



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação

Gravidez com e sem recurso à medicina tradicional em Cabinda (Angola): Funcionamento familiar e qualidade de vida familiar

Rode Vumbi da Costa
(e-mail: rodelzia@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, sub-área de Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Doutora Sofia Major

Gravidez com e sem recurso à medicina tradicional em Cabinda (Angola): Funcionamento familiar e qualidade de vida familiar

Resumo: O tratamento de doenças com utilização das plantas é uma das mais antigas práticas medicinais da humanidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o recurso a plantas medicinais como forma de tratamento para os cuidados primários de saúde é uma prática recorrente nos países em vias de desenvolvimento. A localização geográfica de Cabinda, em Angola, justifica o facto de ser uma província com forte tradição no recurso à medicina tradicional (MT). O objetivo deste trabalho é comparar dois grupos de grávidas residentes na província de Cabinda, quanto ao funcionamento e qualidade de vida familiar, sendo um grupo que recorreu à MT ($n=50$) e um o grupo de comparação ($n=50$). O protocolo de avaliação envolveu um Questionário Sociodemográfico, um Questionário Complementar, o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15) e o Qualidade de Vida (QOL). Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas no que concerne aos fatores da qualidade de vida entre os dois grupos (Vizinhança e Comunidade, *Mass Media*, Relações Sociais e Saúde, Família e Conjugalidade, Filhos e Educação), no sentido do grupo de comparação apresentar resultados superiores. A salientar a superioridade de resultados no fator Religião por parte do grupo MT. No caso do SCORE-15, denota-se também um pior funcionamento familiar, especialmente na Comunicação por parte do grupo MT. Os resultados alcançados indicam que as grávidas com recurso à MT demonstram um pior funcionamento e qualidade de vida familiar em relação as grávidas do grupo de comparação. Conclui-se que o presente estudo pretende representar um contributo na área de medicina tradicional no contexto Cabindense com grávidas.

Palavras-chave: Gravidez, medicina tradicional, funcionamento familiar, qualidade de vida familiar, Cabinda.

Pregnancy with and without folk medicine in Cabinda (Angola): Family functioning and family quality of life

Abstract: The treatment of diseases using plants is one of the oldest medicinal practices of humanity. According to the World Health Organization (WHO), the resource to medicinal plants as a treatment form for primary health care is a common practice in countries under development. The geographical location of Cabinda, in Angola, justifies being a province with strong tradition in using folk medicine. This work aims to compare two groups of pregnant women resident in the province of Cabinda, for their family functioning and family quality of life, with one group who appealed to MT ($n=50$) and a the comparison group ($n=50$). The assessment protocol involved a Sociodemographic Questionnaire, a Complementary Questionnaire, the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15 (SCORE-15) and the Quality of Life (QOL). The results indicate the existence of statistical significant differences in what concerns several factors of the quality of life among the two groups (Neighborhood and Community, Mass Media, Social Relationships and Health, Religion, Family, Children and Education), with the comparison group presenting higher scores. Of notice is the superiority of results in the factor Religion for the MT group. For the SCORE-15, it is also denoted a worse family functioning, especially in the Communication for the MT group. The results obtained indicate that the pregnant women who went to MT have a worse family functioning and quality of life comparing to the comparison group. The present study intends to represent a contribution in the area of folk medicine in the Angolan context with pregnant women.

Key-words: Pregnancy, folk medicine, family functioning, family quality of life, Cabinda.

Agradecimentos

Ao meu Deus, pai todo-poderoso e incomparável, eu agradeço a luz, força, coragem, e sabedoria que me concedeu durante a caminhada acadêmica.

Aos meus pais, André Conga da Costa e Isabel Massiala da Costa, que me apoiaram dia e noite em oração.

Aos meus irmãos, Joel, Alice, Raquel, Keka, Ester, Kelita, Mózer, Dadi e Dádiva que, desde logo, se disponibilizaram em prestar-me os apoios necessários para a conclusão do trabalho, elevada e fraternal consideração.

Aos meus queridos filhos, Poba, Esménia, Giza, Géssica, e Lembrança que me encorajaram a prosseguir sempre que eu vacilei. Por eles enfrentei a luta para uma vida melhor com trabalho e sacrifício.

À Doutora Sofia Major, orientadora deste meu trabalho de mestrado, um reconhecimento especial, pois dispensou o tempo necessário no ISPT, no Chalés no IMS Cabinda, para se dedicar a mim e ao meu trabalho. Mais uma vez, Doutora Sofia, os meus agradecimentos e um forte abraço desta sua estudante, pela paciência que teve em orientar me nesta longa caminhada, que por mim mesma seria difícil.

Aos meus colegas e amigo do mestrado, Vieira, Jeremias, Helena, Queba, Guilhermina, os meus agradecimentos por em várias ocasiões me terem brindado com o seu afeto.

Aos terapeutas tradicionais de Cabinda, que dispensavam benevolmente o seu tempo, fornecendo-nos, informações necessárias da “biblioteca verbal”, de forma sucinta, os seus conhecimentos tradicionais que enriqueceram este trabalho.

A todos muito obrigada.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1.1. A gravidez	2
1.2. Funcionamento familiar e qualidade de vida familiar na gravidez	2
1.3. História e conceitos de medicina tradicional	3
II. Objetivos	5
III. Metodologia	6
3.1. Seleção e recolha da amostra	6
3.2. Caracterização da amostra	6
3.3. Instrumentos	9
3.4. Análises estatísticas	10
IV. Resultados	11
4.1. Variáveis relacionadas com recurso à medicina tradicional na gravidez	11
4.2. Consistência interna: SCORE-15 e QOL	15
4.3. Qualidade de vida familiar e funcionamento familiar: Gravidez com e sem MT	17
V. Discussão	19
VI. Conclusões	21
Bibliografia	22
Anexos	24

Introdução

A utilização de plantas para o recurso à medicina tradicional (MT) é uma das mais antigas formas de práticas medicinais da humanidade. No início da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou que 65-80% da população dos países em desenvolvimento dependiam das plantas medicinais como única forma de acesso aos cuidados básicos de saúde (Veiga & Pinto, 2005).

Ao longo do tempo, têm sido registados vários procedimentos clínicos tradicionais utilizando plantas medicinais. Apesar da grande evolução da medicina alopática, a partir da segunda metade do século XX, existem obstáculos básicos na sua utilização pelos populares carentes, que vão aos centros de atendimentos hospitalares. A tradição aliada ao uso da MT contribui para a sua utilização pelas populações dos países em vias de desenvolvimento (Veiga & Pinto, 2005).

A prática de MT é estreitamente utilizada para toda a população Angolana, independentemente da classe social de cada indivíduo, e a Província de Cabinda não foge a essa realidade. A MT é cada vez mais frequente no uso de plantas, partes de animais, minerais, também é usada em terapias espirituais, métodos tradicionais para diagnosticar, tratar, e prevenir as doenças, contra os ataques noturnos dos feiticeiros que atormentam as famílias ao longo das gerações, e usam-se também as plantas medicinais para proteger as populações contra as epidemias que assolam as aldeias (Makanzo, 1985).

Durante a gravidez, a mulher passa por uma experiência de tempo limitado que ocorre de inúmeras mudanças físicas, psicológicas e emocionais. Essas alterações na identidade da mulher refletem-se, incondicionalmente, na vida mental da grávida (Colman & Colman, 1984), com influência numa nova realidade da vida, no âmbito pessoal, familiar e sociocultural (Leal, 2000).

Para o contexto sociocultural angolano, essas alterações durante a gravidez são frequentemente vistas como fenómenos espirituais e tradicionais, que obrigam a grávida e a família a recorrer à MT. Cabinda é uma das 18 províncias de Angola, a que se encontra mais a norte. É um enclave, por não ter ligação com o resto do território nacional, a província é localizada na floresta do Mayombe, a segunda maior do mundo.

O presente trabalho de investigação pretende apresentar um estudo comparativo de grávidas com e sem recurso à MT, quanto ao seu funcionamento familiar e qualidade de vida familiar no contexto Angolano, mais especificamente, na província de Cabinda, dada a sua longa tradição no recurso a estas práticas medicinais.

I – Enquadramento Conceptual

1.1. A Gravidez

A gravidez é um processo que corresponde a um período que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas, bem definido temporalmente. É um período que, psicologicamente, permite a preparação para ser mãe, ensaiar cognitivamente novos papéis e tarefas maternas, unir-se afetivamente ao feto, iniciar o processo de reestruturação de relações com o novo ser, enquadrar a existência do filho na sua identidade e, em simultâneo, aprender a amá-lo como uma pessoa com vida própria (Canavarro, 1999). As 40 semanas de ensaios, interação, ansiedade, fantasias, e reflexões, permitem que o projeto de gravidez continue a construir-se e a consolidar-se de forma progressiva (Canavarro, 2001).

A gravidez transcende o momento da concepção e, do ponto de vista psicológico, é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento. Todos sabemos que o facto de uma mulher estar grávida, infelizmente, não assegura a posterior realização adaptativa das tarefas maternas. Segundo Leal, a maternidade “requer que mais do que desejar ter um filho e ser mãe” (1990, p. 365). Logo nas primeiras semanas, a seguir à concepção, observam-se, no organismo da mulher, profundas alterações anatómicas e fisiológicas. Algumas dessas modificações aparecem antes das necessidades fetais o justificarem, como o aumento do volume mamário, outras vão-se estabelecendo à medida que o desenvolvimento fetal o justifica (Graça, 2005).

Todas estas alterações comportamentais e psicológicas como irritabilidade e somatização apresentam-se como características comuns e são habitualmente transitórias.

Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados. Daí que a melhoria de um facilita a melhoria dos outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona a deterioração dos outros. Assim, a gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional, segurança no parto, constituem, deste modo, uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde Reprodutiva (MINSa, 2012).

Um corpo que funciona normalmente é capaz de cumprir todas as funções obstétricas. A fertilidade é, conseqüentemente, muitas vezes perspetivada como prova de fecundação. A gravidez é, assim, um teste à funcionalidade do corpo (Colman & Colman, 1994).

1.2. Funcionamento familiar e qualidade de vida familiar na gravidez

A família é considerada como um sistema, com os seus subsistemas e as suas interações. Neste sentido, a dinâmica familiar pode organizar-se em função de três variáveis: coesão, adaptabilidade, e comunicação (Olson, 1976).

Uma gravidez bem-sucedida conduz, inevitavelmente, ao nascimento, à vida de outra pessoa. Representa um processo que dá início a uma nova vida, a do bebé, mas também modifica irremediavelmente a identidade, papéis e funções da mãe (Colman & Colman, 1994) e de toda a família (Relvas, 1996). Assim, o processo de gravidez, como mudança que é, implica stress (Vaz-Serra, 1999). As mudanças que acareta implicam perdas e ganhos, associadas às representações

que a gravidez comporta para cada mulher, requerem respostas que habitualmente não integram o repertório comportamental da mãe e exigem uma adaptação específica. A coesão, sendo um conceito multidisciplinar e aplicado a outros contextos das ciências sociais, é pertinentemente adaptada ao contexto familiar.

A qualidade de vida está ligada intimamente às percepções e atitudes de bem-estar que envolve aspetos que cada indivíduo tem diante das conquistas, a autonomia, e condições do meio. O que assume maior importância é o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades que permitem compensações e adaptações diante das mudanças do meio (Neri, 2007). Do ponto de vista teórico, a qualidade de vida é constituída pelo mecanismo de auto-regulação e pelo ajustamento psicológico em interação com os recursos sociais e os valores culturais. Sendo assim, está no âmbito da experiência privada, que inclui competências comportamentais e avaliações comparativas entre expectativas e situações concretas, ambas em constantes transformações (Neri, 2009).

Pode-se enquadrar a qualidade de vida familiar relacionada com a gravidez, uma vez que esta envolve aspetos distintos, tais como: a auto-aceitação da nova identidade, as relações positivas com os outros a auto-adaptação com as condições do meio, os objetivos de vida e o crescimento pessoal (Baltes & Baltes, 1990; Ryff, 1995, citados por Simões, 2008). Uma das estratégias consideradas importantes para uma gravidez com qualidade de vida é uma postura pró-ativa, de forma que a grávida deve escolher os seus próprios objetivos e lutar para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação das mudanças para a manutenção do seu bem-estar. A qualidade de vida de uma grávida deve associar-se a: boa saúde física, capacidade funcional, autonomia psicológica e familiar, competências sociais e cognitivas (Neri, 2006). Os fatores que levam à qualidade de vida durante à gravidez permitem que se melhorem as práticas quotidianas. Tendo em vista a relação com fatores culturais, torna-se relevante conhecer a forma como a população se interessa e conceitua a qualidade de vida (Pereira, 2002).

1.3. História e conceitos de medicina tradicional

Antes do aparecimento da escrita, as primeiras civilizações perceberam que algumas plantas continham o poder curativo, mostrando-se eficazes na cura de determinadas doenças. O uso de plantas remonta séculos atrás em países ocidentais. Estes povos tornaram-se capacitados em suprir as suas necessidades para a sua sobrevivência, definindo tarefas, recorrendo frequentemente à personagem de curandeiro (Santos, 2012).

O homem primitivo sempre procurou a natureza para se alimentar, mas também para tratar os seus problemas de saúde, ou ainda, para afastar espíritos malignos que, habitam no interior dos homens e animais. Os feiticeiros foram considerados intermediários entre os homens e os deuses por possuírem capacidades especiais que os diferenciavam dos demais homens, focando-se na cura e unindo, deste modo, magia e religião, representando um saber empírico das práticas de saúde. Eles adquiriram conhecimento e experiência transmitida de geração em geração (Makanzo, 1985).

Existe uma enorme variedade de métodos tradicionais utilizados para o tratamento de doenças. Estes métodos são baseados na experiência pessoal ou no

conhecimento compartilhado ao longo de muitas gerações. A descoberta humana das propriedades úteis ou nocivas dos vegetais tem as suas raízes no conhecimento empírico. A observação do comportamento dos animais e a verificação empírica dos efeitos da ingestão destes ou de determinado vegetal no organismo humano teve um importante papel. Encontram-se também descritos relatos, lendas tradicionais relativos a descobertas das propriedades das plantas, muitas vezes atribuídas a uma intervenção divina, pois o seu uso fazia parte de rituais religiosos, em que lhe eram atribuídos poderes de colocar os homens em contacto direto com deuses (Muller & Balagizi, 1987).

No antigo Egito (715.330 a.C) já havia escolas médicas que utilizavam plantas como remédios. Instaladas junto de um dos templos, dispunham de edificações principais e secundárias, bem como de amplos jardins para plantas medicinais (OMS, 2005). O uso da MT na recuperação da saúde tem evoluído ao longo dos tempos de forma simples, provavelmente utilizadas pelo homem das cavernas, até às formas sofisticadas da medicina moderna utilizadas pelo homem moderno (Lorenzi & Matos, 2000).

A própria história da botânica, com a busca de plantas para interesse medicinal, foi um dos primeiros trabalhos do ser humano que buscava e categorizava as plantas oferecendo um catálogo conciso de plantas com importância medicinal, mostrando um incrível esforço de catalogar e ilustrar as plantas usadas para fins medicinais, sendo muitas das plantas ainda hoje em dia usadas (Makanzo, 1985).

A influência das plantas medicinais foi tão forte que os primeiros médicos tradicionais foram denominados “Curandeiros”. Até à independência, Angola era um país essencialmente rural, com amplo uso da flora medicinal, pelas inúmeras tribos. Por intermédio dos *Bantus*, povos de origens étnicas apontadas para o reino do Kongo do qual faziam parte quase todos os povos que habitam parte do território da República Democrática do Congo, do Gabão, República do Congo Brazaville e do Norte de Angola (Mbanza-Kongo), os conhecimentos acerca das ervas locais e as suas técnicas eram transmitidos de geração em geração. Além dos Curandeiros, surgiram vários grupos da medicina tradicional dependendo da especialidade de cada um: curandeiros, quimbandeiros, ervanários, e espirituais (Muller & Balagizi, 1987).

A medicina dos **Curandeiros** tradicionais é inspirada naquilo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como indivíduos cujas suas atividades estão viradas para práticas de saúde, conhecimentos e crenças focadas em plantas, animais, minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isoladamente ou em combinação para manter o bem-estar, bem como para tratar, diagnosticar ou prevenir doenças e mal-estar ao nível da comunidade (WHO, 2001). Consideram-se os curandeiros como um corpo completo de conhecimento e as práticas mantidas e desenvolvidas pelas pessoas que têm longas histórias de interação com as práticas ligadas à saúde e bem-estar da comunidade. Essa interação define entendimentos, interpretações e significados que são partes de um contexto cultural (Sithole, 2007). Os curandeiros desempenham um papel em todas as atividades das sociedades em que estão inseridos. As suas influências estão patentes na lei, na moral, na religião, destacando-se na técnica e na linguagem (Pritchard, 1976).

A medicina praticada pelos **Kimbandeiros** representa o curandeiro em

Kimbanda (idioma Bantu falado em Angola). O Kimbanda é uma espécie de *Xania Africano*. O ofício do Kimbanda é chamado de “*n’banda*” (Leia-se “umbanda”), é como o médium na Umbanda e o preto velho é a figura que retrata perfeitamente o Kimbandeiro. Na língua *Nyhaneka Ocimbanda* é um indivíduo com poderes “extraordinários” com a capacidade de invocar e encarnar espíritos, exercendo várias funções, como: cura de males, proteção contra os feiticeiros, afastamento dos males, transmissão de poderes maléficis e adivinhação (Melo, 2009; Santos 2012).

O **hervanário** usa plantas medicinais que contêm substâncias bioativas. Os hervanários usam as plantas somente para o tratamento das doenças, no decorrer dos seus exercícios e não adicionam outras práticas tradicionais (Prichard, 1976).

Na medicina **espiritual**, o tratamento requer procedimentos religiosos, o povo crê num ser supremo, chamado *Nzambi-Mpungo* (Deus Poderoso). Na prática das atividades da medicina tradicional com poder divino, usam também plantas medicinais. Reveladas a partir do sonho ou visão durante as sessões de oração, encontramos curandeiros, parteiras tradicionais e hervanário, com dons espirituais e que estão bem integrados na comunidade para exercer as suas funções no tratamento tradicional e espiritual (Costa, 1997).

Na província de Cabinda é prática comum as grávidas recorrerem aos serviços de medicina tradicional, quer pela forte tradição familiar quer por ser um recurso. A população recorre à medicina tradicional porque é encorajada a acreditar que estes remédios, por serem naturais, são inerentemente seguros e porque acredita também no poder invisível sobrenatural que o curandeiro possui para tratar doenças, desenvolver terapias e afastar os espíritos malignos que a medicina moderna não poderia tratar de maneira alguma, por outro lado, acredita que os praticantes tradicionais possuem poder de antepassados, capazes de dar o significado para a doença, indicando a ligação de causalidade que afetam o indivíduo e a família (Costa, 1999).

II – Objetivos

O presente estudo tem por objetivo geral comparar dois grupos de grávidas residentes na província de Cabinda (Angola): com (grupo MT) e sem recurso à Medicina Tradicional (grupo de comparação), quanto à sua qualidade de vida familiar e funcionamento familiar.

Para concretizarmos este objetivo geral, apresentamos os seguintes objetivos específicos:

- a) Estudar variáveis relacionadas com o recurso à MT no grupo de grávida MT (e.g., tratamento, distância em relação ao MT, melhor resolução de problemas);
- b) Apresentar o estudo da consistência interna dos itens do SCORE-15 e do QOL;
- c) Comparar o grupo de grávidas com e sem recurso à MT na sua qualidade de vida familiar (avaliada pelo QOL) e funcionamento familiar (avaliado pelo SCORE-15).

III – Metodologia

3.1. Seleção e recolha da amostra

O presente estudo foi desenvolvido em Angola, mais precisamente na província de Cabinda. Da amostra de 100 grávidas recolhidas, encontrava-se um total de 50 grávidas que tinha recorrido à MT, procurando-se comparar essas grávidas com o grupo de 50 grávidas do grupo de comparação.

A amostra foi recolhida no período compreendido entre outubro 2013 a Março 2014. Recorreu-se a diversos locais/instituições para proceder à recolha da amostra: para o grupo MT recolheu-se a amostra nas casas de oração (no bairro Luta continua, Gika, São Pedro), e nas casas de parteiras tradicionais (Bairro 4 de Fevereiro, Uneca, 1º de Maio, Cruzamento do Caio Buco-Zau); para o grupo de comparação a amostra foi recolhida no Centro de Saúde (4 de Fevereiro, Dispensário Materno Infantil, no Hospital 1º de Maio, Hospital Municipal de Buco). Para preservar a confidencialidade e o sigilo das informações, contactaram-se as instituições/profissionais para a autorização do estudo na recolha do protocolo junto das grávidas. Após receber a autorização junto as instituições, iniciou-se a recolha de amostra realizada em duas fases, num primeiro momento das 50 grávidas MT e num segundo momento as 50 grávidas do grupo de comparação.

Os critérios de inclusão para a amostra foram os seguintes: nacionalidade Angolana, não ter atraso mental ou perturbação psíquicas, 18 anos ou mais idade, estar grávida.

A aplicação do protocolo foi realizada nas salas de reuniões, nos consultórios médicos, enfermarias das respetivas unidades sanitárias e nos salões das casas de oração, nas quais foi autorizada a realização do estudo. Durante o preenchimento dos protocolos, e devido à dificuldade de leitura e até de compreensão da tarefa por parte de algumas grávidas, optou-se por aplicar o protocolo de investigação em formato de entrevista quando as grávidas vinham à consulta nas Unidades Sanitárias ou nas casas de oração (Kinlongo), aplicando na seguinte ordem: assinatura do documento de consentimento informado, Questionário Sociodemográfico, Questionário Complementar, SCORE-15 e QOL.

3.2. Caracterização da amostra

A análise da Tabela 1 permite-nos concluir que a amostra é constituída por 100 grávidas, com as idades compreendidas entre aos 19 e os 40 anos de idade. A amostra está dividida em duas subamostras, sendo 50 grávidas MT e 50 grávidas comparação. No grupo grávidas MT a média é de 30.42 anos ($DP = 5.80$), para o grupo de comparação a média de idades é de 28.86 ($DP = 3.73$).

Relativamente à variável idade, 28.0% do grupo MT pertence às faixas etárias de 26-30 anos e 31-35 anos, no caso do grupo de comparação a faixa etária 26-30 anos é a de maior representatividade (42.0%).

No que diz respeito à escolaridade, o ensino secundário representa 60.0% para as grávidas de MT e 52.0% para grupo de comparação, é a categoria mais representativa desta variável, seguida do nível superior (20.0% grupo MT e 44.0% grupo comparação).

Em relação ao estado civil, em ambos os grupos existe maior prevalência

para a união de facto, que representa (71.0%) da amostra total.

A variável étnia *Muyombe* é a mais prevalente na amostra, representando 57.0% da totalidade da amostra.

Tabela 1

Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas

Variável	Grupo Grávidas MT (n=50)		Grupo Comparação (n=50)		Amostra Total (N=100)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
19-25	11	22.0	12	24.0	23	23.0
26-30	14	28.0	21	42.0	35	35.0
31-35	14	28.0	16	32.0	30	30.0
36-40	11	22.0	1	2.0	12	12.0
Nível Escolaridade						
1º ciclo	3	6.0	-	-	3	3.0
2º ciclo	1	2.0	-	-	1	1.0
3º ciclo	6	12.0	2	4.0	8	8.0
Secundário	30	60.0	26	52.0	56	56.0
Superior	10	20.0	22	44.0	32	32.0
Estado civil						
Solteira	11	22.0	7	14.0	18	18.0
Casada	2	4.0	8	16.0	10	10.0
União de facto	36	72.0	35	70.0	71	71.0
Separada	1	2.0	-	-	1	1.0
Etnia						
Umbundo	1	2.0	-	-	1	1.0
Quimbundo	-	-	1	2.0	1	1.0
Muoyo	14	28.0	11	22.0	25	25.0
Muyombe	29	58.0	28	56.0	57	57.0
Muvili	5	10.0	7	14.0	12	12.0
Mussundi	-	-	1	2.0	1	1.0
Mussorongo	1	2.0	2	4.0	3	3.0
Área de Residência						
Centro da Cidade	6	12.0	15	30.0	21	21.0
Aredores cidade/Bairro	35	70.0	27	54.0	62	62.0
Cumuna/Sede	9	18.0	8	16.0	17	17.0
NSE						
Baixo	7	14.0	3	6.0	10	10.0
Medio	42	84.0	41	82.0	83	83.0
Elevado	1	2.0	6	12.0	7	7.0

Relativamente à área de residência, constata-se que 70.0% (n=35) das grávidas MT e 54.0% (n=27) do grupo de comparação habitam nos arredores da cidade.

Quanto ao nível socioeconómico (NSE), verifica-se que a maioria das grávidas, com 83.0% da amostra total, pertence ao NSE médio.

Para confirmar a equivalência dos dois grupos, recorreu-se ao teste *t* para amostra independentes para a variável idade e ao teste de *Qui-Quadrado* para as variáveis estado civil e NSE. Quanto ao resultado para a variável idade, $t(98) = 1.600$, $p = .113$, indica que os dois grupos são equivalentes nesta variável. Para o estado civil $X^2(3) = 5.503$, $p = .138$ e o resultado do NSE de $X^2(2) = 5.183$, $p = .075$, os resultados obtidos indicam que a diferença não é estatisticamente significativa, logo os dois grupos são equivalentes para as variáveis estado civil e NSE.

A Tabela 2 apresenta-nos uma breve descrição das variáveis familiares. Em relação ao agregado familiar, em ambos grupos predomina o agregado composto por 2 a 5 elementos com 81.0%, enquanto o agregado com 6 a 8 encontra-se em apenas 19.0% na totalidade da amostra

Para a variável filhos, a resposta sim prevalece com 91.0% e apenas 9.0% das grávidas responderam não ter filhos. Tendo em conta a variável número de filhos, 0 a 2 filhos é o mais representativo com 71.0% na amostra total e apenas 29.0% tem 3 a 4 filhos.

Quanto à variável da etapa do ciclo vital, e segundo a classificação proposta por Relvas (1996), nos dois grupos, a etapa família com filhos na escola é a mais comum com 40.0% no grupo MT e 56.0% no grupo de comparação.

Tabela 2

Caracterização da Amostra: Variáveis Familiares

Variável	Grupo Grávidas MT (n=50)		Grupo Comparação (n=50)		Amostra Total (N=100)	
	n	%	n	%	n	%
Agregado familiar						
2-5	43	86.0	38	76.0	81	81.0
6-8	7	14.0	12	24.0	19	19.0
Filhos						
Sim	43	86.0	48	96.0	91	91.0
Não	7	14.0	2	4.0	9	9.0
Número de filhos						
0-2	36	72.0	35	70.0	71	71.0
3-4	14	28.0	15	30.0	29	29.0
Etapa ciclo vital						
Formação de casal	7	14.0	2	4.0	9	9.0
Família filhos pequenos	4	8.0	13	26.0	17	17.0
Família filhos escola	20	40.0	28	56.0	48	48.0
Família filhos adolescentes	10	20.0	5	10.0	15	15.0
Família filhos adultos	9	18.0	2	4	11	11.0

3.3. Instrumentos

Antes de proceder à aplicação propriamente dita dos instrumentos foi apresentado aos sujeitos, que concordaram em participar no estudo, um documento de consentimento informado que continha a apresentação dos objetivos do estudo, a garantia do anonimato das suas respostas, o carácter voluntário da sua participação e assegurava que os dados seriam utilizados somente para fins estatísticos (cf. Anexo A).

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico, Questionário Complementar, *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15) e Qualidade de Vida (QOL).

Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi construído de raiz na edição anterior do mestrado para representar dados da população Angolana. Foi utilizado de forma a obter informações que permitissem caracterizar a amostra recolhida atendendo a diversas variáveis sociodemográficas, tais como: idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, etnia, religião. Por outro lado, procurou-se também recolher informação relativa à posição no agregado familiar e à sua respetiva composição, no sentido de se poder definir a etapa do ciclo vital da família, de acordo com a classificação proposta por Relvas (1996): formação de casal, famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar, famílias com filhos em idade escolar, famílias com filhos adolescentes, e famílias com filhos adultos (cf. Anexo B).

Para o cálculo do NSE foi definida uma fórmula de cálculo com base nalgumas variáveis do questionário sociodemográfico para se chegar a um NSE baixo, médio e elevado (cf. Anexo C).

Questionário Complementar

Este questionário foi desenvolvido especialmente para recolher informações relativas às grávidas e apresenta várias secções: Dados pessoais da grávida (e.g., data de nascimento, local de residência), Dados acerca do progenitor da criança (e.g., estado civil, local de residência, frequenta atualmente a escola), Dados acerca da saúde da gravidez (e.g., história de psicopatologia, outras doenças associadas, e Recurso a medicina tradicional (e.g., recorreu ao médico tradicional antes de vir ao hospital ou maternidade, a que médico tradicional recorreu, a que distância reside do médico tradicional). Este questionário com utilizado para os dois grupos estudados, com exceção do último grupo de questões relacionadas com o recurso à medicina tradicional que não foi aplicado ao grupo de comparação (cf. Anexo D).

Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15

O *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* é um questionário de auto-resposta que procura avaliar os resultados terapêuticos da terapia familiar (Cahill, O Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010 citados por Mendes, 2011). Este instrumento centra-se nas relações, como por exemplo, no

sistema parento-filial, no sistema conjugal e sistemas culturais e ambientais dos quais a família faz parte. Para o presente trabalho de investigação foi utilizada a versão portuguesa do SCORE-15 (Tradução portuguesa: Cunha, Sotero, Vilaça, Alarcão, & Relvas, 2010). Este questionário avalia vários aspetos do funcionamento familiar que são sensíveis à mudança terapêutica. Esta versão é composta por 15 itens. Cada um dos itens é cotado de acordo com uma escala de *Likert* de cinco pontos oscilando entre 1 “Descreve-nos bem” e 5 “Descreve-nos muito mal”. O resultado total do SCORE-15 foi obtido invertendo os itens: 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, e 14, para que as pontuações mais elevadas correspondessem a maiores dificuldades na família. O SCORE-15 contém escalas compostas por itens que avaliam dimensões do funcionamento familiar, nomeadamente: Competência Familiar, Dificuldades Familiares e Comunicação Familiar. Este instrumento já foi utilizado nalguns estudos em Portugal (e.g., Mendes, 2011), para além dos estudos de análise fatorial exploratória realizaram também estudos de consistência interna, em que se alcançaram resultados consistentes com a versão original, traduzidos num valor de alfa de Cronbach de .88 (cf. Anexo E).

Qualidade de Vida

O Qualidade de Vida foi construído em 1982, por Barner e Olson, e pretende avaliar a qualidade de vida percebida pelo indivíduo através de indicadores com o nível de satisfação com o estado de saúde, o rendimento e o casamento e a vida familiar. O QOL (Olson & Barnes, 1982 citados por Simões, 2008) apresenta duas versões do instrumento, o formulário parental e o formulário para adolescentes. A versão parental, utilizada neste estudo (Adaptada NUSIAF 2007; Validada Simões, 2008) é composta por 40 itens distribuídos por 11 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 Media* (4 itens), Rendimento (6 itens) e Vizinhança e Comunidade (6 itens).

Perante os 40 itens o sujeito responde à questão “Qual o seu grau de satisfação com?”. As possibilidades de resposta e respetivas cotação assumem a forma de uma escala de *Likert*, de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Satisfeito”, 2 a “Pouco satisfeito”, 3 a “Geralmente satisfeito”, 4 a “Muito satisfeito” e 5 a “Extremamente satisfeito” (cf. Anexo F).

3.4. Análises estatísticas

Com o objetivo de realizar o tratamento de estatísticos dos dados utilizou-se o *software* informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Para este estudo foram efetuadas as seguintes análises estatísticas:

- a) Estatísticas descritivas e estudo de frequências para caracterizar a amostra.
- b) O teste de *Qui-Quadrado* para testar se os dois grupos estudados eram ou não equivalentes quanto ao estado civil e NSE.
- c) Utilizou-se o teste *t* de *student* para amostras independentes para testar a equivalência das amostras para a variável idade e para analisar a

existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao funcionamento familiar e qualidade de vida familiar.

d) Para a análise da precisão, procedeu-se à análise de consistência interna dos itens do SCORE-15 e do QOL, através do alfa de Cronbach.

IV – Resultados

4.1. Variáveis relacionadas com recurso à medicina tradicional na gravidez

Os dados apresentados na Tabela 3 compreendem os dados que permitem caracterizar aspetos relacionados com o recurso à MT por parte das grávidas.

Tabela 3.

Caracterização da Amostra: Variáveis de Recurso Medicina Tradicional

Variável	Grupo Grávidas MT (n=50)	
	n	%
Tipo médico tradicional		
Curandeiro	18	36.0
Kinlongo	32	64.0
Distância (km)		
0-2	36	72.0
3-10	9	18.0
11-41	5	10.0
Momento medicina tradicional		
1-5 meses (Seguimento)	14	28.0
Ameaça de aborto	2	4.0
Anemia	1	2.0
Bebé não mexe	1	2.0
Conjuntivite	1	2.0
Contrações	3	3.0
Crise asma	2	4.0
Desmaio	1	2.0
Doença	2	4.0
Dores	1	2.0
Durante 9 meses	1	2.0
Falecimento pai	1	2.0
Gêmeos	1	2.0
Idade	1	2.0
Início gravidez	7	14.0
Malária	2	4.0
Maus sonhos	2	4.0
Palpitações	1	2.0
Prevenção	3	6.0
Sangramento	2	4.0
Tosse	1	2.0

No que diz respeito ao tipo de médico tradicional, a maioria das grávidas recorrem ao Kinlongo (64.0%, $n=32$).

Em relação à distância a percorrer para chegar ao profissional de MT, denota-se que as grávidas residem relativamente próximo deste profissional, de 0 a 2 km (72.0%, $n=36$).

Quanto ao momento em que as grávidas decidem recorrer à MT com mais frequência, é a partir do 1º ao 5º mês de gravidez (28%, $n=14$), e no início da gravidez com 14.0% ($n=7$), recorrendo a estes profissionais na perspectiva de seguimento/acompanhamento da gravidez.

Tabela 3.
(*Continuação*)

Variável	Grupo Grávidas MT ($n=50$)	
	<i>n</i>	%
Diagnóstico e tratamento MT		
Aborto	3	6.0
Anemia	2	4.0
Barriga alta	1	2.0
Asma	2	4.0
Bebé enfeitado	3	6.0
Bebé maior	1	2.0
Bebé sofrimento	1	2.0
Caria dentária	1	2.0
Culpa família materna	1	2.0
Culpa rival	1	2.0
Espírito	1	2.0
Feitiço da mãe	1	2.0
Feitiço família	1	2.0
Feto fora do útero	1	2.0
Feto posição transversal	1	2.0
Filariase	1	2.0
Gravidez de risco	2	4.0
Gravidez enfeitada	1	2.0
Gravidez gemelar	1	2.0
Hipertensão	1	2.0
Mal formação bebé	1	2.0
Malária	4	8.0
Marido noturno	2	4.0
Morte	3	6.0
Nuvem preta	4	8.0
Posição transversal	1	4.0
Prevenção	1	2.0
Problema familiar	1	2.0
Problema noturno	6	12.0
Não disse	1	2.0

Relativamente ao diagnóstico, observa-se que os problemas diagnosticados pelos profissionais de MT com mais prevalência nas grávidas são o problema noturno (feitiçaria) com 12.0% ($n=6$), seguido do aborto com 6.0% ($n=3$). Em relação ao tratamento efetuado pelos MT com mais prevalência temos: as orações (26.0%, $n=13$), tratamento com ervas (22.0%, $n=11$), e massagens (14.0%, $n=7$).

Tabela 3.
(Continuação)

Variável	Grupo Grávidas MT ($n=50$)	
	<i>n</i>	%
Tratamento MT		
Banho folhas	2	4.0
Cascas	5	10.0
Chá	2	4.0
Ervas	11	22.0
Folhas de tabaco	2	4.0
Esmagar e gotas no olhos	1	2.0
Fumaça ervas	1	2.0
Leite tomate ervas	1	2.0
Libertação do espírito	1	2.0
Libertação velas vermelhas	1	2.0
Massagem	7	14.0
Orações	13	26.0
Ovo, mel, casa bicho pedreiro	1	2.0
Raizes <i>maquinda ngolo</i>	1	2.0
Santa Maria, eucalipto, tomar e banho	1	2.0
Crenças complicações gravidez		
Consultas tradicionais	4	8.0
Feitiçaria	8	16.0
Inveja	4	8.0
Não sabe	17	34.0
Prevenção	2	4.0
Problema familiar	2	4.0
Protenção contra feitiçaria	1	2.0
Rivalidade	2	4.0
Tradição familiar	10	20.0
Veze MT		
2	2	4.0
3	6	12.0
Mais 3	42	84.0

Em relação às crenças que justificam as complicações na gravidez, as grávidas acharam que a causa principal terá sido a tradição familiar (20.0%, $n=10$), apesar do 34.0% não encontrarem uma causa aparente para os problemas evidenciados.

Relativamente ao número de vezes que recorreram à MT, a grávida recorre mais de três vezes à consulta do MT antes de se dirigir ao hospital (84%, $n=42$).

Em relação a recomendação do MT, a maior parte das grávidas são motivadas ou influenciadas pelos familiares para recorrer a estes profissionais (70.0%, $n=35$).

Quanto ao motivo de recurso à MT, os motivos com maior frequência são: tradição familiar, proteção contra os feiticeiros, prevenir certas doenças, todos com 14.0% ($n=7$).

A maioria das grávidas afirma que o médico tradicional resolve melhor os seus problemas (66.0%, $n=33$) em relação aos cuidados prestados na maternidade. No que diz respeito ao atendimento, as grávidas afirmaram que são melhor atendidas na consulta do MT (96.0%, $n=48$).

Tabela 3.
(Continuação)

Variável	Grupo Grávidas MT ($n=50$)	
	<i>n</i>	%
Recomendação MT		
Familiar	35	70.0
Vizinhos	8	16.0
Médico hospital	1	2.0
Outros	6	12.0
Motivo Recurso MT		
Acompanhamento	1	2.0
Cura ervas	1	2.0
Doença familiar	1	2.0
Libertação espírito	2	4.0
Libertação rival	1	2.0
Mãe curandeira	2	4.0
Maus sonhos	3	6.0
Não morrer parto	2	4.0
Não perder filho e marido	1	2.0
Paludismo	1	2.0
Prevenção	7	14.0
Proteção feiticeiro	7	14.0
Resolução divina	1	2.0
Tradição	7	14.0
Tradição familiar	7	14.0
Tratamento eficaz	5	10.0
Melhor resolução problema		
Médico hospital/maternidade	17	34.0
Médico tradicional	33	66.0
Melhor atendimento		
Médico hospital/maternidade	2	4.0
Médico tradicional	48	96.0

4.2. Consistência Interna: SCORE-15 e QOL

A consistência interna mede a correlação entre diferentes itens no mesmo teste, isto é, refere-se ao grau de uniformidade e congruência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens (Almeida & Freire, 2008). O valor do coeficiente alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, abaixo de .60 é inaceitável; entre .60 e .65 é indesejável; entre .65 e .70 é minimamente aceitável; entre .70 e .80 é respeitável e entre .80 e .90 é muito bom.

De acordo a Tabela 4 o item com a média mais elevada é o item 2 ($M=3.18$, $DP=0.64$) e o item com média mais baixa é o 1 ($M=2.01$, $DP=0.82$)

Os itens do SCORE-15 na nossa amostra apresentam um alfa de Cronbach para a escala total de .592 Para averiguar a contribuição de cada item para a consistência interna do instrumento, procedemos a um estudo da correlação de cada item com o total da escala e analisámos se a eliminação de algum dos itens do SCORE-15 poderia levar a uma melhoria do valor do alfa de Cronbach. Encontraram-se algumas correlações fracas e em alguns casos negativas (-.07 e -.03) por isso considera-se que funcionam menos bem. Por isso, a remoção dos itens 2 e 4 traduziria uma melhoria do valor do alfa de Cronbach, quando o valor da consistência interna aumentaria para .617 e .618, caso estes itens fossem eliminados.

Tabela 4

Estudo de estatística descritiva e consistência interna: Itens SCORE-15

Itens Score-15	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação item- total corrigida	Alfa de Cronbach eliminação do item
1	2.01	0.82	.13	.595
2	3.18	0.64	.07	.618
3	2.50	0.81	.12	.596
4	2.92	0.70	.03	.617
5	2.84	0.76	.22	.576
6	2.58	0.80	.24	.571
7	2.60	0.77	.35	.551
8	2.89	0.65	.18	.582
9	2.51	0.71	.44	.536
10	2.60	0.85	.14	.592
11	2.42	0.63	.50	.533
12	2.45	0.65	.43	.542
13	2.70	0.64	.35	.557
14	2.84	0.66	.29	.564
15	2.31	0.86	.18	.585

Para o QOL, o item com a mais elevada mais elevada é o 2 ($M=4.28$, $DP=0.80$) e o 39 com a média mais baixa ($M=1.47$, $DP=0.66$).

Conforme consta da Tabela 5, o QOL apresenta um alfa de Cronbach para a escala total de .892. Analisamos a correlação dos itens com total da escala e avaliamos se a eliminação de algum item poderia melhorar o valor do alfa de Cronbach. Neste caso, a remoção dos itens 4, 21, 22 e 39 traduzem-se numa

melhoria do valor do alfa de Cronbach, quanto ao valor da consistência interna para .898, .897, .897, e .893, caso estes itens fossem eliminados.

Tabela 5

Estudo de estatística descritiva e consistência interna: Itens QOL

Itens QOL	M	DP	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach eliminação do item
1	3.31	0.79	.31	.892
2	3.35	0.87	.35	.891
3	4.28	0.80	.33	.891
4	2.99	0.98	.07	.898
5	3.26	0.60	.27	.892
6	3.65	0.97	.44	.890
7	3.01	0.62	.44	.899
8	3.12	0.56	.28	.891
9	2.60	0.63	.56	.887
10	2.54	0.60	.44	.889
11	2.56	0.56	.44	.889
12	2.46	0.58	.54	.888
13	2.46	0.56	.50	.889
14	2.14	0.63	.46	.889
15	2.46	0.68	.32	.891
16	2.40	0.57	.49	.889
17	2.51	0.58	.52	.888
18	2.51	0.56	.54	.888
19	2.52	0.60	.51	.888
20	2.35	0.68	.48	.889
21	3.04	0.77	.01	.897
22	2.99	0.76	.02	.897
23	2.34	0.66	.46	.889
24	2.31	0.67	.46	.889
25	2.57	0.64	.39	.890
26	2.61	0.61	.47	.889
27	2.53	0.62	.51	.888
28	2.07	0.83	.50	.888
29	2.05	0.62	.47	.889
30	2.01	0.58	.53	.888
31	2.05	0.56	.49	.889
32	1.96	0.51	.55	.888
33	1.98	0.53	.54	.888
34	1.99	0.54	.54	.888
35	2.67	0.60	.24	.892
36	2.66	0.58	.31	.891
37	2.26	0.58	.41	.890
38	2.32	0.60	.44	.889
39	1.47	0.66	.22	.893
40	2.89	0.77	.40	.890

Tabela 6

Estudo comparativo alfa de Cronbach: Validação portuguesa e presente estudo

Resultado de QOL	Alfa de Cronbach (Simões, 2008)	Alfa de Cronbach Presente Estudo
Bem-estar Financeiro	.891	.903
Tempo	.979	.864
Vizinhaça e Comunidade	.888	.784
Casa	.900	.903
<i>Mass Media</i>	.805	.775
Relações Sociais e Saúde	.735	.715
Emprego	.739	.861
Religião	.971	.879
Família e Conjugalidade	.797	.895
Filhos	.796	.191
Educação	.875	.428

Apesar da proximidade de alguns dos valores do alfa de Cronbach entre as duas amostras, é importante salientar a superioridade do valor do coeficiente no presente estudo para os seguintes fatores: Bem-Estar Financeiro, Casa, Emprego, Família e Conjugalidade. De destacar também a diferença mais flagrante entre os dois estudos, para o fator Filhos (.796 vs. .191).

4.3. Qualidade de vida familiar e funcionamento familiar: Gravidez com e sem MT

Os resultados apresentados na Tabela 7 permitem observar que quanto à Vizinhança e a Comunidade nas grávidas MT a média é menor ($M=13.22$, $DP=2.71$) em relação ao grupo de comparação ($M = 15.32$, $DP=2.1$), os resultados alcançaram uma diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -4.326$, $p < .001$.

No que se refere aos *Mass Média*, o grupo de comparação apresenta uma média mais elevada ($M=7.56$, $DP=1.79$) em relação ao grupo MT ($M=6.86$, $DP=1.65$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -2.400$, $p = .044$.

Para o fator Relações Sociais e Saúde do QOL, o grupo de comparação apresenta um resultado superior ($M=13.78$, $DP=2.14$) ao grupo MT ($M=12.30$, $DP = 1.73$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -3.803$, $p \leq .001$.

Em relação ao fator Família e Conjugalidade, o grupo de comparação apresenta um resultado mais elevado ($M=7.02$, $DP=1.47$) em relação ao grupo MT ($M=6.30$, $DP=1.61$), esta diferença é estatisticamente significativa, $t(98) = -2.332$, $p = .022$.

Para a variável Filhos, o grupo de comparação volta a apresentar um resultado superior ($M=7.78$, $DP=1.36$) em relação ao grupo MT ($M=6.76$, $DP=1.08$), esta diferença é estatisticamente significativa, $t(98) = -4.154$, $p \leq .001$.

Na variável Educação, o grupo de comparação apresenta um resultado elevado ($M=4.92$, $DP=1.02$) quando comparado com as grávidas MT ($M=4.28$,

$DP=0.97$) esta diferença estatisticamente significado $t(98) = -3.204, p \leq .01$.

Para o Total do QOL, o grupo de comparação apresenta um resultado elevado ($M=107.00, DP=11.04$) face ao grupo MT ($M=99.42, DP=10.96$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -3.482, p=.001$.

Os resultados obtidos para os fatores Bem-Estar Financeiro, Tempo, Casa e Emprego não alcançaram o limiar de significância estatística.

Tabela 7

Estudo comparativo grávidas com e sem MT: Qualidade de vida familiar

Resultado QOL	Grávidas MT (n=50)		Grávidas Comparação (n=50)		t (98)	p
	M	DP	M	DP		
Bem-estar financeiro	12.06	2.85	12.80	2.91	-1.286	.201
Tempo	9.84	2.06	10.04	1.82	-0.514	.608
Vizinhaça e Comunidade	13.22	2.71	15.32	2.11	-4.326**	.000
Casa	12.06	2.42	13.18	2.43	-2.305	.230
Mass Media	6.86	1.65	7.56	1.79	-2.400*	.044
Relações Sociais e Saúde	12.30	1.73	13.78	2.14	-3.803**	.000
Emprego	4.66	1.28	4.64	1.19	0.812	.936
Religião	6.60	1.29	5.46	1.35	4.297**	.000
Família e Conjugalidade	6.30	1.61	7.02	1.47	-2.332*	.022
Filhos	6.76	1.08	7.78	1.36	-4.154**	.000
Educação	4.28	.97	4.92	1.02	-3.204**	.002
Total QOL	99.42	10.96	107.00	11.04	-3.482**	.001

Na Tabela 8 encontram-se os resultados referentes ao SCORE-15. Relativamente ao fator comunicação, o grupo de comparação apresenta um resultado mais baixo ($M=2.73, DP=0.35$) em relação ao grupo MT ($M=2.92, DP=0.42$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(98) = 2.447, p=.016$.

Para o total de SCORE-15, o grupo de comparação apresenta um resultado inferior ($M=2.55, DP= 0.28$) em relação ao grupo MT ($M= 2.69, DP= 0.26$), sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(98) = 2.572, p=.012$.

Tabela 8

Estudo comparativo grávidas com e sem MT: Funcionamento familiar

Resultado SCORE-15	Grávida MT (n=50)		Grupo Comparação (n=50)		t (98)	p
	M	DP	M	DP		
Forças	2.44	0.67	2.36	0.15	0.621	.536
Dificuldade	2.72	0.54	2.56	0.41	1.604	.112
Comunicação	2.92	0.42	2.73	0.35	2.447*	.016
Total SCORE-15	2.69	0.26	2.55	0.28	2.572*	.012

As diferenças entre os dois grupos de grávidas não alcançaram o limiar de significância estatística para fatores Forças e Dificuldades do SCORE-15.

V – Discussão

O presente trabalho procurou comparar dois grupos de grávidas residentes na província de Cabinda (Angola) quanto ao funcionamento e sua qualidade de vida familiar, sendo um grupo que recorreu à MT ($n=50$) e um grupo de comparação ($n=50$).

Relativamente à prática da MT, em Angola é comum o uso de plantas medicinais, sendo o seu conhecimento e as suas particularidades/aplicação totalmente explorado pelos Curandeiros. Em Angola, a prática da MT é uma tradição adquirida através dos antepassados. Em Angola, a história da utilização de plantas, no tratamento de doenças apresenta influência cultural de inúmeras tribos. A MT, em muitas partes de Angola, representa modos de vida e culturas diferenciadas. Os seus hábitos estão diretamente submetidos aos ciclos naturais, e a forma como cada povo apreende a realidade da natureza e os recursos naturais nos seus territórios. Assim, em certas famílias angolanas o tratamento na base da MT é considerado como solução dos seus problemas de saúde. Nas comunidades rurais, durante os primeiros meses de gravidez, algumas famílias recorrem ao tratamento tradicional na resolução dos seus males (Melo, 2007).

Abordaremos em primeiro, a **caracterização da amostra**, constituída por 100 grávidas, com idades compreendidas entre 19 aos 40 anos de idade. Ao nível da escolaridade completa, o grupo de comparação apresenta um maior nível de estudos. A união de facto representa o estado civil mais comum, o que é congruente com a realidade angolana. A etnia *Muyombe* é a mais prevalente, o que é congruente com a província em que foi recolhida a amostra (Cabinda), sendo que ambos os grupos estudados residem nos arredores da cidade.

Em relação ao **recurso à medicina tradicional**, observou-se que a maioria parte da grávida do nosso estudo recorreu ao Kilongo na perspectiva de seguimento e acompanhamento dos seus problemas. Em relação à distância a percorrer para chegar aos profissionais de MT, denota-se que as grávidas residem relativamente próximo deste profissional, este dado indica que os profissionais de MT fazem parte do sistema familiar destas grávidas

Quanto ao momento em que as grávidas decidem recorrer à MT com mais frequência, é a partir do 1º ao 5º mês de gravidez, recorrem a estes profissionais na expectativa de serem acompanhadas e prevenir-se dos feiticeiros, neste período. Em relação à idade gestacional, estes dados justificam o facto de no primeiro e segundo trimestre, as grávidas que recorrem a este tipo de profissionais não cumprem o calendário das consultas pré-natais do serviço nacional da saúde (MINSa, 2012).

Relativamente ao diagnóstico, observa-se que os problemas diagnosticados pelos profissionais de MT com maior prevalência nas grávidas são problemas noturnos (feiticeira). Este diagnóstico desestabiliza a família da grávida, provocando conflitos entre famílias, e até mesmo separação do casal. Em relação ao tratamento efetuado pelos MT, prevalecem as orações de libertação dos espíritos e massagens, comum com as práticas terapêuticas desde

profissionais. Quanto ao número de vezes que recorrem aos profissionais de MT, as grávidas recorrem à consulta da MT cerca de três vezes antes de se dirigirem ao hospital, o que remete para o papel de relevo destes profissionais ao nível da saúde nesta província.

Em relação à recomendação de MT, a maior parte das grávidas são motivadas ou influenciadas pelos familiares para recorrerem a estes profissionais tradicionais. Em Angola, a prática da MT é uma tradição adquirida de geração em geração, através dos antepassados, que consciente ou inconscientemente todas as famílias emergem nesta prática da MT, independentemente do nível socioeconómico e cultural do indivíduo (Duarte, 2014).

Em relação às especialidades dos médicos tradicionais em Angola, mais precisamente na província de Cabinda, onde a amostra foi recolhida, existem condições ambientais favoráveis na flora e fauna da Floresta do Maiyombe, que favorecem estas práticas.

Quanto aos **estudos de consistência interna**, foi obtido um coeficiente alfa de Cronbach de .592 para os itens do SCORE-15, mais fraco que o valor obtido na ordem de .80 no estudo realizado para a população portuguesa (Mendes, 2011). Ao proceder ao estudo da correlação dos itens do SCORE-15 foram encontradas algumas correlações fracas e até negativas, remetendo para um funcionamento menos adequado destes itens.

O QOL apresenta um alfa de Cronbach de .892 e ao analisar a correlação dos itens com total da escala, a remoção dos itens 4, 21, 22, 39 levaria a uma melhoria do valor do alfa de Cronbach. Da comparação dos resultados obtidos para os 11 fatores com o estudo de validação para a população portuguesa (Simões, 2008) denota-se que nalguns fatores o valor obtido é superior neste estudo, o que remete para um funcionamento adequado desses fatores nesta amostra.

Do **estudo comparativo da qualidade de vida familiar e funcionamento familiar** conclui-se que, atendendo aos resultados totais do SCORE-15 e do QOL, as grávidas do grupo de comparação apresentam um melhor funcionamento familiar e uma melhor qualidade de vida familiar. Ao nível do funcionamento familiar, destaca-se a melhor comunicação familiar no grupo de controlo. Este resultado poderá remeter para o peso das crenças e da tradição familiar do recurso à MT do grupo MT que não se evidencia neste grupo de comparação que poderá limitar a comunicação familiar na discussão dos problemas de saúde, remetendo imediatamente a questão para o profissional de MT, sem recorrer a outra alternativa. Por outro lado, destaca-se também a diferença estatisticamente significativa obtida entre os dois grupos na qualidade de vida com a religião, superior no caso das grávidas MT. Este resultado permite equacionar a questão do peso das crenças e religião nas famílias com maior recurso a profissionais de MT. De notas que o grupo de comparação apresenta uma melhor qualidade de vida relacionada com a vizinhança e comunidade, com os *mass media* (maior acesso à informação, quer seja através da televisão, rádio, poderá levar a uma maior descrença nos profissionais de MT e no recurso aos serviços de saúde com medicina moderna). Este grupo revela igualmente uma superior qualidade de vida associada aos serviços de saúde. A esfera da família, conjugalidade e filhos também parece ser vista de forma mais positiva pelo grupo de controlo. Por fim, encontrou-se ainda uma melhor qualidade de vida familiar

relacionada com a educação no grupo de comparação, sendo também este grupo o que apresenta um maior nível de escolaridade.

Neste sentido, podemos afirmar que o recurso à MT poderá representar um fator de risco, sobretudo para a mulher grávida. Este estudo tem como principal vantagem o facto de ser um estudo inovador acerca do recurso à MT na gravidez, com enfoque na qualidade de vida familiar e funcionamento familiar. Deste modo sugerem-se mais investigações nesta área da MT.

VI – Conclusões

Ao longo do presente estudo sobre MT no contexto Cabindense, conclui-se que o recurso a esta prática tradicional com uso das plantas para o tratamento das doenças através dos Quimbandeiros, Curandeiros, casas de oração (Kinlongo), tem sido uma prática na preservação da cultura, usos e costumes dos antepassados (Motema, 2008).

Por esta razão, o recurso à MT transporta consigo conflitos no funcionamento familiar em Angola. Isto, porque, a maioria das questões de saúde apresentadas, para um tratamento tradicional, são diagnosticadas como problemas espirituais, paranormal (fetiçaria), devido à falta de conhecimento anatómico e fisiológico do corpo humano e ao desconhecimento das causas das doenças para o possível diagnóstico, provocando assim conflitos no sistema familiar, divórcios, até mesmo mortes dos inocentes, acusados como feiticeiros (Makanzo, 1985).

Verificamos, a partir deste trabalho a importância de aprovar novas políticas da saúde reprodutiva, na mudança de comportamento, e garantir uma qualidade de vida familiar, em informar, educar a população de idade fértil a importância da consulta pré-natal, após a confirmação de uma gravidez, a fim de reduzir as mortes maternas registadas nas maternidades angolanas, em consequência de aborto, parto prematuro, rotura uterina, e mal formação congénita. Essas mulheres recorrem frequentemente à MT em vez da consulta pré-natal, por falta de informações e conhecimentos dos efeitos colaterais no período gestacional.

Para concluir este trabalho, sugere-se uma aproximação entre o Ministério da Cultura, e o Ministério da Saúde em Angola para supervisionar o sistema de Medicina Tradicional para posteriormente criar cursos de formação para utilização dos recursos naturais, com o objetivo de melhorar os serviços da medicina tradicional, como sucede na República Democrática da Congo, Côte Divoire, e outros países em vias de desenvolvimento. Nas comunidades onde a MT é praticada de forma segura pela população, poderiam adotar-se as práticas tradicionais seguras e incorporá-las no sistema de saúde.

Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ªed). Braga: Psiquilíbrios
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2001). Qualidade de vida: Significados dos níveis de análise In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds), *Qualidade de vida e de saúde: Uma abordagem na perspectiva da organização mundial da saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Colman, A., & Colman, L. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Costa, A. C. (1997). *Tratamento psico-somático na medicina tradicional em Cabinda*. Luanda: Instituto Nacional do Livro e do Disco.
- Costa, A. C. (1999). *Filosofia tradicional do casamento no mayombe*. Luanda: Instituto Nacional do Livro e do Disco.
- Graça, L. M (1985). *Cardiotografia um diálogo com o feto*. Lisboa: Editorial Império.
- Graças, L. M. (2005). *Medicina materno fetal* (3ª ed). Lisboa: Lidel.
- Leal, I. (2000). *Gravidez e maternidade na adolescência. Sexualidade e planeamento familiar*. Coimbra: Quarteto.
- Lorenzi, H., & Matos, F. G. A. (2000) *Plantas medicinais no Brasil, narrativas e exótico* (2a ed.). São Paulo: Instituto Plantarum de Estudos da Floresta.
- Makanzo, M. (1985). *Quand Dieu te gêne* (2ª ed). Kinschasa: Editions Vem.
- Malinowski, B., & Bronislaw, A (1963) *Estudios de psicologia primitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Melo, R. (2007). *Para lá da manipulação dos espíritos. Crenças e práticas de cura entre os Handa no sul de Angola*. Luanda: Codesria.
- Mendes, A. R. (2011). *Impacto das variáveis sociodemográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-29: Estudo exploratório numa amostra não clínica* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- MINSA (Junho, 2012). *Plano nacional de eliminação de transmissão do VIH de mãe para filho*. Luanda.
- Motema, J. I. (2008). *Medicina tradicional na R.D.C: Um estudo antropológico do sistema de saúde em Kinshasa*. Kinshasa.
- Muller, M., & Balagizi, I. (1987). *Medicina tradicional e medicina moderna: A necessidade de cooperação*. Armora: Passo a Passo.
- Neri, A. L. (2006). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa (pp. 170-175). Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. Campinas, São Paulo: Alínea
- Pereira, D. E. C. (2002). Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

- Rezende, J. (2002). *Obstetrícia* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koo Gansa.
- Santos, P. A. D. (2012). *Recurso à medicina tradicional no tratamento de crianças angolanas: Estudo exploratório no hospital pediátrico do Lubango* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Simões, J. M. L. (2008). *Qualidade de vida: Estudo de validação para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Soifer, R. A. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puérpério*. Porto Alegre: Arte Médica.
- Vaz Serra, A. L. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- World Health Organization (2002). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional (2002-2005)*. Genebra: WHO/EDM/TRM.

Anexos



INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Nome da investigação: Gravidez com e sem Recurso à Medicina Tradicional – Estudo Comparativo do Funcionamento Familiar e Qualidade de Vida Familiar na Província de Cabinda

Esta investigação tem como **objetivo:** Comparar o funcionamento familiar e a qualidade de vida familiar numa amostra de grávidas com e sem recurso à medicina tradicional.

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 projeto 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.

Cabinda, ____ de _____, de 201__

(Assinatura)



MI PSICOLOGIA

FPCE-UC/ISPT

2013/2014

Questionário demográfico

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) _____

União de facto _____

Separado(a) _____

Divorciado(a) _____

Viúvo(a) _____

Recasado: Sim ____/Não ____

Etnia:

Nhaneca _____

Umbundo _____

Quimbundo _____

Nganguela _____

Cuanhama _____

Outras: _____

Religião:

Católica _____
Evangélica _____
Adventista do 7º Dia _____
Tokuista _____
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

Divisões	Número	Observações *
Quarto		
Sala		
Casa de banho		
Cozinha		
Outros _____ _____ _____		

* 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)

		Observações*
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) -----

¹ **Nível socioeconómico:**

¹ **Etapa do ciclo vital:**

¹ Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista



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: $8/4 = 2$)

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

Principal Fonte de Rendimento da Família

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

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

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

Baixo = Pontuação total entre 2 e 10

Médio = Pontuação total entre 11 e 15

Elevado = Pontuação total entre 16 e 20



Código: _____

QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

I- Dados pessoais da grávida:

1. Idade: _____ Anos
2. Data de nascimento: _____ / _____ / _____
3. Localidade de residência: _____
4. Frequenta atualmente a escola? Sim _____ Não _____
5. Abandono escolar? Sim _____ Não _____
 - 5.1. Motivo do abandono: _____
6. Nível de escolaridade que completou: _____
7. Número de reprovações: _____

II- Dados acerca do progenitor da criança/relação com o progenitor:

1. Idade: _____ Anos
2. Estado civil: Solteiro _____
 - Casado _____
 - União de Facto _____
 - Separado _____
 - Divorciado _____
 - Viúvo _____
3. Localidade de residência: _____
4. Frequenta atualmente a escola? Sim _____ Não _____
5. Abandono escolar? Sim _____ Não _____
 - 5.1. Motivo do abandono: _____
6. Nível de escolaridade que completou: _____
7. Profissão: _____

III- Dados acerca da saúde/gravidez

1. História de abuso de álcool e drogas? Sim _____ Não _____
Descrição (em caso afirmativo): _____

2. História de psicopatologia? Sim _____ Não _____
Descrição (em caso afirmativo): _____

3. Outras doenças associadas (ex: Diabetes): _____

4. Conhecimento de contraceptivos: Sim _____ Não _____
5. Gravidez planeada? Sim _____ Não _____
6. Aceitação da maternidade? Sim _____ Não _____
7. Desejo da maternidade? Sim _____ Não _____
8. Tempo de gestação: _____ (semanas ou meses de gravidez)
9. Acompanhamento pré-natal? Sim _____ Não _____
10. Previsão local do parto:
No Hospital/Maternidade _____ Em casa (com parteira tradicional) _____
11. Distância a que reside do Hospital/Maternidade: _____ Km/ _____ minutos
12. Meio de deslocação para o Hospital/Maternidade:
A pé _____
De carro _____
De mota _____
De táxi _____
De ambulância _____
Outro: _____
13. Número de hospitalizações anteriores: _____
14. Historial de doenças: _____

IV- Recurso à Medicina Tradicional:

(em caso de resposta negativa à primeira questão, prosseguir para o ponto V)

1. Recorreu ao médico tradicional antes de vir ao Hospital/Maternidade por causa da gravidez?

Sim _____ Não _____

2. A que médico de Medicina Tradicional recorreu?

- Curandeiro _____

- Kimbandeiro _____

- Kimlongo _____

- Outro: _____

3. A que distância mora do médico tradicional? _____ Km/ _____ minutos

4. Em que momento da sua gravidez decidiu recorrer à Medicina Tradicional? _____

5. Diagnóstico efetuado pelo médico tradicional: _____

6. Tratamento prescrito pelo médico tradicional (descrever): _____

7. Porque acha que teve esta complicação na sua gravidez (crenças)? _____

8. Quantas vezes recorreu ao médico tradicional antes de se dirigir ao Hospital/Maternidade?

Nenhuma _____

Uma _____

Duas _____

Três _____

Mais de três _____

9. Quem recomendou o médico tradicional **(escolher uma opção)**?

- Família _____
- Vizinhos _____
- Médica do Hospital/Maternidade _____
- Outros: _____ (indicar)

10. Porque resolveu recorrer ao médico tradicional? _____

11. O pai da criança sabe que recorreu ao médico tradicional? Sim _____ Não _____

12. Na sua família costumam recorrer ao médico tradicional? Sim _____ Não _____

13. Já recorreu anteriormente ao médico tradicional por outro motivo sem ser a gravidez?

Sim _____ Não _____

13.1. Quantas vezes? _____

13.2. Motivo? _____

14. Se recorre aos dois (hospital e médico tradicional), qual resolve melhor o seu problema?

- Médico do Hospital/Maternidade _____

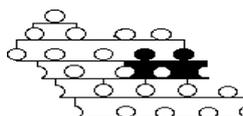
- Médico tradicional _____

15. Onde foi melhor atendida?

- Médico do Hospital/Maternidade _____

- Médico tradicional _____

Muito obrigada pela sua colaboração!



Sociedade
Portuguesa
de Terapia Familiar

SCORE – Descreva a sua família **VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO**

(Data: ____ / ____ / ____)

Código: _____

Pedimos a SUA OPINIÃO acerca da forma como vê a sua família actualmente. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que habitualmente vivem em sua casa. Neste sentido, pedimos que reflecta sobre a família que irá descrever antes de começar o preenchimento deste questionário.

Para cada item coloque um visto (√) apenas num dos quadrados numerados de 1 a 5.

Se a frase “Estamos sempre a discutir entre nós” não caracteriza propriamente a sua família, deverá colocar um visto (√) no quadrado 4 para “Descreve-nos: Mal”.

			√	
--	--	--	---	--

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

Como diria que cada afirmação descreve a sua família?	1. Muito Bem	2. Bem	3. Em Parte	4. Mal	5. Muito Mal
1) Descreve-nos Muito Bem					
2) Descreve-nos Bem					
3) Descreve-nos Em Parte					
4) Descreve-nos Mal					
5) Descreve-nos Muito Mal					
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós					
2) Na minha família, muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros					
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família					
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família					
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia					
6) Confiamos uns nos outros					
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família					
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente					
9) Na minha família, parece que surgem crises umas atrás das outras					
10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família					
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família					
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras					
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras					
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal					
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades					

Por favor, verifique se respondeu a todos os itens.

QUALIDADE DE VIDA

Formulário Parental

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982
Versão NUSIAF-SISTÉMICA (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.

<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:</u>	1	2	3	4	5
	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
Casamento e vida familiar					
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"/>				
Amigos					
5. Os seus amigos	<input type="radio"/>				
6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)	<input type="radio"/>				
Saúde					
7. A sua própria saúde	<input type="radio"/>				
8. A saúde dos outros membros da família	<input type="radio"/>				
Casa					
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"/>				
Educação					
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"/>				
Tempo					
16. Quantidade de tempo livre	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

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

Tabela G1
Fator 1 Bem-Estar financeiro QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação item- total corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
20	2.35	0.67	.41	.938
29	2.05	0.61	.79	.878
30	2.01	0.58	.84	.869
31	2.05	0.56	.81	.875
33	1.98	0.53	.83	.872
34	1.99	0.54	.80	.877

Tabela G2
Fator 2 Tempo QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
16	2.40	0.57	.43	.931
17	2,51	0.58	.84	.767
18	2.51	0.55	.83	.774
19	2.52	0.59	.77	.802

Tabela G3
Fator3 Vizinhaça e comunidade QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
35	2.67	0.60	.46	.768
36	2.66	0.57	.60	.737
37	2.26	0.58	.69	.715
38	2.32	0.60	.60	.734
39	1.47	0.65	.36	.796
40	2.89	0.76	.53	.755

Tabela G4
Fator4 Casa QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
9	2.60	0.63	.73	.887
10	2.54	0.59	.71	.892
11	2.56	0.56	.79	.873
13	2.46	0.57	.79	.874
14	2.46	0.56	.75	.883

Tabela G5
Fator 5 Mass Media QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
26	2.61	0.61	.67	.640
27	2.53	0.62	.73	.580
28	2.07	0.83	.48	.889

Tabela G6
Fator 6 Relações Sociais e Saúde QOL

<i>M</i>	<i>Itens</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
3.26	5	0.60	.50	.658
3.65	6	0.97	.55	.663
3.01	7	0.62	.50	.659
3.12	8	0.56	.57	.634

Tabela G7
Fator 7 Emprego QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
23	2.34	0.65	0.76	-
24	2.31	0.66	0.76	-

Tabela G8
Fator 8 Religião QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
21	3.04	0.76	0.78	-
22	2.99	0.75	0.78	-

Tabela G9
Fator 9 Família e Conjugalidade QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
1	3.31	0.79	.81	-
2	3.35	0.87	.81	-

Tabela G10
Fator 10 Filhos QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
3	4.28	0.80	.10	-
4	2.99	0.98	.10	-

Tabela G11
Fator 11 Educação QOL

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens-total Corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
14	2.14	0.63	.28	-
15	2.46	0.67	.28	-

Tabela G12
Fator 1 Forças SCORE-15

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens total corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
1	2.01	0.82	.60	.803
3	2.50	0.81	.66	.792
6	2.58	0.80	.67	.787
10	2.60	0.85	.61	.803
15	2.31	0.86	.60	.804

Tabela G13
Fator 2 Dificuldades SCORE-15

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens total corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
5	2.84	0.77	.28	.753
7	2.60	0.78	.50	.662
9	2.51	0.71	.63	.602
11	2.42	0.62	.59	.632
14	2.84	0.63	.42	.697

Tabela G14
Fator 3 Comunicação SCORE-15

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação itens total corrigido</i>	<i>Alfa de Cronbach item eliminado</i>
2	3.18	0.64	.23	.576
4	2.92	0.71	.30	.539
8	2.89	0.65	.38	.496
12	2.45	0.66	.42	.471
13	2.70	0.64	.34	.515