisa, no geral tiveram receio de revelar as suas questões íntimas ou vida particular.

## Bibliografia

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alves, T. S., Nascimento, K. M., Soares, K. P., & Melo, T. S. (2006). Incidência de tuberculose pulmonar bacilífera no Município de Urmirim no ano 2001. *Newslab*, 74, 82-90.
- Brazelton, T. B. (1991). *Cuidado da família em crise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Canavarro, M. C. (2009). *Qualidade de vida em pessoas infectadas por VIH em Portugal: Validação do instrumento de avaliação da qualidade na infecção do VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal caracterização da qualidade de vida da população portuguesa infectada e estudo da relação entre saúde mental qualidade de vida*. Relatório científico.
- Ellen, M. S., Susan, C. S., Fred, A. L. (2007). *Doenças infecciosas: Diagnóstico no sector de emergência*. Rio de Janeiro: McGraw /Hill.
- Ferrans, C.E.; e Powers, M. J. (1993). Quality of life of hemodialysis patients. *Anna journal*.
- Ferreira, C. M. M. (2000). Tuberculose pulmonar: Infecção por VIH. *Sinais vitais. Forasau*, 29, 247-260.
- Fronteira, I. S. E. (2002). Estigma social e infecção por VIH uma inevitabilidade? *Pensar enfermagem*, (2), 45-52.
- Gameiro, J. S. D. (1985). O sintoma em terapia familiar. *Psicologia n°4*
- Goldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo vital de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. São Paulo: ArtMed.
- Gongora, J. (2002). Família y enfermedad: Problemas y técnicas de intervenção. *Psicologica*, n°31
- Guerra, M. P. (1998). SIDA implicações psicológicas. *Fim do século ed pag* 173.
- Hass, B. K. (1994). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of nursing research*.
- Hijjar, M. A. (1994). Controle das doenças endêmicas *Revista da sociedade brasileira de medicina tropical*, 27, 23-36
- Hinds, P.S.; King, Cynthia, R. (1998). *Nursing and patient perspective on quality of life*. Boston: Bartlett Publishers.
- Kristski, A. L. & Melo, F. A. F. (2007). Tuberculosis in adults. *From Basic science to patient care*, 15, 487-524
- Martins, F. M. (2008). *F-COPES: Estudo de validação para a população* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra.
- Ministério da Saúde da República de Angola. (2011). Relatório sobre a situação da tuberculose. Luanda.
- Monteiro, B. A. (2009). *Gestão da qualidade de vida da pessoa com tuberculose pulmonar*. (Tese de mestrado não publicada) Universidade de Trás dos Montes e Alto Douro.

- Moreira, P.B./2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Controlo global da tuberculose vigilância, planeamento financeiro*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Relatório anual sobre tuberculose no contexto africano*. Genebra: OMS.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (1998). El contole de la tuberculosis em las Américas. *Boletin epidemiológico*.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do stress e qualidade de vida: Um guia para a acção*. Lisboa: Monitor Projectos.
- Pestana, M. H.;& Gameiro, J. N. (2003). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Lisboa: Sílabo
- Pina, J. (2000). Clínica na tuberculose: A tuberculose na viragem do milénio. *Lidel*, 89-120.
- Pinto, C. Ribeiro, J. L. P. (2000). A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista portuguesa de saúde, ISSN*.
- Ramos, N. (2004). *O utente migrante e cuidados de saúde: Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). *Migração, aculturação, Stress e saúde: Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P, Sousa, L. & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde: Análise psicológica*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rolland, J. (s.d). *Doença crónica e o ciclo de vida familiar*. (documento acedido para o mestrado)
- Rosa, M. F. (2007). *Implicações psicossociais e familiares da doença na pessoa com tuberculose*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade Aberta de Lisboa.
- Sílvia, S. M. (2010). *Pedido de ajuda psicológica, percepção do stress e estratégias de coping familiares* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra.
- Simões, J. M. L. (2008). *Qualidade de vida: Estudo de validação para a população portuguesa* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra.
- Smith, G.; & Martin, A. R. (1994). Epidemiology of tuberculosis: protection and control. *Asm press* pag 47-55.

# ANEXOS

## Anexo A

Variável	Grupo TB n=30		Grupo controlo n=30		Amostra total N=60	
	n	%	n	%	n	%
<b>Religião</b>						
Católica	17	56.7	18	60.0	35	58.3
Evangélica	3	10.0	9	30.0	12	20.0
Adventista 7º dia	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Outra	9	30.0	2	6.7	11	18.3
<b>Tipo habitação</b>						
Apartamento	1	3.3	-	-	1	1.6
Vivenda	3	10.0	2	6.7	5	8.3
Pau-a-pique	1	3.3	2	6.7	3	5.0
Casa de adobe	25	83.3	25	83.3	50	83.3
Outro	-	-	1	3.3	1	1.6
<b>Número quartos</b>						
1	14	46.7	4	13.3	18	30.0
2	7	23.3	9	30.0	16	26.6
3	4	13.3	9	30.0	13	21.6
4	3	10.0	7	23.3	10	16.6
5	-	-	1	3.3	1	1.6
6	2	6.7	-	-	2	3.3
<b>Número salas</b>						
0	-	-	-	-	-	-
1	28	93.3	26	86.7	54	90.0
2	2	6.7	4	13.3	6	10.0
<b>Número casas de banho</b>						
0	8	26.7	2	6.7	10	16.6
1	20	66.7	26	86.7	46	76.6
2	2	6.7	2	6.7	4	6.6
3	-	-	-	-	-	-
<b>Número cozinhas</b>						
0	16	53.3	2	6.7	18	30.0
1	13	43.3	26	86.7	39	65.0
2	1	3.3	2	6.7	1	1.6
<b>Água canalizada</b>						
Sim	4	13.3	2	6.7	6	10.0
Não	26	86.7	28	93.3	54	90.0
<b>Gás</b>						
Sim	16	53.3	23	76.7	39	65.0
Não	14	46.7	7	23.3	21	35.0
<b>Eletricidade</b>						
Sim rede	14	46.7	19	63.3	33	55.0
Sim gerador	13	43.3	11	36.7	24	40.0
Não	3	10	-	-	3	5.0
<b>Esgoto</b>						
Sim	8	26.7	3	10	11	18.3
Não	22	73.3	27	90	49	81.6
<b>Frigorífico</b>						
Sim	8	26.7	13	43.3	21	35.0
Não	22	73.3	17	56.7	39	65.0

<b>Fogão</b>						
Sim Gás/electricidade	16	53.3	23	76.7	39	65.0
Sim Lenha/carvão	13	43.3	7	23.3	20	33.3
<b>Televisão</b>						
Sim	18	60	12	40	30	50.0
Não	12	40	18	60	30	50.0
<b>Rádio</b>						
Sim	22	73.3	24	80	46	76.6
Não	8	26.7	6	20	14	23.3
<b>Computador</b>						
Sim	3	10	2	6.7	5	8.3
Não	27	90	28	93.3	55	91.6
<b>Internet</b>						
Sim	2	6.7	1	3.3	3	5.0
Não	28	93.3	29	96.7	57	95.0
<b>Meios de transporte</b>						
Automóvel	3	10	3	10	6	10.0
Motorizada	3	10	6	6.7	9	15.0
Bicicleta	1	3.3	1	13.3	2	3.3
Automóvel+ Motorizada	-	-	-	-	-	-
Automóvel+motorizada+bicicleta	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-	-
Nenhum	23	76.7	20	66.7	43	71.6



## Cálculo NSE

### Instruções:

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

Área de residência	Cotação
Centro de cidade	3
Arredores da cidade/Bairro	2
Aldeia/Quimbo	0
Comuna/Sede	1

Tipo de habitação	Cotação
Apartamento	2
Vivenda	3
Pau-a-Pique/cubata	0
Casa de adobe	1

### Características da habitação

Divisões	Cotação
Casa de banho	Sim = 1 Não = 0
Cozinha	Sim = 1 Não = 0

## Eletrrodomésticos e Conforto

**NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4**  
**(Pontuação máxima neste campo:  $8/4 = 2$ )**

	<b>Cotação</b>
Água canalizada	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Gás	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Esgotos	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Frigorífico	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Televisão	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Computador	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Acesso a Internet	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>
Automóvel	<b>Sim = 1</b> <b>Não = 0</b>

## Principal Fonte de Rendimento da Família

**NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2**  
**(Pontuação máxima neste campo:  $5 \times 2 = 10$ )**

	<b>Cotação</b>
Riqueza herdada ou adquirida -----	<b>5</b>
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----	<b>4</b>
Vencimento mensal fixo-----	<b>3</b>
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----	<b>2</b>
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade)---	<b>1</b>

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE

<b>Baixo = Pontuação total entre 2 e 10</b> <b>Médio = Pontuação total entre 11 e 15</b> <b>Elevado = Pontuação total entre 16 e 20</b>
---



**Nome da investigação:** Estratégias de *Coping* Familiar e Qualidade de Vida em Doentes com Tuberculose: Estudo Exploratório em contexto Militar Angolano.

**Esta investigação tem como objetivo:** Avaliar a perceção das estratégias de *Coping* Familiar e a Qualidade de vida de Sujeitos Angolanos com e sem Tuberculose, numa amostra recolhida em contexto militar.

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.**

**Lubango, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 201\_\_**

---

**(Assinatura)**



MI PSICOLOGIA  
FPCE-UC/UPRA  
2011/2012

**Questionário sociodemográfico**

**Código:** \_\_\_\_\_

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

**Local de recolha dos dados:** \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do próprio**

**Sexo:** FEM \_\_\_\_ MASC \_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ Anos

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

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente) \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

**Estado Civil:**

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

Casado(a) \_\_\_\_ Recasado: Sim \_\_\_\_/Não \_\_\_\_

União de facto \_\_\_\_

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

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

Viúvo(a) \_\_\_\_

**Etnia:**

Nhaneca \_\_\_\_

Umbundo \_\_\_\_

Quimbundo \_\_\_\_

Nganguela \_\_\_\_

Cuanhama \_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

**Religião:**

Católica \_\_\_\_\_

Evangélica \_\_\_\_\_

Adventista do 7º Dia \_\_\_\_\_

Tokuista \_\_\_\_\_

Igreja Universal do Reino de Deus \_\_\_\_\_

Kimbanquista \_\_\_\_\_

Testemunhas de Jeová \_\_\_\_\_

Outra: \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Agregado Familiar****Composição agregado familiar**

Parentesco*	Idade	Sexo Fem/Masc	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

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

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

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

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

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

**Área de residência:**

Centro de cidade \_\_\_\_

Arredores da cidade/Bairro \_\_\_\_

Aldeia/Quimbo \_\_\_\_

Comuna/Sede \_\_\_\_

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

**Tipo de habitação**

Apartamento \_\_\_\_

Vivenda \_\_\_\_

Pau-a-Pique/cubata \_\_\_\_

Casa de adobe \_\_\_\_

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

**Características da habitação**

<b>Divisões</b>	<b>Número</b>	<b>Observações *</b>
<b>Quarto</b>		
<b>Sala</b>		
<b>Casa de Banho</b>		
<b>Cozinha</b>		
<b>Outros</b>		

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

**Eletrodomésticos e Conforto** (assinalar com uma cruz o que houver)

		<b>Observações*</b>
Água canalizada		
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		

Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

\*Exemplo: Eletricidade 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 solidariedade) -----

## F- COPEs

### Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família

( H. C. McCubbin, D. H. Olson, A. S. Larsen, 1981 )

Versão Portuguesa de A. Vaz Serra, H. Firmino, C. Ramalheira, M. C. Sousa Canavarro, 1990 (Adaptado)  
Versão NUSIAF-SISTÉMICA (2008)

#### Objectivo

O F- C.O.P.E.S. foi criado para inventariar atitudes e comportamentos de Resolução de Problemas que as famílias desenvolvem como resposta a problemas ou dificuldades.

#### Instruções

Por favor leia cada afirmação e decida em que grau descreve as atitudes e comportamentos da sua família ao confrontar-se com problemas ou dificuldades. Cada atitude ou comportamento descrito a seguir ocorre na sua família:

- (1) Nunca = 0% do tempo [Discordo muito]
- (2) Raramente = menos de 25% do tempo [Discordo moderadamente]
- (3) Por vezes = mais de 25% e menos de 50% do tempo [Não concordo nem discordo]
- (4) Frequentemente = 50% ou mais mas não todo o tempo [Concordo moderadamente]
- (5) Sempre = 100% do tempo [Concordo muito]

Por favor desenhe um círculo em redor de um dos números (1, 2, 3, 4, ou 5) de modo a classificar cada afirmação. Obrigado.

<b>Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma:</b>	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
1. Compartilhamos as nossas dificuldades com os familiares	1	2	3	4	5
2. Procuramos o encorajamento e o apoio de amigos	1	2	3	4	5
3. Sabemos que temos capacidade para resolver os problemas mais importantes	1	2	3	4	5
4. Procuramos informações e conselhos de pessoas de outras famílias que passaram por problemas semelhantes	1	2	3	4	5
5. Procuramos conselhos de parentes próximos (avós, etc)	1	2	3	4	5
6. Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a nossa	1	2	3	4	5
7. Sabemos que a nossa família tem recursos próprios para resolver os nossos problemas	1	2	3	4	5
8. Recebemos ofertas e favores de vizinhos (por exemplo comida, tomar conta do correio, etc.)	1	2	3	4	5
9. Procuramos informação e conselhos junto do médico de família	1	2	3	4	5
10. Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos dêem assistência	1	2	3	4	5
11. Encaramos os problemas de frente e procuramos soluções de forma activa e rápida	1	2	3	4	5
12. Vemos televisão	1	2	3	4	5
13. Mostramos que somos fortes	1	2	3	4	5

<b>Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma:</b>	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
14. Frequentamos a igreja e vamos à missa	1	2	3	4	5
15. Aceitamos os acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida	1	2	3	4	5
16. Partilhamos as nossas preocupações com os amigos íntimos	1	2	3	4	5
17. Sabemos que a sorte tem um papel importante na resolução dos nossos problemas familiares	1	2	3	4	5
18. Fazemos exercício físico com os amigos para nos mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão	1	2	3	4	5
19. Aceitamos que as dificuldades acontecem de forma inesperada	1	2	3	4	5
20. Convivemos com a família (jantares, encontros, etc.)	1	2	3	4	5
21. Procuramos conselho e ajuda profissional para resolver as dificuldades familiares	1	2	3	4	5
22. Acreditamos que podemos lidar com os nossos próprios problemas	1	2	3	4	5
23. Participamos em actividades religiosas	1	2	3	4	5
24. Definimos o problema familiar de uma forma mais positiva de maneira a que não nos sintamos demasiado desencorajados	1	2	3	4	5
25. Perguntamos aos nossos familiares o que sentem sobre os problemas com que nos defrontamos	1	2	3	4	5
26. Sentimos que apesar de tudo o que possamos fazer teremos dificuldade em lidar com os problemas	1	2	3	4	5
27. Procuramos o conselho de um padre	1	2	3	4	5
28. Acreditamos que se deixarmos passar o tempo o problema desaparecerá	1	2	3	4	5
29. Partilhamos os problemas com os nossos vizinhos	1	2	3	4	5
30. Temos fé em Deus	1	2	3	4	5

**QUALIDADE DE VIDA**

## Formulário Parental

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982  
 Versão NUSIAF-SISTÊMICA (Adaptado, 2007; Validado, 2008)

**Instruções:**

Leia a lista de “possibilidades de resposta” uma de cada vez. Em seguida, decida acerca da forma como se sente em relação a cada uma das questões. De acordo com o seu grau de satisfação, assinale com uma cruz (x) a classificação mais indicada (1, 2, 3, 4, ou 5) à frente do tópico em questão. Obrigado.

	1	2	3	4	5
<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:</u>	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
<b>Casamento e vida familiar</b>					
1. A sua família	<input type="radio"/>				
2. O seu casamento	<input type="radio"/>				
3. O(s) seu(s) filho(s)	<input type="radio"/>				
4. Número de crianças na sua família	<input type="radio"/>				
<b>Amigos</b>					
5. Os seus amigos	<input type="radio"/>				
6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)	<input type="radio"/>				
<b>Saúde</b>					
7. A sua própria saúde	<input type="radio"/>				
8. A saúde dos outros membros da família	<input type="radio"/>				
<b>Casa</b>					
9. As suas condições actuais de habitação	<input type="radio"/>				
10. As suas responsabilidades domésticas	<input type="radio"/>				
11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família	<input type="radio"/>				
12. Espaço para as suas próprias necessidades	<input type="radio"/>				
13. Espaço para as necessidades da sua família	<input type="radio"/>				
<b>Educação</b>					
14. O nível de estudos que tem	<input type="radio"/>				
15. Os programas educativos projectados para melhorar o seu casamento e a sua vida familiar	<input type="radio"/>				
<b>Tempo</b>					
16. Quantidade de tempo livre	<input type="radio"/>				

	1	2	3	4	5
<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:</u>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Pouco Satisfeito</b>	<b>Geralmente Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Extremamente Satisfeito</b>
17. Tempo para si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tempo para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tempo para a lida da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tempo para ganhar dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Religião</b>					
21. A vida religiosa da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A vida religiosa na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Emprego</b>					
23. A sua principal ocupação (trabalho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A segurança do seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Mass Media</b>					
25. A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. A qualidade dos programas televisivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. A qualidade dos filmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. A qualidade dos jornais e revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. O seu nível de rendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Dinheiro para as necessidades familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nível de poupança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Dinheiro para futuras necessidades da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vizinhança e comunidade</b>					
35. As escolas na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. As compras na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A segurança na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. O bairro onde vive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Os serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>