



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Funcionamento Familiar e Congruência numa Amostra
Angolana de Doentes Crónicos**

Delfina Isabel da Piedade Chivela (delfina.tchivela@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de
especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação de Dra.
Luciana Sotero

Funcionamento Familiar e Congruência numa Amostra Angolana de Doentes Crónicos

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo principal estudar o funcionamento familiar e a congruência numa amostra Angolana de doentes crónicos. Esta investigação envolveu uma amostra de 100 sujeitos com tuberculose tendo sido utilizada a versão portuguesa do *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE; Stratton, Bland, Janes & Lask, 2010; tradução, de A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha, & A. Portugal, 2010) para avaliar o funcionamento familiar e a versão portuguesa da *Congruence Scale* (CS; Lee, 2002; tradução de D. Cunha, J. T. Silva, M. Vilaça, S. Gonçalves, & A. P. Relvas, 2013) para avaliar a congruência dos sujeitos. Os estudos de precisão efetuados com o SCORE-15 apontam para uma elevada consistência interna, acima do resultado obtido por Cardoso (2012) e Sambuta (2012). Contrariamente, os estudos de precisão realizados com a CE revelaram uma fraca consistência interna, provavelmente devido à dificuldade que os indivíduos tiveram na interpretação dos itens deste instrumento. Apenas a dimensão Universal/Espiritual da CE obteve uma boa consistência interna. Os resultados obtidos mostraram ainda que o funcionamento familiar e a relação dos doentes crónicos com a transcendência não parecem estar associados. Em suma, espera-se que sejam feitas novas e futuras investigações com estes instrumentos em Angola, de modo a aprofundar o conhecimento sobre a intervenção com doentes crónicos.

Palavras-chave: Funcionamento familiar; SCORE-15; Congruência; Escala de Congruência; Doença Crónica.

Congruence and Family Functioning in a Sample Angolan Chronically Dissert

Abstract: The present work aims to study family functioning and coherence in a sample of chronically ill Angolan. This research involved a sample of 100 individuals with tuberculosis the English version of the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE having been used; Stratton, Bland, Janes & Lask, 2010; translation, L. Sotero, D. Cunha, A. & Portugal, 2010) to assess family functioning and the English version of the Congruence Scale (CS; Lee, 2002; translation of D. Cunha, JT Silva, M. Va, S. Gonça, 2013) to assess the consistency of the subject. The precision studies performed with the SCORE_15 indicate a high internal consistency, above the result obtained by Cardoso (2012) and Sambuta (2012). In contrast, the precision studies performed with the EC revealed a weak internal consistency, probably due to the difficulty that individuals have in interpreting the items of this instrument. Only Universal / Spiritual dimension of EC got a good internal consistency. The results also showed that family functioning and the relationship of chronic patients with transcendence seem to be associated. In short, it is expected that new and future research with these instruments are made in Angola, in order to deepen the knowledge about the intervention with chronically ill.

Keywords: Family functioning; SCORE-15; congruence; Congruence Scale; Chronic Disease.

Agradecimento

À Deus Pai todo poderoso, autor da vida, por ter permitido que este feito se concretizasse, me concedendo força e condições para superar todas as dificuldades encontradas ao longo desta caminhada. Aos meus pais pela educação e pela transmissão da importância da formação.

Aos meus amigos, por acreditarem em mim, pelo apoio que sempre me prestaram, de modo particular a Aldemira e a Manuela, minha querida amiga, colega, irmã, cúmplice... obrigada por existires na minha vida e por estares sempre presente em todos os momentos da minha vida, parte do que sou hoje devo a ti.

À Direção do Instituto Superior Politécnico Tundavala, na pessoa da Dra. Margarida Ventura, por ter pensado neste projeto, à Universidade de Coimbra por ter abraçado o projeto dando-nos a oportunidade de obter conhecimentos nesta área de formação. A todos os meus colegas pela amizade e companheirismo.

À minha querida filha Deusa, razão das minhas lutas, fiz isso pelo imenso amor que sinto por ti, para te transmitir exemplos de dedicação e sacrifício.

Aos professores da UC/FPCE, na pessoa da Doutora. Ana Paula Relvas, pela dedicação e esforço incansável em atravessar várias vezes o oceano em prol da nossa formação.

À Dra. Luciana Sotero pela dedicação e paciência na sábia orientação deste trabalho.

À todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta etapa da minha formação.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1 Funcionamento Familiar	2
1.1 O que é?	2
1.2 Avaliação do Funcionamento Familiar	2
1.3 <i>Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation</i> (SCORE)	4
2 Congruência	6
2.1 O que é?	6
2.2 Avaliação da Congruência	8
II. Objetivos	10
III. Metodologia	10
3.1 Seleção e Recolha da Amostra	10
3.2 Caracterização da Amostra	11
3.3 Instrumentos	11
IV. Resultados	16
4.1 Estatísticas Descritivas dos Itens do SCORE-15	16
4.2 Estatísticas Descritivas dos Itens da Escala de Congruência	17
4.3 Estudos de Precisão	17
4.3.1 Consistência Interna do SCORE-15	17
4.3.2 Consistência Interna da Escala de Congruência	18
4.4 Correlação entre o Funcionamento Familiar e a Dimensão Universal/Espiritual	18
4.5 Análise Descritiva do número de anos de diagnóstico na dimensão Universal/Espiritual	19
V. Discussão	19
Conclusão	22
Bibliografia	24
Anexos	25

Introdução

Com a presente investigação pretende-se estudar uma amostra Angolana de doentes crónicos, nomeadamente ao nível do funcionamento familiar e da congruência dos sujeitos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) subscreve a definição de doenças crónicas, como aquelas que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidades/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Entendida desta forma, o aparecimento de uma doença crónica é uma situação não-normativa que poderá constituir um forte agente gerador de stress, dado que o seu diagnóstico tem habitualmente consequências importantes no funcionamento familiar (e.g., Northam, Anderson, Adler, Werther, & Warne, 1996, cit. por Santos, 1998) e também na forma como os sujeitos se relacionam consigo próprios, com os outros e com o mundo. Tendo em vista que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde dos seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo, por sua vez, também influencia o funcionamento da unidade familiar, a família é uma instituição que possui uma importância estratégica, no sentido de que pode ajudar ou não uma pessoa com uma doença crónica (Santos, 1998). Para além do que foi referido, e se considerarmos a congruência como um estado de harmonia interna e externa, marcado por uma sensação de calma, plenitude, tranquilidade e paz, através do qual o indivíduo pode reagir de forma mais harmoniosa/adaptativa em relação ao seu interior, aos outros e ao contexto (Banmen, 2002), podemos ainda imaginar que o surgimento e a vivência de uma doença crónica poderão alterar esta capacidade dos sujeitos viverem de forma congruente.

Deste modo, o presente estudo integra um conjunto de investigações que pretendem adaptar e promover a utilização de importantes instrumentos para a realidade Angola, em particular analisando o funcionamento familiar e a congruência de doentes crónicos Angolanos, utilizando para o efeito a versão portuguesa do *Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation* (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010) e a versão portuguesa da *Congruence Scale* (Lee, 2002).

I- Enquadramento conceptual

1.1-Funcionamento Familiar

1.1.1-O que é?

O ser humano é um ser social, isto é, apenas sobrevive em constante interação com os outros. Essa necessidade levou à formação de sistemas que permitissem ao indivíduo organizar-se e funcionar no seu dia-a-dia. Estes sistemas têm regras e limites próprios, tornando-se pequenas réplicas da sociedade mais abrangente. A família é, conseqüentemente, um desses sistemas que, tendo características próprias, segue o seu funcionamento (Costa, 2011).

Os membros de uma família estão ligados pelas relações que estabelecem entre si, sendo o padrão destas relações designado de funcionamento familiar (Sousa, 2005, cit. por Valente, 2009). Estas relações podem ser, por exemplo, o modo como organizam o dia a dia, a(s) capacidade(s) de ultrapassar as mudanças, as formas de demonstrar afeto (Mendes, 2007). Segundo a Teoria Geral dos Sistemas, de Von Bertalanffy, a família para além de funcionar como um todo complexo e integrado, funciona também como parte de sistemas mais complexos, nos quais está integrada (Relvas, 2006). Assim, não se pode perceber os indivíduos e a sua relação em família, sem perceber a sua dependência, a teia relacional que os une.

Segundo Aboim e Wall (2002), a necessidade de estudar o funcionamento familiar levou à análise da dinâmica interna familiar e das relações existentes entre os membros do referido sistema. Kirschner e Kirschner (1986, cit. por Barker, 2002), definem o funcionamento familiar ideal a partir das transações existentes entre o subsistema conjugal (marido-mulher) e o subsistema filial (pais-filhos) e o tipo de relações estabelecidas entre estes subsistemas. Souza, Abade, Migliorini, Silva e Furtado (2010) defendem não haver unanimidade na definição de funcionamento familiar saudável e patológico, visto que cada teoria sistémica enfatiza os aspetos que considera relevantes para fazer essas distinções (Cardoso, 2012).

1.2-Avaliação do Funcionamento familiar

Existem vários instrumentos de avaliação do funcionamento familiar, decorrentes da existência de diferentes teorias e perspetivas sobre o mesmo. A este propósito, há autores que argumentam que a falta de uma teoria geral sobre o funcionamento familiar está a comprometer a sistematização da metodologia de avaliação do ambiente familiar. Assim, a construção de cada instrumento foi baseada em uma determinada teoria, sendo as seguintes algumas das mais usadas: a) Modelo Circumplexo Sistémico Familiar e Marital (Olso, Portner e Lavee, 1989): avalia a coesão e a adaptabilidade da família e a diferença entre funcionamento familiar ideal

e real; b) Modelo McMaster do Funcionamento Familiar (MMFF) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983): descreve a estrutura e a organização da unidade familiar e dos padrões de transição entre os membros da família; c) Modelo do Processo do Funcionamento Familiar (Skinner, Steinhauer, & Santa Barbara, 1983): enfatiza a dinâmica familiar e a interação entre o processo individual e familiar; d) Teoria Socioecológica e Psicológica e Teoria Sistémica Familiar (Moos, & Moos, 1986): avalia características do ambiente social de todos os tipos de família e as mudanças decorrentes devidas à dependência química de um membro (Sousa, Abade, Silva & Furtado, 2011).

Deste modo, embora existam diversos métodos de avaliação da relação familiar, não há um consenso sobre qual é a medida mais adequada e qual deve ser o foco da avaliação familiar – se a relação conjugal ou a interação entre pais e filhos (Sousa et al., 2011). Bray (1995, cit. por Sousa et al., 2011), afirma, ainda, que essas questões devem ser definidas conforme o objetivo da avaliação. Assim, observou-se que os instrumentos mais utilizados têm sido a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES III), a *Family Environment Scale* (FES), a *Family Assessment Device* (FAD) e a *Family Assessment Measure* (FAM). Segundo Halvorsen (1991, cit. por Sousa et al., 2011) essas escalas de autorrelato possuem boas propriedades psicométricas e normas para a recolha de dados que podem ser usadas pelos profissionais de saúde, na avaliação do funcionamento familiar.

Todos os instrumentos referidos foram elaborados na década de 1980 e, conforme foi afirmado, cada um deles está fundamentado em uma teoria que procura compreender o funcionamento familiar. A FAD utiliza o modelo McMaster do Funcionamento Familiar, no qual tal funcionamento está relacionado ao cumprimento das funções e tarefas essenciais da família. A FES tem como base duas teorias – a socioecológica e psicológica e a teoria sistémica familiar, que avaliam, também, os aspetos sociais que podem influenciar o funcionamento familiar. O Modelo Circumplexo Sistémico Familiar e Marital é utilizado na FACES III para avaliar o sistema familiar a partir de duas dimensões: coesão e adaptabilidade. Ambas as dimensões têm uma relação curvilínea com o funcionamento saudável da família. Portanto, a família saudável teria pontuações equilibradas nas categorias coesão e adaptabilidade. Já a família com funcionamento patológico seria, inversamente, associada a altas ou baixas pontuações em ambas as dimensões. A FAM tem como base o Modelo do Processo do Funcionamento Familiar, elaborado a partir de duas teorias: o Esquema das Categorias da Família e o Modelo McMaster do Funcionamento Familiar, que enfatiza a dinâmica familiar e as interações entre os processos individuais e familiares (Sousa et al., 2011).

Os principais domínios avaliados nos quatro instrumentos são: envolvimento afetivo, comunicação, desempenho de papéis, adaptação, resolução de problemas e controle do comportamento. Embora apresentem

alguns domínios em comum, o número de itens analisados varia de 20 (FACES III) a 134 (FAM). A unidade de estudo de todos os instrumentos foi a família como um todo, a partir da percepção de cada membro. Somente a FAM proporciona a avaliação do processo individual na família e a FACES III avalia casais sem filhos. As propriedades psicométricas, segundo o manual de cada instrumento, apresentaram bons resultados. A maioria dos instrumentos avaliam a dinâmica ou estrutura familiar, porém a FAM tem como objetivo avaliar os resultados de pesquisas e do processo terapêutico. Quanto à faixa etária dos respondentes, nenhum dos instrumentos citados foi construído para avaliar a percepção de crianças abaixo de 11 anos (Sousa et al., 2011).

1.3-Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE)

Durante a década de 1990, em resposta às exigências de avaliação do serviço nacional de saúde mental no Reino Unido, surge o *Clinical Outcome in Routine Evaluation* (CORE; Barkham, Evans, Margison, McGrath, Mellor-Clark, Milne, & Connell, 1998) como um instrumento de avaliação da qualidade do tratamento psicológico. Aquando da criação do CORE, Barkham e colaboradores (1998) recomendaram o desenvolvimento e/ou utilização de uma série de extensões a esta medida geral que permitisse incluir compreensivamente problemas específicos (e.g. ansiedade, fobias, depressão).

Outro instrumento foi então desenvolvido, o *Systemic Outcome and Routine Evaluation* (SCORE; Stratton, Bland, Janes & Lask, 2010) (Cahill, O'Reilly, Dooley & Stratton, 2010, cit. por Sambuta, 2012), o qual foi inspirado no instrumento anterior (CORE), com o objetivo de criar uma medida sensível à mudança do funcionamento familiar, ao longo do tempo, ou após a terapia familiar e de casal, contemplando aspetos da vida familiar considerados como relevantes pelos terapeutas (Stratton et al., 2010, cit. por Sambuta, 2012). É então assim que surge o SCORE (Stratton et al., 2010, cit. por Pereira, 2011), um instrumento, em formato de auto-resposta, de rápida e fácil aplicação (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley & Stratton, 2010; Stratton et al., 2010, cit. por Pereira, 2011). O SCORE baseia-se no, já existente, CORE não ao nível das questões formuladas ou nos aspetos avaliados, mas sim ao nível do processo de desenvolvimento desta medida (Cahill et al., 2010, cit. por Pereira, 2011). O SCORE deve assim ser capaz de fornecer informação sobre os aspetos do funcionamento familiar nos quais se espera uma melhoria durante (e após) a terapia (Stratton et al., 2010, cit. por Pereira, 2011).

Foi criada uma primeira versão do SCORE, de nove itens, e a partir da mesma delinear-se cinco dimensões (Stratton et al., 2010, cit. por Mendes, 2011): o ambiente familiar, o conflito (hostilidade), a comunicação, as regras e papéis e o funcionamento e adaptação. Posteriormente, desenvolveu-se uma outra versão do SCORE com três itens para cada uma

das cinco dimensões e acrescentou-se mais um item introdutório. Depois da realização de vários estudos-piloto, a extensão do questionário foi aumentada para 55 itens, 11 para cada dimensão. Após uma revisão e análise da relevância clínica de cada um dos 55 itens, foram removidos 15 com base no seu reduzido valor informativo. Surge então, a versão SCORE-40, a qual contempla ainda cinco questões de resposta aberta acerca da rotina familiar, natureza e impacto dos problemas familiares, necessidades terapêuticas e opiniões acerca do preenchimento do SCORE (Cahill et al., 2010, cit. por Mendes, 2011).

Na Irlanda, foi desenvolvida uma versão mais reduzida, o SCORE-28, tendo como base o SCORE-40, mas continuaram a reunir-se esforços para o desenvolvimento de uma versão do SCORE mais reduzida, no sentido de se tornar mais viável para um uso corrente na prática clínica e mais rápido de aplicar (Stratton et al., 2010, cit. por Mendes, 2011). Por conseguinte, foram removidos vários itens ao SCORE-40 atendendo à sua relevância clínica, restando cinco para cada uma das três dimensões consideradas, elaborando-se assim o SCORE-15. Esta última versão reduzida é de fácil aplicação e mantém uma elevada consistência interna, possibilitando a sua utilização em investigações e aplicações clínicas (Mendes, 2011).

A equipa de investigação que levou a cabo os estudos de desenvolvimento do SCORE foi constituída por um conjunto de terapeutas familiares que se empenharam em desenvolver uma medida capaz de avaliar resultados terapêuticos. Este estudo envolveu uma rede de vários clínicos e instituições que se dispuseram a apoiar esta investigação (Stratton, 2008, cit. por Mendes, 2011), de entre as quais destacam-se: o Maudsley Hospital, Institute do Psychiatry, o Great Ormond Street Hospital, o Tavistock, National Health Service de Leeds, o Chalk Farm Hospital, o St Georges Hospital, o Barnet Enfield e o Haringey Trust e o serviço de incapacidade intelectual de Nottingham Trust (Cahill et al., 2010, cit. por Mendes, 2011). Por outro lado, a criação do SCORE implicou uma vasta revisão da literatura sobre o funcionamento familiar e a sua avaliação na prática clínica (Mendes, 2011).

Nos estudos de validação já realizados com o SCORE (Cahill et al., 2010; Fay et al., s.d., cit. por Pereira, 2011), foram também utilizados uma série de outros instrumentos destinados a avaliar o ajustamento familiar e individual, contribuindo assim para a validade de constructo do SCORE. Convém lembrar que a relação entre o SCORE e outras escalas e índices clínicos foi um dos aspetos mais relevantes tidos em consideração na construção deste. Só foram incluídos instrumentos breves e com boas qualidades psicométricas, nomeadamente quanto à precisão e validade, para que conclusões válidas possam ser retiradas sobre a relação destes com o SCORE. No âmbito do estudo aqui apresentado importa apenas mencionar o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, Goodman, 1997 como referido em Cahill et al., 2010, cit. por Pereira, 2011). O SDQ é um

instrumento de rápida aplicação e disponibilizado gratuitamente (www.sdqinfo.org), com traduções e normas para mais de 40 países, tendo portanto bastante utilidade na prática clínica (Stone, Otten, Engels, Vermulst, & Janssens, 2010, cit. por Pereira, 2011).

Em suma, o SCORE-15 foi obtido devido à insistência em reduzir os itens do instrumento sem perder a qualidade e a validade de constructo. Esta versão mais reduzida foi aplicada a uma amostra não-clínica composta por 608 sujeitos e, após várias análises, concluiu-se que o SCORE-15 apresenta uma consistência interna de 0.89 (avaliada pelo alfa de Cronbach). A análise fatorial revelou a existência de três fatores: 1) as forças familiares ou competências, 2) as dificuldades familiares e 3) a comunicação na família. A análise da regressão múltipla revelou também que os 15 itens representam o SCORE-40 original (Stratton et al., 2010, cit. por Cardoso, 2012). Deste modo, a versão atual do SCORE-15 mostra-se bastante eficaz, tendo em conta a sua flexibilidade e rapidez de aplicação na prática clínica, o que nos permite obter dados sobre o funcionamento familiar, contribuindo também para o sucesso do processo terapêutico.

O SCORE-15 mostra-se então capaz de fornecer informações sobre: i) os aspetos que os terapeutas julgam mais relevantes nas intervenções; ii) os aspetos da vida familiar mais problemáticos; e iii) os aspetos do funcionamento familiar relativamente aos quais os terapeutas esperam uma melhoria durante e após a terapia (Stratton et al., 2010, cit. por Cardoso, 2012).

Em Portugal foi realizado um estudo preliminar do SCORE-15, com uma amostra de conveniência (não-clínica) de 21 participantes, que confirmou o instrumento como acessível e breve (Portugal, Cunha, Sotero, Vilaça, Alarcão & Relvas, 2010; cit. por Pereira, 2011). Em comparação com os estudos realizados em Portugal com o SCORE-15, o estudo realizado em Angola por Sambuta (2012) e Cardoso (2012), a fim de se adaptar e validar o SCORE-15 para a população Angolana, permite constatar que os resultados obtidos se assemelham aos de Stratton e colaboradores (2010) e aos de Mendes (2011), quanto à estrutura fatorial e à consistência interna do instrumento.

2-Congruência

2.1-O que é?

O conceito de congruência foi abordado, pela primeira vez, por Carl Rogers na Terapia Centrada na Pessoa, sendo, posteriormente, aprofundado por Virgínia Satir (Wong & Ng, 2008, cit. por Gonçalves, 2012). Segundo o modelo de Rogers, ser congruente passa por aceitar a experiência e os sentimentos vivenciados, ser capaz de os comunicar e de os expressar através do comportamento (Evan, 1979, Rogers, 2009, cit. por Gonçalves

2012). Rogers e Truax (1967, cit. por Gonçalves, 2012) defendem que facilmente se encontram indivíduos num estado de incongruência que parecem estar a representar ou a usar uma máscara, o que os obriga a agir de maneira diferente relativamente ao que sentem. Para Rogers (1992, cit. por Gonçalves, 2012), quando o indivíduo não tem consciência do seu estado de incongruência ou quando percebe que é incongruente e que isto poderá conduzir a consequências prejudiciais para si próprio, encontra-se mais vulnerável à ansiedade e a outras perturbações psicológicas/emocionais. Por outro lado, existem pessoas congruentes, isto é, pessoas que mostram ser aquilo que realmente são, de forma clara, e transparente (Rogers & Truax, 1967, cit. por Gonçalves, 2012). No entanto, note-se que os sujeitos diferem no que diz respeito ao grau de congruência, consoante as diferentes situações de vida (Rogers, 1968, cit. por Gonçalves, 2012).

O Modelo de Virginia Satir desenvolveu-se entre 1969 e 1988, (Lee, 2001, cit. por Gonçalves, 2012), com os objetivos terapêuticos específicos de: a) ajudar o indivíduo a desenvolver uma maior autoestima; b) promover uma postura e padrões comunicacionais congruentes; c) libertar o cliente de padrões de *coping* disfuncionais, aprendidos na infância com a família nuclear; d) promover a individuação face a regras familiares e limitações parentais; e) auxiliar o sujeito a tornar-se responsável pelas escolhas da sua vida, assim como pelas suas experiências internas, aceitando, por exemplo, os seus sentimentos; f) promover uma construção através dos recursos internos e externos do cliente (Chan, 1996, cit. por Gonçalves, 2012). Transversalmente a estes objetivos, a autora adotou uma postura de consideração pela singularidade de cada sujeito (Haber, 2002, cit. por Gonçalves, 2012), enfatizando a importância, o valor e o respeito associados ao indivíduo enquanto forma de existência única (Tam, 2006, cit. por Gonçalves, 2012). É com base neste pressuposto que a pessoa é representada como um sistema multidimensional, através da metáfora do Iceberg (Lee, 2002, cit. por Gonçalves, 2012), cujas dimensões são as seguintes: Interpessoal (parte visível do Iceberg), Intrapsíquica e Universal/Espiritual (partes submersas do Iceberg) (Lee, 2002; Lee, 2002; Lee, 2009; Satir, Banmen, Gerber & Gomori, 1991, cit. por Gonçalves, 2012). Portanto, nesta dimensão universal/espiritual, a congruência refere-se à consciência e ao reconhecimento do que cada indivíduo experiencia internamente, assim como à escolha consciente de novas formas de ser, promotoras de uma melhor adaptação às condições atuais (Lee, 2002, cit. por Gonçalves, 2012). Cada variável pode influenciar as outras nesta dimensão, e consequentemente conduzir a uma mudança na dimensão Interpessoal (Lee, 2001, cit. por Gonçalves, 2012). A dimensão Universal-Espiritual diz respeito aos anseios e ao Self ou “Eu Sou” (Lee, 2001, cit. por Gonçalves, 2012). A congruência na dimensão universal/espiritual, manifesta-se no reconhecimento e na aceitação da Humanidade e num sentimento de pertença à mesma, através da partilha dos tais anseios universais e de uma

ligação a uma base espiritual dinâmica ou “Força de Vida” (Lee, 2001, cit. por Gonçalves, 2012).

Assim, pode-se considerar a congruência como um estado de harmonia, interna e externa, marcado por uma sensação de calma, plenitude, tranquilidade e paz, através do qual o indivíduo pode reagir de forma mais adequada, isto é, de forma mais harmoniosa, com o seu interior, com os outros e com o contexto (Banmen, 2002, cit. por Gonçalves, 2012).

Em termos de aplicação clínica, o conceito de congruência surge diretamente aplicado à *Congruence Couple Therapy* (CCT), desenvolvida por Lee (2002). A CCT foi elaborada com a finalidade de intervir com casais com problemas relacionados com o jogo patológico (Lee, 2002) e acrescenta uma quarta dimensão ao Modelo de Satir, a dimensão Intergeracional. Esta refere-se à influência não determinista da família de origem no funcionamento do ser humano (Lee, 2009, cit. por Gonçalves, 2012). Assim, um estado de congruência também passa pela tomada de consciência/reconhecimento da influência dos padrões de dinâmicas familiares (Lee, 2009, cit. por Gonçalves, 2012), no funcionamento atual da pessoa. Para além disso e de modo convergente com as ideias Rogerianas, o conceito de congruência de Satir insere-se numa perspetiva de segunda ordem, respeitando a acoplagem terapêutica e aplicando-se, por isso, não só aos terapeutas, mas também aos clientes, ou seja, às pessoas, em geral (Gonçalves, 2012).

O conceito de congruência, apesar de ter sido trabalhado por alguns autores ao longo dos anos (e.g., Carl Rogers, Virgínia Satir), ainda é difícil de esclarecer, particularmente devido à sua complexidade (Augusto, 2012).

Em suma, a partir da formulação inicial de Satir, o construto de congruência foi evoluindo, tornando-se mais abrangente e sistémico. É um conceito que permanece adaptado à contemporaneidade e de acordo com Beaudry (2002, cit. por Augusto, 2012), apesar de ter surgido há mais de meio século, manter-se-á atual ao longo dos tempos, mudando apenas no sentido de se ajustar aos novos desenvolvimentos evolutivos (Augusto, 2012).

2.2-Avaliação da Congruência

Na sua complexidade e subjetividade, o conceito de congruência não é fácil de medir. Perante a carência de instrumentos que explorassem os constructos e objetivos específicos do modelo de Satir, onde se inclui a congruência, Lee (2002) sentiu-se motivada a desenvolver a *Congruence Scale* (CS), o que poderia, também, servir para avaliar a eficácia do modelo de Satir. A CS, traduzida em Português para Escala de Congruência (A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha, & A. Portugal, 2010), teria ainda como objetivo estabelecer uma ligação com outros modelos de terapia e

constructos, como por exemplo o bem-estar, a satisfação conjugal e a espiritualidade (Lee, 2002, cit. por Augusto, 2012). Para que a congruência se tornasse um conceito mensurável foi operacionalizado em itens discretos e específicos. Desta forma, o objetivo seria que os itens refletissem descrições concretas de estados psicológicos e comportamentos específicos (Lee, 2002, cit. por Augusto, 2012). Tendo em conta que a congruência é um processo para o qual o indivíduo se direciona – e não algo que alguém possui – foi conceptualizado como uma variável contínua (Lee, 2002, cit. por Augusto, 2012). A escala foi desenhada para avaliar as três dimensões da congruência definidas por Virgínia Satir (Satir et al., 1991, cit. por Augusto, 2012).

Após a observação das intervenções que se realizavam nos *workshops*, a autora construiu 87 itens que iriam compor a Escala de Congruência, sendo que 37 correspondiam à dimensão Intrapsíquica, 25 à dimensão Interpessoal e, por fim, 25 à dimensão Universal-Espiritual. Foi utilizada uma escala tipo Likert, de 7 pontos, variando desde *discordo fortemente* até *concordo fortemente*. Posto isto, três elementos pertencentes ao grupo Rede Avanta¹ e um praticante do Modelo de Satir procederam à avaliação de todos os itens através de uma escala de 5 pontos, baseando-se nos seguintes parâmetros: 1) clareza e legibilidade, 2) modo como o item se encaixa na dimensão a que diz respeito e 3) importância do item relativamente ao Modelo de Satir, enquanto medida de resultado. Em consequência disto, foi realizada uma revisão que conduziu à reformulação ou eliminação dos itens duvidosos, confusos e vagos, resultando, assim, um total de 75 itens. Após a realização de um estudo piloto, esta escala passou a ser constituída por 38 itens, sendo que estes revelaram uma correlação item-total igual ou superior a 0.3. Esta última versão da escala, juntamente com as medidas concorrentes, foi enviada para centros de aprendizagem de Satir, nos EUA e no Canadá, para serem administradas aos participantes dos referidos workshops.

As medidas escolhidas para testar a validade concorrente da escala de congruência foram o *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (Diener, 1985, cit. por Gonçalves, 2012) e o *Outcome Questionnaire* (OQ) (Lambert & Burlingame, 1996; Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998, cit. por Gonçalves, 2012), uma vez que teoricamente se espera que a qualidade de vida e o bem-estar, medidos pela primeira, bem como o funcionamento intrapsíquico e relacional, o papel social e a saúde mental positiva, medidos pela segunda, se correlacionem com a congruência. Em termos da utilidade da CS, Lee (2002) refere, ainda, que esta escala poderá ser utilizada com indivíduos, casais e famílias em terapia, particularmente (mas não exclusivamente) com aqueles que estiverem em tratamento segundo o Modelo de Satir. A autora (2002, cit. por Gonçalves, 2012) insiste que

¹ Organização fundada por Virginia Satir em 1977, atualmente denominada *The Virginia Satir Global Network*.

futuramente continuará a ser muito útil a análise da relação entre o bem-estar, a qualidade de vida, a sintomatologia clínica e congruência, no sentido de incrementar conhecimentos acerca deste último constructo.

Em suma, a escala de congruência (Lee, 2002, cit. por Gonçalves, 2012) parece constituir-se como um instrumento promotor de uma avaliação do funcionamento global do sujeito e do seu grau de adaptabilidade desenvolvimental, através de uma perspectiva despatologizadora do (dis)funcionamento humano (Gonçalves, 2012).

II - Objetivos

Definiu-se como objetivo geral desta investigação estudar o grau de associação entre o funcionamento familiar e a congruência dos sujeitos numa amostra de doentes crónicos Angolanos, nomeadamente com tuberculose. Para concretizar o referido objetivo geral foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar o funcionamento dos itens do SCORE-15 e da Escala de Congruência;
- b) Averiguar a consistência interna dos itens do SCORE-15 e da Escala de Congruência, quer para o total das escalas, quer para as respetivas dimensões;
- c) Analisar o funcionamento familiar e a congruência, atendendo ao tempo de diagnóstico.

III-Metodologia

Pretendem-se neste ponto caracterizar os procedimentos de seleção e recolha da amostra do presente estudo, assim como descrever os instrumentos utilizados e as análises estatísticas realizadas.

3.1-Seleção e Recolha da Amostra

A amostra deste estudo foi recolhida com base nos seguintes critérios de seleção: os participantes deviam ter (1) mais de 18 anos, (2) nacionalidade Angolana e (3) o diagnóstico de uma doença crónica, nomeadamente tuberculose. A amostra foi recolhida entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014 e é composta por 100 sujeitos seguidos no Hospital Central Dr. António Agostinho Neto, no Lubango. Depois dos participantes serem informados sobre os objetivos, o carácter voluntário da investigação e terem assinado a folha de consentimento informado, foi feito o preenchimento dos questionários em contexto hospitalar, antes ou após a consulta. Alguns instrumentos foram preenchidos pelos próprios sujeitos, enquanto outros foram realizados em formato de entrevista realizada pela investigadora, atendendo às dificuldades de compreensão, de leitura e de

interpretação dos participantes. Mesmo com a garantia de anonimato e confidencialidade muitos sujeitos recusaram-se a participar na investigação, e outros ainda recusaram-se a terminar o preenchimento dos questionários, alegando excesso de perguntas e/ou por desconfiança face à confidencialidade e anonimato.

Algumas variáveis foram agrupadas em classes para facilitar o tratamento estatístico dos dados. Assim, a variável faixa etária ficou agrupada nas seguintes categorias: 18-20 anos, 21-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, 51-60 anos e mais de 60 anos. A variável estado civil foi agrupada em três categorias distintas: Solteiros, Casados e União de Facto, enquanto os Separados, Divorciados e Viúvos constituíram um único grupo. A variável nível de escolaridade também foi agrupada em categorias, designadamente: Ensino Primário (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª classe), 1º Ciclo (7ª, 8ª e 9ª classes), 2º Ciclo (10ª, 11ª e 12ª) e Ensino Superior (Licenciados e Mestres). O mesmo procedimento foi realizado com a variável composição do agregado familiar, estabelecendo-se um total de três categorias, nomeadamente: categoria 1-5; categoria 6-10 e categoria 11-16.

O nível socioeconómico (NSE) é outra variável deste estudo cuja determinação obedeceu à análise dos itens área de residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos e conforto, fonte de rendimento, estabelecendo-se posteriormente a seguinte pontuação: resultado total entre 1 a 10 correspondente a uma família com baixo NSE, 11 a 15 para uma família com NSE médio e de 16 a 20, nos casos de famílias com NSE elevado.

3.2- Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 100 sujeitos dos quais 55 (55%) são do sexo feminino e 44 (44%) são do sexo masculino. As idades dos sujeitos estão compreendidas entre os 18 e os 92 anos. Neste sentido é possível verificar (cf. Quadro 1) que a maioria dos sujeitos pertence à faixa etária dos 21 aos 30 anos (52%), enquanto 21% dos sujeitos se encontra na faixa etária dos 31 aos 40 anos. Relativamente ao estado civil, na sua maioria os sujeitos são solteiros (52%), ou são casados ou vivem em união de facto (43%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, o 2º ciclo é o mais representado (45%), seguido do 1º ciclo (34%), sendo que o nível superior corresponde apenas a 11% dos sujeitos. Na variável etnia a tribo Umbundo representa a maioria (49%) dos sujeitos pertencentes à amostra, seguida da tribo Nyaneka (31%), sendo a tribo quimbundo (1%) aquela que é menos representada. Esta amostra foi recolhida na zona Sul do país e a maioria os sujeitos residem nos Arredores da Cidade/Bairro (76%), seguindo-se o Centro da Cidade (18%), e depois a Comuna/Sede (4%). A maior parte da amostra é de nível socioeconómico médio (76%).

Foram ainda recolhidas informações sobre a composição do agregado familiar e a etapa do Ciclo Vital da família. Deste modo, quanto à caracterização da etapa do ciclo vital, verificou-se que as famílias com filhos adultos são as mais representadas nesta amostra (53%), seguindo-se as famílias com filhos adolescentes (15%) e com filhos pequenos (15%). Quanto à composição do agregado familiar, a maioria dos sujeitos entrevistados vive num agregado constituído por 1 a 5 pessoas (53%), seguindo-se os sujeitos que residem em agregados constituídos por 6 a 10 pessoas (38%).

Quadro 1.

Caraterização da amostra: variáveis sociodemográficas e familiares

<i>Variáveis Sociodemográficas</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo	Feminino	56	56
	Masculino	44	44
Estado civil	Solteiro	52	52
	Casado/União de facto	43	43
	Separado/Divorciado/Viúvo	5	5
Habilitações Literárias	Ensino Primário	9	9
	1º Ciclo	34	34
	2º Ciclo	45	45
	Ensino Superior	11	11
	Sem escolaridade	1	1
Faixa Etária	18-20	17	17
	21-30	52	52
	31-40	21	21
	41-50	5	5
	51-60	3	3
	+61	2	2
Área de residência	Centro da cidade	18	18
	Arredores/bairro	76	76
	Aldeia/Quimbo	1	1
	Comuna/Sede	4	4
Etnia	Nyaneka	31	31
	Umbundo	49	49
	Quimbundo	1	1
	Nganguela	6	6
	Cuanhama	2	2
	Outras	11	11
Nível socioeconómico	Baixo	17	17
	Médio	76	76
	Alto	7	7
<i>Variáveis familiares</i>			
Agregado Familiar	1-5	53	53
	6-10	38	38
	11-16	9	9
Etapa do Ciclo-Vital	Formação do casal	2	2
	Família com filhos pequenos	15	15
	Família com filhos na escola	10	10
	Família com filhos adolescentes	15	15
	Família com filhos adultos	53	53
	Outros	5	5

3.3-Instrumentos

Antes da aplicação dos instrumentos, e como já foi referido, os sujeitos que participaram no estudo tiveram acesso à ficha do Consentimento Informado, a qual continha a garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, a apresentação dos objetivos do estudo, o caráter voluntário da sua participação e, sobretudo, a garantia de utilização dos dados apenas para fins estatísticos. De seguida, foi então solicitado aos sujeitos o preenchimento dos seguintes instrumentos, com vista à recolha de dados: Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares, a versão portuguesa do SCORE-15 e a versão portuguesa da Escala de Congruência.

Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Familiar

Para a obtenção de dados necessários para a realização de análises estatísticas, bem como para a caracterização da amostra, aplicou-se um questionário de dados sociodemográficos, construído de forma a recolher informações que possibilitassem a caracterização da amostra, tais como: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico. A recolha de informações sobre a família foi feita através de questões sobre a etapa do ciclo vital familiar e a composição familiar. O questionário foi ainda construído de forma a abranger variáveis relevantes para a realidade angolana, tais como a etnia.

SCORE-15 (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010)

No presente trabalho, foi utilizada a versão portuguesa do SCORE-15 (Traduzida por: A. P. Relvas, M. Vilaça, L. Sotero, D. Cunha, & A. Portugal, 2010), um instrumento de autorresposta que mede os Recursos Familiares (RF), a Comunicação na Família (CF) e as Dificuldades Familiares (DF), percecionadas pelo sujeito relativamente ao seu sistema familiar. Ou seja, esta versão do SCORE é composta por 15 itens, agrupados em três fatores, 5 itens para cada fator, nomeadamente: Competências familiares (itens 1, 3, 6, 10, 15), Dificuldades familiares (itens 5, 7, 9, 11, 14) e Comunicação familiar (itens 2, 4, 8, 12, 13). Na prática trata-se de um questionário de autopreenchimento constituído por 15 afirmações sobre a vida familiar, devendo os sujeitos responder até que ponto a afirmação apresentada descreve a sua família. A resposta é dada através de uma escala de Lickert composta por cinco pontos (Muito bem, Bem, Em parte, Mal e Muito Mal). Alguns dos exemplos das afirmações que compõem o instrumento são: “Todos nós somos ouvidos na nossa família” ou “Confiamos uns nos outros”, podendo o sujeito assinalar se a respetiva afirmação descreve “5. Muito Mal” ou “1. Muito Bem” a sua família. Nesta versão do SCORE há também questões abertas sobre a vida, a natureza, a gravidade e o impacto dos problemas familiares e as necessidades

terapêuticas (Pereira, 2011, cit. por Sambuta 2012), as quais não foram utilizadas na presente investigação. Dado que alguns itens do SCORE-15 são invertidos, o resultado total do SCORE-15 é 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 no funcionamento familiar e, inversamente, quanto mais baixa for a pontuação, melhor o funcionamento familiar.

Escala de Congruência (CS; Lee, 2002)

O constructo congruência tem a sua origem na Terapia Centrada na Pessoa de Carl Rogers, tal como já foi referido neste trabalho, e tem como elementos nucleares a consciência, a totalidade e a abertura pessoal relativamente às dimensões humanas (Interpessoal, Intrapísica e Espiritual/Universal) (Lee, 2002). Estas três dimensões que compõem a versão original das CS representam: 1) a Dimensão Interpessoal que diz respeito à comunicação e interação com os outros (Satir et al., 1991). A congruência a este nível exige o reconhecimento de si, dos outros e do meio (Satir et al., 1991) e reflete uma comunicação marcada pelo acordo entre as palavras, o afeto, os significados e entre os níveis digital e analógico (Lee, 2001); 2) a Dimensão Intrapísica que engloba vários níveis e dinâmicas intrapessoais, como os sentimentos, sentimentos sobre sentimentos, percepções e expectativas, baseadas em experiências prévias, regras sociais e culturais, valores e narrativas (Satir et al., 1991); 3) a Dimensão Espiritual/Universal que representa a experiência humana comum, independentemente do contexto cultural, histórico ou familiar, designadamente, anseios e aspirações universais, tais como amar e ser amado, ser aceite e respeitado ou viver com um propósito (Satir et al., 1991).

A tradução e adaptação portuguesa da Escala de Congruência foi realizada por Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves, e Relvas (2013). A versão utilizada neste estudo é constituída por 16 itens que têm como objetivo avaliar a congruência, em duas dimensões: Espiritual/ Universal, 7 itens (2, 7, 8, 9, 10, 15 e 16) e Intra/Interpessoal, 9 itens (1,3,4,5,6,11,12,13,14). A resposta a cada um dos itens é realizada através de uma escala de Likert de 7 pontos: 1= discordo fortemente, 2 = discordo, 3 = discordo ligeiramente, 4 = não concordo nem discordo, 5 = concordo ligeiramente, 6 = concordo, 7 =concordo fortemente.

Relativamente aos estudos psicométricos portugueses, começou-se por realizar um estudo da consistência interna da CS, através do índice alfa de Cronbach (contemplando os 38 itens que integram a escala original), tendo-se obtido um índice de fiabilidade razoável ($\alpha = .79$) (Pestana & Gageiro, 2008). Todavia, um exame mais detalhado, tanto das correlações corrigidas item-total, bem como dos valores dos coeficientes alfa corrigidos, mostrou que vários itens apresentavam um comportamento psicométrico desajustado. A análise prosseguiu com a eliminação desses itens (2, 7, 8, 11,

13, 16, 17, 20, 23 e 35), uma vez que a sua exclusão incrementava a consistência interna da escala. Realizou-se uma nova análise da consistência interna (apenas incluindo os 28 itens restantes), tendo-se alcançado um bom nível de fiabilidade ($\alpha = .86$) (Pestana & Gageiro, 2008). A solução fatorial resultante revelou-se demasiado ambígua, isto é, 8 itens revelaram-se fatorialmente complexos, para além disso, esta estrutura fatorial não apresentava qualquer coincidência com os três fatores sugeridos pela autora. Face a este problema, com o objetivo de aproveitar os itens que se revelaram promissores para medir a congruência, realizou-se um estudo mais detalhado das propriedades estatísticas dos itens, resultando deste processo um conjunto provisório de 16 itens com potencial interesse para a futura versão portuguesa da escala.

O Fator 1 (Espiritual/Universal) é composto por sete itens todos eles pertencentes à dimensão espiritual/universal prevista, em termos teóricos, para a escala original. Já o Fator 2 (Intra/Interpessoal) reúne itens das outras duas dimensões teoricamente previstas – interpessoal e intrapsíquica. Este Fator (Intra/Interpessoal) reflete o pressuposto teórico de que os diferentes componentes da dimensão intrapsíquica interagem reciprocamente influenciando os comportamentos e a comunicação humana (dimensão interpessoal) (Satir et al., 1991). As duas subescalas não se encontram relacionadas de forma estatisticamente significativa ($r = .05$, $p > .05$), levando-nos a considerar que na sua versão portuguesa a CS é composta por duas subescalas independentes (Espiritual/Universal e Intra/Interpessoal).

O material necessário para a aplicação da CS é apenas a versão em papel do questionário e uma caneta. A aplicação da CS requer assim que o sujeito cote cada um dos 16 itens no que diz respeito aos seus pensamentos e sentimentos acerca da sua relação com a vida, consigo próprio e com os outros, com base na experiência da semana passada, incluindo o dia do preenchimento. O cálculo do resultado total e respetivas subescalas implica a inversão da cotação de diversos itens, mais concretamente os itens 1, 3, 6, 11, 12, 13 e 14. Posteriormente, os itens abrangidos por cada subescala (ou totalidade) são somados. Passando para a interpretação dos resultados, quer total, quer das duas subescalas, podemos inferir que quanto maiores forem os resultados da escala total e das subescalas maior será a congruência, ou seja, mais adaptativa será a relação que o indivíduo estabelece com a vida (dimensão Espiritual/Universal), consigo próprio e com os outros (dimensão Intra/Interpessoal).

3.4. Análises Estatísticas

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e para o seu tratamento estatístico utilizou-se o *Statistical Package for de Social Sciences* (SPSS, 2010-versão 17.0). Posteriormente, procederam-se às seguintes análises: a) estatísticas descritivas dos itens do SCORE-15 (e.g., Média, Desvio-Padrão, etc.); b) estatísticas descritivas dos itens da Escala de Congruência; c) análise da consistência interna (através do cálculo do alfa de Cronbach) da pontuação total de cada uma das escalas, e das respetivas

dimensões; d) cálculo da correlação entre o funcionamento familiar e a congruência; e) análise descritiva do funcionamento familiar e da congruência atendendo ao número de anos de diagnóstico (menos de 1 ano; entre 1 e 5 anos; mais de 6 anos).

IV – Resultados

4.1- Estatísticas Descritivas dos itens do SCORE-15

Para se obter uma caracterização do funcionamento dos itens do SCORE-15, procedeu-se a um estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão de cada um dos 15 itens. Neste sentido, na Tabela 2 pode-se observar a média, o desvio-padrão, a moda, a amplitude, a curtose e a assimetria para cada um dos itens do SCORE-15. Verifica-se que todos os itens pontuam segundo toda a amplitude da escala de cotação (1-5), exceto os itens 3 e 15 (1-4) e o item 4 (1-3). O item que apresenta uma média mais elevada ($M = 3.15$; $DP = 1.18$) é o item 5 “Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia”. Ao contrário, o item que obteve uma média mais baixa ($M = 1.74$; $DP = .95$) foi o item 1 “Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós”. Quanto à moda, os valores variam entre 1 a 4, sendo o valor mais frequente o 2. Relativamente à assimetria (grau de desvio da assimetria) todos apresentam valores positivos, com exceção dos itens 2 “Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros” (assimetria = -0.11) e 5 “Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia” (assimetria = -0.18). Quanto aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), os itens que se encontram mais afastados do valor 0 são os itens 1 (curtose = 1.42), 5 (curtose = -1.04) e 8 (curtose = -1.06).

Tabela 2.

Estatísticas descritivas dos itens do SCORE-15

<i>Itens</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Amplitude</i>
1	1.74	1	0.91	1,29	1.42	1-5
2	2.89	3	1.09	-0.11	-0.76	1-5
3	2.19	2	0.95	0.54	-0.53	1-4
4	2.87	2	1.13	0.22	-1.07	1-3
5	3.15	4	1.18	-0.18	-1.04	1-5
6	2.19	2	0.97	0.69	0.17	1-5
7	2.24	2	1.01	1.02	0.77	1-5
8	2.63	2	1.08	0.25	-1.06	1-5
9	2.65	2	1.17	0.45	-0.81	1-5
10	2.06	2	1.02	0.98	0.37	1-5
11	2.41	2	1.08	0.87	0.13	1-5
12	2.23	2	0.97	0.93	0.69	1-5
13	2.43	2	1.11	0.65	-0.35	1-5
14	2.42	2	1.07	0.73	-0.22	1-5
15	1.86	2	0.64	0.36	0.47	1-4

4.2- Estatísticas Descritivas dos itens da Escala de Congruência

No que respeita à Escala de Congruência, procedeu-se, igualmente, a um estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão de cada um dos 16 itens. Neste sentido, na Tabela 3, pode-se observar a média, o desvio-padrão, a moda, a amplitude, a curtose e a assimetria para cada um dos itens da Escala de Congruência. Verifica-se que oito itens pontuam segundo toda a amplitude da escala de cotação (1-7) (itens 1, 3, 4, 6, 11, 12, 14 e 15), cinco itens pontuam de 2 a 7 (itens 2, 5, 7, 9 e 10), o item 8 pontua de 3 a 7, o item 13 de 1 a 22 e, por fim, o item 16 de 4 a 7. A média mais elevada ($M = 6.16$; $DP = 0.88$) corresponde ao item 9 “Aprecio o mistério da vida ou de Deus como algo maior do que eu”. Ao contrário, o item que obteve uma média mais baixa ($M = 3.42$; $DP = 1.79$) foi o item 6 “Culpo-me Quando as Coisas Correm Mal”. Quanto à moda, esta é 6 para todos os itens, com exceção do item 6 cuja moda é 2. Relativamente à assimetria (grau de desvio da assimetria) todos os itens apresentam valores negativos, com exceção dos itens 6 “Culpo-me Quando as Coisas Correm Mal” (assimetria = 0.71) e 13 “Estou em Conflito Comigo Próprio” (assimetria = 2.86). Quanto aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), os itens que se encontram mais afastados do valor 0 são os itens 2 (curtose = 11.627), 13 (curtose = 19.16) e 15 (curtose = 15.12).

Tabela 3.

Estatísticas descritivas dos itens da Escala de Congruência

Itens	Media	Moda	Desvio Padrão	Assimetri a	Curtose	Amplitude
1	5.23	6	1.71	-1.23	0.34	1-7
2	6.17	6	0.83	-2.61	11.63	2-7
3	4.38	6	1.94	-0.31	-1.71	1-7
4	4.78	6	1.85	-0.81	-0.93	1-7
5	5.56	6	1.33	-2.02	2.89	2-7
6	3.42	2	1.79	0.71	-1.14	1-7
7	5.09	6	0.91	-1.98	6.05	2-7
8	6.06	6	0.81	-1.72	4.87	3-7
9	6.19	6	0.88	-2.00	6.14	2-7
10	6.15	6	0.91	-2.41	8.53	2-7
11	4.69	6	1.83	-0.68	-1.25	1-7
12	4.70	6	1.78	-0.52	-1.31	1-7
13	4.68	6	2.58	2.86	19,16	1-22
14	5.17	6	1.54	-1.15	-0.09	1-7
15	6.18	6	0.85	-2.91	15.12	1-7
16	6.15	6	0.54	-0.28	2.21	4-7

4.3 Estudos de Precisão

4.3.1 Consistência Interna do SCORE-15

No sentido de medir a correlação existente entre os diferentes itens no mesmo teste utilizou-se a consistência interna (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, os itens do SCORE-15 foram analisados através do coeficiente alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach para o total do SCORE-15 é de .82, um valor bom, segundo Pestana e Gageiro (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total do SCORE-15, realizou-se uma análise das correlações item-total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach caso se eliminasse um determinado item. Verificou-se que a exclusão de qualquer item do SCORE-15 não altera significativamente o valor do alfa de Cronbach para a escala total, como é o caso dos itens 1 ($\alpha=.82$) e 14 ($\alpha=.80$).

Em termos das dimensões do instrumento, calculamos a consistência interna para a Comunicação Familiar ($\alpha=.08$), Dificuldades Familiares ($\alpha=.68$) e Forças familiares ($\alpha=.65$), tendo-se verificado valores pouco satisfatórios atendendo ao valor de referência sugerido por Pestana e Gageiro (2005) ($\alpha>.70$).

4.3.2 Consistência Interna da Escala de Congruência

Tal como realizado para o SCORE-15, o mesmo procedimento foi realizado com a Escala de Congruência. Neste sentido, os itens da Escala de Congruência foram analisados através do coeficiente alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach para o total da Escala de Congruência é de .47, um valor não satisfatório situado abaixo do critério de .70, proposto por Pestana e Gageiro (2005). De forma a analisar a contribuição de cada um dos itens para o valor da consistência interna total dos itens da Escala de Congruência, realizou-se uma análise das correlações item-total corrigidas e do valor do alfa de Cronbach caso se eliminasse um determinado item. Verificou-se que a exclusão de qualquer item da Escala de Congruência não altera significativamente o valor do alfa de Cronbach para a escala total, como é o caso dos itens 12 ($\alpha=.49$) e o 13 ($\alpha=.39$).

Em termos das dimensões dos instrumentos, calculamos a consistência interna para a dimensão Universal/Espiritual ($\alpha=.75$) e para a dimensão Intra/Interpessoal ($\alpha=.41$).

4.4-Correlação entre o Funcionamento Familiar e a Dimensão Universal/Espiritual da Escala da Congruência

A análise feita a partir do coeficiente de Pearson, indica a inexistência de uma correlação estatisticamente significativa entre o Funcionamento Familiar e a dimensão 1 da Escala de Congruência,

Universal/Espiritual [$r_{(100)}=.01$ $p=.92$]. Assim, concluímos que estas variáveis não se relacionam, portanto são independentes.

Tabela 4.
Correlação entre o SCORE-15 e a dimensão Universal/Espiritual da EC

	Total SCORE	Total Dimensão Universal/Espiritual
<i>Sig (2-tailed)</i>	.92	.92
<i>N</i>	100	100
<i>Person Correlation</i>	.01	.01

4.5-Análise Descritiva do número de anos de diagnóstico no Funcionamento Familiar e na Congruência Universal/Espiritual

Procedeu-se à descrição (média e desvio-padrão) do funcionamento familiar (SCORE-15) e da congruência universal/espiritual (dimensão Universal/Espiritual da EC), em função do número de anos de diagnóstico, como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5
Análise descritiva do número de anos de diagnóstico no Funcionamento Familiar e na congruência Universal/Espiritual

Categoria ano de diagnóstico		Total Score	Total dimensão Universal/Espiritual
Menos de 1 ano	<i>Média</i>	2.52	44.00
	<i>Desvio-padrão</i>	0.44	3.35
Entre 1 e 5 anos	<i>Média</i>	2.38	42.98
	<i>Desvio-padrão</i>	0.53	3.78
Mais de 6 anos	<i>Média</i>	2.67	42.40
	<i>Desvio-padrão</i>	0.90	0.89

V- Discussão

O presente trabalho pretende contribuir para uma análise dos instrumentos SCORE-15 e Escala de Congruência numa amostra Angolana de doentes crónicos. Fazendo referência às características mais pertinentes da amostra, constata-se que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do sexo feminino (56%), na faixa etária dos 21 aos 30 anos de idade (52%), solteiros (52%), com o nível de escolaridade até ao 2º ciclo (45%), residentes nos arredores da cidade/bairro (76%), pertencentes à etnia Umbundo (49%) e com um nível socioeconómico médio (76%). Em termos familiares encontram-se na última etapa do ciclo vital, ou seja, têm filhos adultos (53%), sendo o seu agregado composto por 1 a 5 pessoas (53%).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2012), há mais mulheres (1.703.232) do que homens (1596.980) em toda a extensão da

Província da Huíla (3.334.456 hab.) e que, relativamente, ao nível de escolaridade há mais técnicos médios (18.853.00) do que técnicos superiores (1.033.00), este índice pode estar associado à mortalidade e migração, visto que, depois de terminar a guerra, a população deslocada que regressou para as áreas de origem era composta maioritariamente por mulheres, velhos e crianças, concentrando-se nos arredores da cidade devido à falta de habitações o que levou a um aprofundamento das diferenças em condições habitacionais das grandes cidades e a um crescimento dos bairros periféricos. Nesses bairros, em particular os mais recentes, coabitam a miséria humana na forma de elevadas taxas de densidade demográfica.

Relativamente aos resultados da estatística descritiva do SCORE-15, o item que apresenta uma média mais elevada é o item 4 “Sinto que é arriscado discordar na nossa família”, o que pode indicar que na população Angolana de doentes com tuberculose existem dificuldades de concordância entre os membros de uma família. Este dado pode dever-se ao facto de que a cultura bantu é caracterizada por um regime de patriarcado e gerontocracia, com prevalência do poder dos homens e dos anciãos, sendo estes considerados fonte normativa da vida da comunidade, a hegemonia inclui necessariamente uma distribuição específica de poder, de hierarquia e de influência, pressupondo coerção sobre os oponentes, na base de um processo de violência simbólica, uma vez que está sujeita à resistência e à confrontação (Silva & Carvalho, 2009). Por outro lado, o item que obteve uma média mais baixa foi o item 1 “Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós”, o que por sua vez pode significar que os membros da família percebem a necessidade de partilhar os assuntos. Isto é particularmente importante quando se trata de doentes crónicos, visto que a família é a principal fonte de suporte e apoio, à qual os seus membros recorrem para a resolução de problemas, especialmente quando estes estão associados à saúde ou à falta dela. No caso de uma condição crónica, a sua participação é fundamental, visando o controlo da doença, manutenção da saúde e a prevenção das possíveis complicações associadas a ela (Santos, Cecílio, Feston, & Marcon, 2012).

Nos resultados da estatística descritiva da Escala de Congruência, o item que apresenta uma média mais elevada é o item 15 “Confio na bondade de Deus e do universo”, o que se pode justificar pelo facto de os Angolanos olharem para Deus como um médico, um médico que cuida das suas criaturas, que supera todo o esforço humano, um Ser Poderoso e Supremo, entidade criadora e supervisora do universo. Para os Angolanos Deus não está longe dos acontecimentos, está presente e segue com a sua providência e o seu destino. Deus participa da “Corrente Vital”, como fonte desta, Ele que é vida não criada, fonte original de cada vida, o Bom, o Criador, considerado como o Onnipotente do Céu e da terra, o Criador do Universo, o Providente que nos assiste sempre. O item que obteve uma média mais baixa foi o item 6 “Culpo-me quando as coisas correm mal”, provavelmente porque as pessoas entendem que as coisas nem sempre correm como o

desejado e que existem muitos fatores que podem contribuir para que as coisas corram bem ou mal.

No que concerne à consistência interna, o coeficiente do alfa de Cronbach obtido, considerando a totalidade dos itens do SCORE-15, pontua .82, indicando assim uma consistência interna elevada, acima do considerado aceitável (.70), segundo Pestana e Gageiro (2005). Já para a Escala de Congruência o valor do alfa de Cronbach obtido, considerando a totalidade dos itens, foi de .47, um valor muito baixo relativamente ao considerado aceitável por Pestana e Gageiro (2005). Este resultado pode ser explicado pela grande dificuldade que os sujeitos tiveram na interpretação da maioria dos itens do questionário da Escala de Congruência, principalmente nos itens 1 “Reajo de forma exagerada em situações de conflito”, 3 “Sinto-me culpado com facilidade” e 16 “Há uma força vital no todo que existe em mim), só para citar alguns exemplos. Todavia, a dimensão Universal/Espiritual obteve uma consistência interna razoável, esta dimensão funcionou bem nos sujeitos Angolanos com tuberculose atendendo eventualmente à forte ligação que estes mantêm com o ser sobrenatural (Deus), o que é muito característico da cultura africana e em particular nos sujeitos Angolanos com uma doença crónica, já que Deus é visto como o Onnipotente, capaz de resolver todos os problemas da humanidade.

No presente estudo não foi encontrada uma correlação entre o funcionamento Familiar e a dimensão Universal/Espiritual, o que parece indicar que o funcionamento das famílias com doentes crónicos é independente da relação do sujeito com a transcendência.

Foi ainda realizada uma análise descritiva do funcionamento familiar e da relação dos doentes crónicos com a universalidade/espiritualidade, tendo em conta o número de anos de diagnóstico. Foi assim possível concluir que os indivíduos que apresentam uma média maior no funcionamento familiar são os que possuem mais de seis anos de diagnóstico, seguidos dos indivíduos com menos de um ano de diagnóstico, o que parece indicar que os doentes crónicos pertencentes a estes dois grupos possuem um pior funcionamento familiar. Na relação do indivíduo com a transcendência verifica-se que os sujeitos que apresentam uma média maior são os que têm menos de um ano de diagnóstico, seguidos dos indivíduos entre um e seis anos de diagnóstico, o que parece indicar que a relação destes doentes com a espiritualidade é mais congruente. Todavia é importante referir que estas constatações se tratam apenas de uma tendência dos dados, não nos permitindo as análises efetuadas retirar conclusões sobre as diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com diferente número de anos de diagnóstico.

VI - Conclusão

O estudo aqui apresentado representa um pequeno contributo para a avaliação do funcionamento familiar e da congruência em sujeitos Angolanos com uma doença crónica. Apesar de algumas dificuldades encontradas na aplicação destes instrumentos, como por exemplo a incompreensão de alguns dos itens do SCORE-15 e sobretudo da EC, ainda assim o SCORE-15 possui um bom valor de consistência interna, como se verificou também nos primeiros estudos realizados em Angola por Sambuta (2012) e Cardoso (2012) com o mesmo instrumento. O mesmo não se verificou para a EC, este instrumento apresentou uma consistência interna muito baixa devido provavelmente há enorme dificuldade apresentada pelos sujeitos na interpretação de grande parte dos itens deste questionário.

De uma maneira geral uma das limitações deste estudo foi o facto de se utilizar uma amostra de conveniência, oriunda de uma só região (Lubango) e de sujeitos com tuberculose atendidos no Hospital Central do Luango, no sentido de que a amostra selecionada não pode ser generalizada para o País todo, nem para outras doenças crónicas.

É necessário ainda algum trabalho no melhoramento da EC, com vista à aplicação da escala na população angolana, sugerindo-se estudos futuros, no sentido de se ~~apurar esta característica, ou seja,~~ analisar a congruência dos sujeitos angolanos de maneira geral, a fim de se obter um conhecimento sobre a maneira como se relacionam consigo próprios e com o sobrenatural e poder assim desenvolver-se um instrumento adaptado à nossa realidade.

Em termos de sugestões para futuras investigações, importa salientar que em futuros estudos se opte por uma amostra probabilística, de forma a garantir os critérios de representatividade da amostra relativamente à população angolana na sua generalidade. Acreditamos que as tentativas pelo seu aperfeiçoamento devem continuar para melhor contribuir para a avaliação do funcionamento e da congruência das famílias e dos indivíduos Angolanos.

Bibliografia

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Augusto, J. P. F. C. (2012). *Jogo Patológico e Congruência. Estudo Exploratório Sobre o Funcionamento Familiar do Jogador Patológico*.(Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Cardoso, L. J. G. (2012). *Impacto das Variáveis Sociodemográficas e Familiares no Funcionamento Familiar, Avaliado pelo SCORE-15: Estudo Exploratório numa amostra Angolana Não-Clinica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Carvalho, M. J., Silva E. A. (2009). *Educação em Angola e (Des) igualdade de Género: Quando a Tradição Cultural é Fator de Exclusão*. X Congresso Internacional Colégio-Português de Psicologia. Braga. Universidade do Minho.
- Costa, M. B. H. (2011). *Práticas Parentais, Funcionamento Familiar e Comportamento dos Adolescentes*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Gonçalves, S. C. (2012). *Estudos de Adaptação e Validade da Escala de Congruência (EC) para a População Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Cunha, D., Silva, J. T., & Relvas, A. P. (in press). *Transgeracionalidade e Congruência*. In Relvas, A. P. e Major, S. (Coord.), *Avaliação Familiar: Funcionamento e Intervenção* (Vol. I). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lee, B. K. (2002). Development of a Congruence Scale Based on the Satir model. *Contemporary Family Therapy*, 24, 217-239. Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014390009534>
- Mendes, A. R. H. (2011). *Impacto das Variáveis Sociodemográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-29, Estudo Exploratório Numa Amostra Não-clínica*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

- Mendes, M. L. S. (2004). *Mudanças Familiares do Ritmo das Doenças. As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho. Braga.
- Pereira, F. A. F. (2011). *Estudo de Validade da Versão Portuguesa do SCORE-28 e 15 Numa Amostra Não-clínica*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Sambuta, A. D. L. C. (2012). *Adaptação do Score-15 para a População Angolana: Estudo Exploratório com uma Amostra Não-Clínica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Santos, A. L., Cecílio, H. P. M., Marcon, S. S. (2012). Conhecendo a Funcionalidade Familiar Sob a Ótica do Doente Crónico. *Texto Contexto-Enfermagem*. 2. Acedido em:
<http://dx.doi.org/10.1590/SO104-07072012000400019>
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M.. (1991). *The Satir model: Family therapy and beyond*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Sousa, J., Abade, F., Silva, P. M. C., & Furtado, E. F., (2011). Avaliação do Funcionamento Familiar no Contexto de Saúde Mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Acedido em:
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n6/254/htm>
- Valente, R. I. R. O. P. (2009). *Parentalidade Em Famílias Multiproblemáticas: Como os Técnicos Avaliam*. (Dissertação de Mestrado Em Vitimização da Criança e do Adolescente) Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. 1ª Edição.
- Vilaça, M., Silva, J. T. & Relvas, A. P. (in press). *Funcionamento e Comunicação Familiar*. In Relvas, A. P. e Major, S. (Coord.), *Avaliação Familiar: Funcionamento e Intervenção* (Vol. I). Imprensa da Universidade de Coimbra.