



UC/FPCE 2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estratégias de *Coping* Familiar e Qualidade de Vida em  
Angola: Estudo Exploratório com Doentes com VIH e SIDA  
em Contexto Militar**

Palmira Albertina de Fátima Gaspar Correia  
(Palmiragasparcorreia@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sub-área  
de Especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da  
Doutora Sofia Major e Dra. Luciana Sotero



## **Estratégias de *Coping* Familiar e Qualidade de Vida em Angola: Estudo Exploratório com Doentes com VIH e SIDA em Contexto Militar.**

**Resumo:** O VIH e SIDA representa um grande desafio para o Governo Angolano, pelo número de vítimas que se tem vindo a registar nas últimas décadas. Neste sentido, no presente estudo pretendemos avaliar as estratégias de *coping* familiar e a qualidade de vida em doentes com VIH e SIDA angolanos em contexto militar, comparativamente a um grupo de militares sem VIH e SIDA. Utilizaram-se diversos instrumentos de avaliação: o Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Qualidade de Vida (QOL; Olson & Barres, 1982, citado por Olson et al., 1985) e as Escalas de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família (F-COPES; McCubbin, Oleou, & Larsen, 1981). Os resultados dos estudos de consistência interna apontam para um alfa de Cronbach elevado tanto para os itens do QOL (.958) como para o F-COPES (.931). As principais conclusões remetem para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os militares portadores do VIH e SIDA e os não portadores da doença, quer ao nível da qualidade de vida, quer ao nível das estratégias de *coping* familiar utilizadas. Este estudo tem como principais implicações promover o debate e a discussão sobre a qualidade de vida em sujeitos seropositivos, de modo a promover políticas de apoio social para estes sujeitos, bem como conhecer as estratégias de *coping* por eles utilizadas, de modo a promovê-las e fomentar a sua generalização.

**Palavras-chave:** VIH e SIDA, qualidade de vida, *coping* familiar, Angola, contexto militar.

## **Family Coping Strategies and Quality of Life in Angola: Exploratory Study with Patients with HIV and AIDS in Military Context.**

**Abstract:** HIV and AIDS constitute a great challenge for the Angolan Government, according to the number of victims that it's have been registered in the last decades. Therefore, in the present study we intended to evaluate the family coping strategies and the quality of life in Angolan patients with HIV and AIDS in military context and those who do not have the disease. Several assessment instruments were used: the Sociodemographic Questionnaire, the Questionnaire of Quality of Life (QOL; Olson & Barres, 1982, cit. in Olson et al., 1985) and the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES; McCubbin, Oleou, & Larsen, 1981). Results from the internal consistency studies indicate a high Cronbach's alpha for the items of the QOL (.958) as well as for the F-COPES (.931). The main conclusions pointed for the inexistence of statistical significant differences between the military bearers of HIV and AIDS and the non bearers of the disease, for the quality of life, as well as for the family coping strategies used. This study has as major implications to promote the debate and the discussion about the quality of life in seropositive subjects, in a way to promote politics of social support for these subjects, as well as knowing the coping strategies used by them to promote them and to foment their generalization.

**Key-words:** HIV and AIDS, quality of life, family coping, Angola, military context.

## **Dedicatória**

Em memória da minha mãe que foi a pessoa mais interessante, animadora e plenamente viva que já conheci.

Aos meus filhos, Samir, Marcos e Mauro, tão amáveis e pacientes, que atuaram como meus principais críticos e chefes de torcida nesta caminhada. Eles viveram comigo as dificuldades e, por isso, sou-lhes eternamente grata.

Ao Marco, Nayara e Rafael desculpem a minha ausência. Vocês são uma das razões do meu viver.

A todos que, em meu redor com orações, apoiaram e amor encorajaram-me durante esta etapa da minha vida.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero agradecer a DEUS, que me deu a vida, a luz e o amor que sempre guiou a minha vida.

À Professora Doutora Margarida Ventura, por nos ter aberto esta formação, sem a sua determinação, carisma e empreendedorismo que a caracterizam nada teríamos feito.

As minhas professoras o meu muito obrigado por terem dado sentido e forma às informações que recolhi sobre o tema e orientar as minhas tentativas de explicar e expressar tudo o que pesquisei. Sem vocês nada teria feito. Vocês fazem parte daquilo que hoje sou. Obrigada pela sabedoria, paciência e gentileza.

À minha irmã, sobrinhas, nora e cunhado que me mantiveram a coragem, avançando e acreditando diante dos desafios, fossem grandes ou pequenos, o meu muito obrigado.

Andreia muito obrigada pela ajuda dada, e pela paciência no lançamento destes dados, foste a minha salvação.

Dra Tchilissila Simões, colega, amiga, que Deus ilumine a tua caminhada, que mantenha sempre uma chama a iluminar a tua vida. Tu foste muito importante neste trabalho, dando o teu tempo, aos teus conhecimentos, o teu apoio e carinho. Obrigada por tudo.

Agradeço a legião de colegas e amigos que me ofereceram o seu precioso tempo nos momentos mais difíceis da minha vida académica.

A Lua, Martinho, Armindo, Domingos e Vicente, o meu muito obrigado pelo apoio caloroso e inabalável em tudo aquilo que fiz durante esta caminhada. Vocês foram e são pessoas muito especiais para mim.

Agradeço aos pacientes com os quais tive contacto neste últimos meses, a coragem de cada um frente a esta doença, contribuíram para que eu me tornasse mais humana e, deles aprendi mais sobre a doença do que em qualquer livro ou texto, pois só eles a vivem.

A incansável equipa do hospital militar os meus sinceros agradecimentos, por nos abrirem as portas para este estudo, e terem acreditado em nós.

A vocês, Lena e Varocas, meus amigos, irmãos e companheiros, o meu muito obrigada pelo apoio incansável nos momentos em que muitas vezes fraquejei e quase desisti e vocês sempre com uma palavra de coragem.

Se mencionasse todas as pessoas que me impressionaram, inspiraram, ensinaram, influenciaram e ajudaram ao longo do caminho percorrido, jamais eu acabaria, na certeza porém que todos continuam a enriquecer o meu mundo.

**Obrigada**

## Índice

Introdução.....	1
<b>I Enquadramento Conceptual.....</b>	<b>2</b>
1.1. VIH e SIDA: Definição, Caracterização e Aspetos Associados.....	2
1.2. VIH e SIDA: Qualidade de Vida.....	3
1.3. VIH e SIDA: Impacto na Vida Familiar e <i>Coping</i> .....	5
<b>II Objetivos.....</b>	<b>9</b>
<b>III Metodologia.....</b>	<b>10</b>
3.1. Amostra.....	10
3.1.1. Procedimentos de Seleção e Recolha da Amostra.....	10
3.1.2. Caracterização da Amostra.....	10
3.2. Instrumentos.....	13
3.3. Procedimentos Estatísticos.....	15
<b>IV Resultados.....</b>	<b>15</b>
4.1. Estudos de Consistência Interna: QOL e F-COPES.....	15
4.2. Estudo Comparativo em Militares Com e Sem VIH e SIDA: QOL e F-COPES.....	18
4.3. Estudo de Associação: QOL e F-COPES.....	18
<b>V Discussão.....</b>	<b>19</b>
<b>VI Conclusão.....</b>	<b>22</b>
Bibliografia.....	24
Anexos.....	27

## Introdução

O flagelo do VIH e SIDA, pela sua escala e pelo seu impacto devastador constitui uma emergência mundial e um dos maiores desafios à vida, e à dignidade humana, não apenas pelo comprometimento do desenvolvimento socioeconómico, mas também pelos constrangimentos a nível comunitário, familiar e individual (Veronesi, Focaccia, & Loman, 1999, citados por Jackson, 2002).

Acresce que a maior taxa de pessoas infetadas estão na idade ativa, o que poderá implicar repercussões profundas na expectativa de vida e no crescimento desses países (Veronesi et al., 1999, citados por Jackson, 2002).

A África Subsaariana, desde o início da epidemia, apresenta uma maior taxa de incidência. Atualmente 2/3 das pessoas que vivem com VIH e SIDA residem nesta região, o que representa um total de 21 milhões de homens, mulheres e crianças infetadas (OMS, 2010). Efetivamente, a infeção pelo VIH é responsável por elevadas taxas de morbilidade e mortalidade no continente africano, e com um impacto negativo na saúde da população, em particular dos jovens e adolescentes (Veronesi et al., 1999, citados por Jackson, 2002).

Esta epidemia tem características epidemiológicas diferentes em cada região do mundo, dependendo de fatores biológicos e comportamentais, por isso é preciso caracterizar a epidemia nos diferentes contextos, com o intuito de estabelecer mecanismos de resposta que permitam reduzir o número de novas infeções e aliviar o sofrimento imposto pela doença às famílias em particular e à sociedade em geral, utilizando conhecimentos e técnicas científicas.

Segundo o Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA do Lubango, no primeiro trimestre de 2012 foram detetados 84 casos positivos em gestantes, 257 casos em mulheres adultas, 104 casos em homens adultos, 12 casos em crianças do sexo feminino, e quatro crianças do sexo masculino, perfazendo um total de 461 casos positivos dos 16.107 indivíduos testados.

Neste sentido, e tendo em conta que o VIH e SIDA passou a categorizar-se como uma doença crónica, com um significativo aumento de casos nos países africanos, o presente trabalho pretende explorar a qualidade de vida e as estratégias de *coping* utilizadas pelos militares da região Sul de Angola, com ou sem VIH e SIDA.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte é apresentado o enquadramento conceptual, onde são expostos os conceitos relativos ao VIH e SIDA, uma reflexão acerca da qualidade de vida e o *coping* no caso concreto do VIH e SIDA; na segunda parte, apresentamos a metodologia utilizada, resultados obtidos e sua respetiva discussão e, por fim, apresentaremos as principais conclusões inerentes ao presente estudo.

## I- Enquadramento Conceptual

### 1.1. VIH e SIDA: Definição, Caracterização e Aspetos Associados

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é a síndrome clínica que aparece vários anos após a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e que causa um nível de imunodeficiência, que permite o aparecimento de infeções oportunistas recorrentes, neoplasias, endocardites, miocardites, tuberculose, artrites, dermatites, septicemias, demências, convulsões entre outros distúrbios auto-imunes e metabólicos diversos (Pedroso & Oliveira, 2007).

Diagnosticar o VIH em bebés, crianças, adolescentes e adultos constitui um desafio, mas é uma tarefa muito importante, uma vez que quando o VIH é diagnosticado precocemente e com rigor, os doentes e as famílias têm oportunidade de aceder aos cuidados e tratamentos do VIH e das respetivas infeções associadas, o que pode salvar vidas, não deixando desenvolver doenças associadas ao VIH e SIDA (BIPAI, 2006).

Nos adultos, existe um período que é variável desde a infeção com o VIH até ao início das doenças associadas à SIDA. Uma pessoa infetada com o VIH pode ficar assintomática por 10 ou mais anos (OMS, 2010). As pessoas infetadas com VIH que não são tratadas, desenvolvem doenças associadas, dependendo das características do vírus e do hospedeiro (OMS, 2010). Desde a primeira descrição da SIDA, em 1981, os investigadores identificaram dois tipos de VIH: VIH-1 e o VIH-2. O VIH-1 é o tipo predominante em termos mundiais e o VIH-2 ocorre mais frequentemente na África Ocidental, ocorrendo infeções ocasionais na África Oriental, Europa, Ásia e América Latina. Ambos causam a SIDA e as suas formas de transmissão são as mesmas. Contudo, a transmissão do VIH-2 é ligeiramente mais difícil e a progressão para SIDA pode ser mais lenta. Este vírus pode ficar incubado por muitos anos, sem que o infetado manifeste sintomas de SIDA e por isso não saber que está infetado (OMS, 2010).

O VIH e a SIDA podem definir-se como uma doença crónica, de curso prolongado, que pode ser progressiva e fatal ou associada a um período de vida relativamente normal, apesar da deterioração da função mental/psicológica (Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo, & Ferreira, 2008). Em termos do impacto psicológico do VIH e SIDA podemos encontrar perturbações em três áreas distintas: a nível emocional, cognitivo e comportamental. Por isso, torna-se necessário intervir nestas áreas, nomeadamente: (a) a nível emocional (e.g., lidar com a mágoa de poder perder alguém, a culpa, a tristeza e a raiva); (b) a nível cognitivo (e.g., educar a família sobre o VIH e SIDA, incluindo a transmissão, a progressão e o tratamento); e (c) a nível comportamental (e.g., ajudar a integrar a doença crónica na vida diária do doente e da família, realizando as mudanças necessárias, o que exige grandes adaptações e levanta tensões nas relações e rotinas familiares, provocando stress no sistema familiar) (Correia, 2004).

Em muitas regiões do mundo, a negação e o silêncio relativamente ao VIH foram a norma que vigorou durante anos. O estigma e o medo são alimentados pela ignorância. A falta de fornecimento de dados exatos sobre

o VIH deixa uma lacuna na informação que, muitas vezes, é preenchida por rumores maldosos e informações erradas sobre a propagação, a prevenção e o tratamento da doença (Correia, 2004). Neste sentido, a negação da doença pode ter o efeito de estigmatizar o VIH e SIDA e criar um ambiente favorável à proliferação do vírus. As pessoas que vivem nessas circunstâncias podem ter menos tendência para querer saber o seu estado em relação ao VIH, mesmo quando o aconselhamento e os testes são gratuitos (BIPAI, 2006; Canini, Reis, Pereira, Gir, & Peláv, 2004).

Os esforços de prevenção são gravemente minados por uma atmosfera de perseguição, negação e informações erradas. As pessoas que enfrentam o VIH exprimem temas e sentimentos que lhes são comuns. É frequente passarem por sentimentos profundos de ansiedade e depressão, principalmente depois de receberem o resultado positivo de um teste de VIH. Podem sentir-se inseguras sobre como evitar infectar os outros, como cuidar da sua saúde, se devem ou não continuar num emprego ou numa relação e se devem revelar o seu estado de saúde aos outros (Souto, 2008).

### **1.2. VIH e SIDA: Qualidade de Vida**

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como ausência de doença. Esta definição implica que as iniciativas de promoção de saúde não sejam apenas dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, mas que valorizem igualmente aspetos como o bem-estar e a qualidade de vida. Por sua vez, também o aumento da esperança média de vida, em virtude do progresso tecnológico da medicina (Fleck, 2008; Han, Lee, & Park, 2003, citados por Teixeira, 2007), a alteração no panorama das doenças, de predominantemente infecciosas a predominantemente crónicas (Bowden, Fox, & Rushby, 2003; Lowy & Bernhard, 2004, citados por Teixeira, 2007), a influência das medidas médicas objetivas e tradicionais na avaliação das limitações impostas pela doença e os seus tratamentos nas diferentes dimensões da vida da pessoa doente e o movimento de humanização da medicina foram fatores que contribuíram para reforçar a relevância da qualidade de vida em contextos clínicos/médicos (Bonomi et al., 2000; Feck, 2008; Ribeiro, 1994, citados por Teixeira, 2007).

Na área da saúde, a qualidade de vida define, portanto, o impacto da doença sobre a vida e o bem-estar do indivíduo, sendo neste contexto particularmente conhecida por qualidade de vida relacionada com a saúde. É no âmbito da doença crónica que se tem verificado um maior interesse em avaliar a qualidade de vida, sendo que a importância da conceptualização deste conceito está intimamente ligada à evolução das doenças prolongadas (Heinemann, 2000; Ribeiro, 1997, citados por Teixeira, 2007). A incerteza persuasiva que envolve o diagnóstico e prognóstico, a progressão da doença e a imprevisibilidade que a caracteriza, bem como os seus tratamentos, resultam inevitavelmente em algum grau de perturbação emocional, sem esquecer as limitações físicas e funcionais persistentes que conduzem à alteração do funcionamento e rotina diária, interferindo com a capacidade para trabalhar, desempenhar papéis familiares e sociais e com o

envolvimento em atividades de lazer (Doka, 1993, citado por Teixeira, 2007).

Polejack e Fortunato (2002, citados por Teixeira, 2007) apresentam a definição de Schmidt (1994) do termo de qualidade de vida como um conceito muito abrangente, estando diretamente relacionado com as experiências individuais num dado momento, dentro de um contexto sócio-cultural.

O conceito qualidade de vida tem sido considerado cada vez mais central na investigação, bem como na prática clínica. Por definição, a infeção VIH, tal como doença crónica, traduz-se num processo permanente irreversível, confluindo num processo evolutivo de características especiais designado terminal que, em termos gerais, requer cuidados acrescidos e exigindo um processo de adaptação (Pereira & Canavarro, 2010).

Nos últimos anos, e num curto espaço de tempo, a inexistência de terapêuticas para a infeção pelo VIH foi claramente superada, pelo aparecimento de um vasto conjunto de tratamentos, cujos efeitos colaterais benéficos ou adversos, podem direta ou indiretamente influenciar a qualidade de vida dos doentes infetados (Schumaker, Ellis, & Naughton, 1997, citados por Polejack & Fortunato, 2002). A terapêutica antiretroviral (TAR) permitiu uma redução significativa da mortalidade e da incidência das principais infeções oportunistas, introduzindo, assim, importantes alterações à história natural da infeção pelo VIH, e constituindo uma intervenção eficaz na melhoria da sobrevivência dos doentes infetados (Schumaker, et al., 1997, citados por Polejack & Fortunato, 2002; Seidel, Tróccoli & Zannon, 2001).

Neste contexto, a melhoria da qualidade de vida torna-se um aspeto central para o cuidado e apoio às pessoas que vivem com o VIH e SIDA em que, para um doente infetado pelo VIH, não é apenas a duração da sua vida o centro da sua preocupação, mas igualmente a sua qualidade. A este respeito, Leplège, Rude, Ecosse, Ceinos, Dohin, e Pouchhet (1997, citados por Pereira, 2005) referem que, em termos gerais, os doentes rejeitam um tratamento específico que aumente a duração da sua vida mas que reduza a sua qualidade de vida. Consequentemente, e no contexto mais global da doença crónica, trata-se de viver e não sobreviver (Moniz & Barros, 2005, citados por Pereira, 2005). Por outro lado, também a nível do cuidado individual, a otimização da qualidade de vida dos doentes infetados é essencial para aumentar a adesão aos regimes terapêuticos e, por conseguinte, prolongar o tempo de vida (Wu, 2000, citado por Pereira, 2005).

Considerando a natureza da própria doença, nomeadamente a sua imprevisibilidade e as suas múltiplas recorrências, bem como, a necessidade de avaliar os efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos infetados pelo VIH (Bing et al., 2000, citados por Suzuki, 2002), a avaliação da qualidade de vida torna-se central na promoção da forma como vive uma pessoa infetada pelo VIH (Canavarro et al., 2008). Em virtude do seu diagnóstico ameaçador, dos seus tratamentos prolongados e muitas vezes agressivos e da incerteza do prognóstico, a doença crónica constituiu-se como um risco para a qualidade de vida do indivíduo. Compreende-se assim

o interesse de investigadores e clínicos em avaliar a qualidade de vida na doença crónica (Ribeiro, 1994, citado por Canavarro, 2009). As características particulares do processo de infeção pelo VIH e a inevitável progressão para SIDA, os efeitos secundários das terapêuticas utilizadas, o relativo desconhecimento dos fatores que determinam a forma como os indivíduos avaliam a sua própria qualidade de vida (Burgess et al., 2000, citados por Suzuki, 2002), assim como a conveniência em iniciar precocemente a TAR nos portadores assintomáticos, convergem na necessidade urgente, e cada vez mais generalizada, de avaliar a qualidade de vida.

Apesar dos avanços nas terapêuticas, a infeção pelo VIH continua a caracterizar-se pela presença de múltiplas manifestações, a maioria das quais fortemente comprometedoras da qualidade de vida dos doentes infetados (Remple, Hilton, Ratner, & Burdige, 2004, citados por Fleck, 2006).

Compreende-se, desta forma, a qualidade de vida como um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico e nível de independência. Por conseguinte, o atendimento ao doente infetado revela-se importante para uma identificação e uma implementação de um tratamento precoce, afim de possibilitar a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

### **1.3. VIH e SIDA: Impacto na Vida Familiar e *Coping***

O diagnóstico do VIH e SIDA tem um impacto negativo não só nos doentes, mas também nas respetivas famílias desses doentes. Normalmente, as famílias podem ser alvo de preconceitos, os quais podem estar relacionados com o medo de contaminarem outras famílias, o que faz com que, muitas vezes, sofram de isolamento social, desemprego (quando a entidade patronal descobre a seropositividade) e o próprio sujeito doente pode apresentar sentimentos de culpa para com a família. Neste sentido, podemos afirmar que não é só o doente que sofre com o VIH e SIDA, mas todo o sistema familiar é afetado por esse diagnóstico (Relvas, s.d).

Atendendo ao subsistema conjugal, quando um dos parceiros é seronegativo e o outro positivo, os conflitos podem ser intensos, começando o parceiro não infetado por questionar a fidelidade do outro, recusando-se a manter uma vida sexual ativa, enquanto a origem da doença não for desvendada, não querendo aceitar a traição da pessoa amada, e preocupando-se por poder desenvolver a doença (Dicks, 1997, citado por Correia, 2004). Não obstante estas situações, é possível encontrar casais que se unem, para enfrentar a doença, criando mecanismos que melhoram a maneira de lidar com a doença, contando aos elementos da família a sua seropositividade, procurando o amor nos filhos, na família, nos amigos, deixando a doença para segundo plano (Veronesi et al., 1999, citados por Jackson, 2002).

O VIH e SIDA é uma doença crónica e, como tal, implica alterações na estrutura das famílias. Segundo Gongora, (2001, citado por Souto, 2008), a instalação da doença crónica na família é favorável ao surgimento de alterações cognitivas que provocam problemas emocionais: incertezas, problemas profissionais, sentimentos ambivalentes, que variam com os fatores culturais religiosos e sociais de cada família. Quando o indivíduo é

diagnosticado com esta doença (fase de crise), a sua família tem de se organizar para enfrentar uma doença que para ela era desconhecida, o que pode trazer como possíveis consequências a rutura conjugal, a sobreproteção para com o doente e/ou mudanças de papéis a nível familiar (Oliveira, 2007). Nesta altura, há famílias que se remetem ao silêncio para protegerem o doente e a si próprias, o que provoca, muitas vezes, uma disfunção na comunicação (BIPAI, 2010). Por outro lado, os níveis emocionais, afetivos e funcionais podem estar afetados, o que altera a vida de cada elemento da família, e muitas vezes, de todo o grupo familiar. Como em qualquer doença crónica, também no VIH e SIDA a família tem que fazer o luto pela sua imagem de família saudável, com tudo o que isso pressupõe em termos do futuro da família (Relvas, s.d.).

O sistema familiar é composto por funções e papéis desempenhados pelos seus elementos, e quando alguém adoece, de um momento para o outro, é preciso reorganizar o sistema familiar, pois ocorrem mudanças relevantes na vida da família, quer a nível estrutural, quer a nível laboral, financeiro e social. Para que a família se reorganize e defina novos papéis, é preciso ajustar as funções atribuídas a cada um, de modo a que a família possa fazer face à doença crónica do seu familiar. Embora isso não seja uma tarefa fácil, há famílias que conseguem, enquanto outras simplesmente abandonam o familiar doente à sua sorte (Veronesi et al., 1999, citados por Jackson, 2002).

A rigidificação dos padrões de funcionamento familiar, a redefinição de papéis e funções, a definição do cuidador e o isolamento social da família constituem o eixo das alterações estruturais em torno das quais se organiza o impacto da doença (Relvas, s.d). De facto, em alguns países africanos, quando um dos elementos da família está doente, se for o homem (pai), a mulher assume a função executiva, ou seja, passa a desempenhar o cargo de provedora e, o papel de cuidador/a é assumido pelos filhos, normalmente a filha mais velha que deixa de estudar, “interrompendo” a sua infância (Veronesi et al., 1999, citados por Jackson, 2002).

A importância do suporte familiar no processo de adaptação a uma nova condição de vida pode ser evidenciada de diversas formas, em diferentes momentos, do diagnóstico às manifestações clínicas, desde que o sujeito saiba como dar conta da sua doença aos outros, e quais as possibilidades que tem para ultrapassar os problemas que vão surgir no decurso da doença (Gualda, 1998).

Neste sentido, as doenças crónicas têm múltiplas dimensões e geram uma vasta gama de requisitos que assumem a conotação de desafios ao desenvolvimento de cada um, na tentativa de adaptação à nova condição de vida que se apresenta. Essas demandas são influenciadas pela natureza da doença, pelos recursos sociais e económicos, reconhecendo-se que a singularidade de ser ou estar doente depende do ambiente socioeconómico e cultural (Gualda, 1998). A adaptação e ajustamento à doença ocorrem quando as pessoas respondem e tentam construir uma vida normal, adotando respostas para lidar com a doença em termos de *coping*, com estratégias e novos estilos de vida que adotam para enfrentar os problemas que a sua condição de doente crónico impõe (Bury, 1999, citado por Correia, 2004).

As estratégias de *coping* requerem planeamento, treino e avaliação de ações por parte do sujeito, no sentido de minimizar o seu sofrimento e ter uma melhor qualidade de vida (Bury, 1999, citado por Pereira, 2005).

Para que o *coping* se converta num processo de conquista de equilíbrio e fomenta o crescimento e desenvolvimento individual e familiar é necessária uma gestão simultânea de várias componentes da dinâmica familiar que englobam: a comunicação e a organização familiar, a autonomia e autoestima dos seus elementos, a manutenção das relações familiares e com a comunidade, a manutenção de esforços que controlem o impacto do acontecimento, e a qualidade das mudanças suscitadas no sistema (Relvas, 2009).

No que diz respeito aos estilos de *coping*, ou seja, às formas habituais de lidar com o stress destacam-se dois tipos de "*coping*": um que atua no sentido de minimizar o efeito do acontecimento (*coping* resistente ou passivo) e outro que empreende esforços que visam alcançar um estado de reorganização e adaptação (*coping* adaptativo ou ativo), estes estilos influenciam fortemente o modo como são enfrentadas as novas situações (Antoniazzi, Dell'aglio, & Bandeira, 1998; Guido, 2003). As estratégias de *coping* utilizadas para lidar com eventos stressantes têm sido estudadas por investigadores interessados em entender as consequências psicológicas dos eventos de vida e a maneira como os eventos stressantes são vivenciados (Guido, 2003). Seidl e colaboradores (2001), a partir de uma revisão da literatura, relatam que as estratégias de enfrentamento podem ser entendidas de duas formas distintas: (a) enfrentamento focalizado no problema, referindo-se a uma ação para mudar a situação inicial que deu origem ao stress, a maior preocupação está na resolução do problema; e (b) enfrentamento focalizado na emoção, atendendo aos esforços dirigidos a um nível somático ou de sentimentos, com o objetivo de regular o estado emocional provocado pelo stress.

Antoniazzi e colaboradores (1998) acrescentam uma terceira estratégia de *coping*, a estratégia focalizada nas relações interpessoais, referente à busca pelo apoio social na sua rede de relações sociais. Para os autores, a escolha de uma ou outra estratégia vai depender do tipo de stressor envolvido, podendo ser utilizadas ambas as estratégias durante praticamente todos os episódios stressantes. Lazarus e Folkman (1984, citados por Pereira & Canavarro, 2010) relatam que é preciso considerar que a escolha da estratégia de enfrentamento será sempre em função da especificidade da situação vivida, o que inclui também a avaliação do quanto a pessoa se sente capaz de enfrentá-la, bem como, dos recursos pessoais, incluindo-se a saúde e energia, crenças existenciais, compromissos, aptidões para a resolução de problemas, aptidões sociais de comunicação, formas de comportamento socialmente apropriadas e efetivas, apoio social e recursos materiais. A redução da tensão, a manutenção do estado físico, psicológico e social estáveis, são algumas das razões para ativar as estratégias de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984, citados por Pereira & Canavarro, 2010). Ulla e Remor (2002, citados por Pereira, 2005) descrevem evidências empíricas sobre a relação entre sistema imunológico, sistema nervoso e fatores psicossociais em pessoas saudáveis e aquelas que apresentam alguma

infecção, como por exemplo, a infecção por VIH. Segundo os autores, estudos atuais indicam que aspetos comportamentais (e.g., hábitos e estilos de vida), psicológicos (e.g., stress e estratégias de enfrentamento) e sociais (e.g., apoio social) vão influenciar a evolução da infecção por VIH. A pesquisa sobre *coping* em pessoas com VIH e SIDA poderá evidenciar implicações para o entendimento das estratégias utilizadas como protetoras ou indicadoras de comportamentos de risco para a emergência de stress ou incapacidades, e ajudar a entender estratégias necessárias para que as pessoas com VIH e SIDA apresentem bem-estar subjetivo.

A escolha sobre qual a estratégia de enfrentamento a utilizar decorre da avaliação que se faz da situação stressante. Para aquelas situações consideradas como passíveis de modificação, haverá uma maior tendência para o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, sendo as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção mais utilizadas, para lidar com situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980, citados por Pereira & Canavarro, 2010).

Folkman e Moskowitz (2004, citados por Pereira & Canavarro, 2010) ressaltam a identificação de outros tipos de estratégias de enfrentamento, tais como a busca de suporte social, de informação, religião etc., que podem atuar simultaneamente no processo de enfrentamento de uma única situação.

Observa-se que não existe uma norma a partir da qual as estratégias de enfrentamento sejam avaliadas como boas ou más, adaptativas ou mal-adaptativas, sendo necessário que elas se considerem a partir da avaliação da natureza do stressor, da disponibilidade de recursos de enfrentamento e do resultado do esforço realizado (Lazarus & Folkman, 1984, citados por Pereira & Canavarro, 2010).

A relação existente entre múltiplos fatores psicológicos e as possíveis variações do funcionamento do sistema imunológico, que podem originar uma maior ou menor suscetibilidade diante de agentes patogénicos, parece essencial ao tratar-se a infecção por VIH. Nesse sentido, Ulla e Remor (2002, citados por Pereira, 2005) descreveram os resultados de vários estudos, sugerindo que um pior estado de ânimo, um maior nível de stress e estratégias de enfrentamento desvinculadas de uma ação mais ativa diante dos problemas estariam diretamente associados a um pior prognóstico, originando uma progressão mais rápida do vírus no organismo.

Relacionando enfrentamento, suporte social e qualidade de vida, Seidl e colaboradores (2001) sugerem a existência de modificações nas estratégias de enfrentamento e na adaptação à condição seropositiva, podendo os portadores do VIH passar a revelar a sua condição a um maior número de pessoas com o decorrer do tempo de diagnóstico. Essa observação mostra que, na medida em que se encontram meios de lidar com ela, haveria a oportunidade de encontrar maior apoio social e estabelecer novos relacionamentos. Além disso, as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram relacionadas de maneira inversa às estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, confirmando estudos anteriores. A partir desses estudos, sugere-se que a vivência com pessoas seropositivas estaria relacionada a uma menor possibilidade de obtenção do apoio social necessário, originando maiores estratégias de enfrentamento voltadas para a

situação (Seidl et al., 2001).

O diagnóstico e o tratamento do VIH/SIDA trazem complexas implicações psicológicas e sociais (Castro & Remor, 2004, citados por Pereira, 2005). Algumas pessoas apresentam dificuldades de adaptação à doença, particularmente, quando não encontram apoio e aceitação nos seus grupos de convivência, tendo em vista que o VIH sempre esteve associado a comportamentos desviantes e marginais (Silva, 1996).

O VIH, quando diagnosticado, assola a pessoa de dúvidas e incertezas. Dúvida a respeito de desenvolver a doença (SIDA) ou não (embora a maioria das pessoas infetadas pelo VIH acabe por a desenvolver) e do quão doloroso e inevitável poderá ser a evolução da doença, fazendo o sujeito conviver permanentemente com a certeza de morte breve. Por sua associação inicial com comportamentos socialmente desviantes – e, por isso mesmo, sujeitos à condenação implacável da sociedade – a aquisição do vírus trouxe ainda o problema adicional de tornar pública a condição de infetado (Regato & Assmar, 2004). Sendo assim, descobrir que se está com VIH e SIDA pode gerar um estado prolongado de stress, trazendo o medo e a angústia. Segundo Lopes e Fragra (1998), o stress aumenta, muitas vezes, em função do comportamento social das demais pessoas, o que faz com que a seropositividade, para o VIH, se torne equivalente a uma sentença de morte. Portanto, a pessoa com VIH passa por situações stressantes que, segundo os autores, podem contribuir para a deterioração do sistema imune, afetando a satisfação com vida e a sua relação familiar.

## II – Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral, comparar a percepção das estratégias de  *coping*  familiar e da qualidade de vida de sujeitos com e sem VIH e SIDA em contexto militar, em Angola.

De forma a cumprir o objetivo geral proposto, apresentamos os seguintes objetivos específicos:

- (a) Caracterizar e comparar o perfil sociodemográfico e familiar de militares com e sem VIH e SIDA.
- (b) Analisar a consistência interna dos itens do QOL e F-COPES.
- (c) Comparar a percepção da qualidade de vida e de estratégias de  *coping*  familiar, nos militares angolanos com e sem VIH e SIDA.
- (d) Analisar o grau de associação entre a percepção das estratégias de  *coping*  familiar e a qualidade de vida.

## II – Metodologia

### 3.1. Amostra

#### 3.1.1. Procedimentos de Seleção e Recolha da Amostra

A amostra geral deste estudo é constituída por 60 sujeitos, dos quais 30 compõem o grupo de militares com VIH e SIDA e 30 o grupo de militares sem VIH e SIDA (grupo de controlo). Os participantes são todos militares das forças armadas angolanas, pertencentes à Região Militar Sul de Angola.

A amostra (por conveniência) foi recolhida no Hospital Militar do Lubango, sendo selecionada segundo os seguintes critérios de inclusão: (a) sujeitos militares, (b) de nacionalidade angolana, (c) terem o documento de consentimento informado assinado, (d) para o grupo VIH/SIDA serem portadores do VIH e SIDA, e (e) para o grupo de controlo não serem seropositivos para o VIH e SIDA.

A recolha da amostra teve início no mês de novembro de 2011 e terminou em fevereiro de 2012. O preenchimento do protocolo foi feito no refeitório do próprio hospital, e demorou em média cerca de 40 minutos para cada protocolo de avaliação.

Numa primeira fase, os militares foram submetidos ao teste de despiste do VIH (*determine*). Caso o diagnóstico fosse positivo estes eram incluídos no grupo de militares com VIH e SIDA do presente estudo, caso fosse negativo integravam o grupo de controlo. Salienta-se que se procurou emparelhar a amostra para a variável sexo e obter uma distribuição aproximada nos dois grupos para as seguintes variáveis: estado civil, nível de escolaridade e área de residência. Numa segunda fase, os militares foram informados sobre o projeto de investigação, que procurava avaliar o *coping* e bem-estar das famílias, e foi-lhes apresentado o documento de consentimento informado. Posteriormente, após assinatura deste documento (sendo-lhes garantido a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos), os instrumentos foram preenchidos pelos próprios participantes, na presença da investigadora durante o preenchimento do protocolo para o eventual esclarecimento de dúvidas. No caso de sujeitos com maiores dificuldades ao nível da leitura, o protocolo de avaliação foi aplicado em formato de entrevista, com a leitura em voz alta das questões e o preenchimento pela investigadora.

#### 3.1.2. Caracterização da Amostra

De seguida apresentamos os dados descritivos da amostra do nosso estudo (cf. Tabela 1).

Os sujeitos participantes do presente estudo foram 28 (93.3%) do sexo masculino e dois (6.7%) do sexo feminino, para cada grupo respetivamente e, apresentam idades compreendidas entre os 20 os 63 anos, verificando-se que 36.8% ( $n=22$ ) das idades dos sujeitos situam-se entre os 31-40 anos. Por sua vez, a minoria dos sujeitos encontra-se entre os 51-63 anos (6.8%,  $n=4$ ). Verificando-se que 40.0% ( $n=12$ ) dos sujeitos pertencentes ao grupo VIH e SIDA têm idades compreendidas entre os 31-

40 anos, face aos 33.2% ( $n=10$ ) no grupo de controlo.

Tabela 1.

*Caracterização da Amostra: Variáveis sociodemográficas*

Variáveis	Grupo SIDA $n=30$		Grupo Controlo $n=30$		Amostra total $N=60$	
	$N$	%	$n$	%	$n$	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	28	93.3	28	93.3	56	93.3
Feminino	2	6.7	2	6.7	4	6.7
<b>Idade</b>						
20-30	8	26.5	8	25.5	16	26.7
31-40	12	40.0	10	33.2	22	36.8
41-50	8	26.6	10	33.3	18	30.0
51-63	2	6.6	2	6.6	4	6.8
<b>Nível Escolaridade</b>						
1º Ciclo incompleto	4	13.4	3	10.0	7	12.1
1º Ciclo	3	10.0	3	10.0	6	10.3
2º Ciclo	13	43.3	7	23.3	20	34.4
3º Ciclo	5	16.3	7	23.4	12	20.2
Secundário	3	10.0	6	20.0	9	15.5
Superior	-	-	4	13.3	4	6.9
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	4	13.3	1	3.3	5	8.3
Casado	3	10.0	5	16.7	8	13.3
União de facto	18	60.0	20	66.6	38	63.3
Separado	3	10.0	2	6.7	5	8.3
Viúvo	2	6.7	2	6.7	4	6.6
<b>Etnia</b>						
Nhaneca	7	23.3	2	6.6	9	15.5
Umbundo	12	40.0	9	30.0	21	35.0
Quimbundo	1	3.3	3	10.0	4	6.7
Nganguela	6	20.0	5	16.7	11	18.3
Cuanhama	3	10.0	1	3.3	4	6.7
Outros	1	3.3	10	33.3	11	18.3
<b>Área de residência</b>						
Centro da cidade	6	20.0	5	16.7	11	18.3
Arredores/Bairro	24	80.0	25	83.3	49	81.7
<b>Fonte de rendimentos</b>						
Lucros/Investimentos	1	3.3	-	-	1	1.7
Vencimento mensal	28	93.3	30	100.0	58	96.7
Renumeração semanal	1	3.3	-	-	1	1.7
<b>NSE</b>						
Baixo	12	40.0	17	56.7	29	48.3
Médio	16	53.3	9	30.0	25	41.7
Elevado	2	6.7	4	13.3	6	10.0

No que concerne ao nível de escolaridade, no grupo de militares com VIH e SIDA, 43.3% ( $n=13$ ) têm o 2º Ciclo e no grupo dos militares que não têm VIH e SIDA 23.3% ( $n=7$ ), respetivamente, sendo este o nível de escolaridade mais representativo da nossa amostra.

Quanto ao estado civil, 63.3% ( $n=38$ ) da amostra total vivem em união de facto.

Ao nível das etnias, verificou-se que a etnia Umbundo é a mais prevalente em ambos os grupos em relação às outras etnias (35.0% na totalidade da amostra).

Da amostra total, 18.3% ( $n=11$ ) vivem no centro da cidade e 81.7% ( $n=49$ ) vivem nos arredores/Bairro.

Relativamente ao rendimento dos militares, 96.7% ( $n=58$ ) da amostra total vive do vencimento mensal.

Quanto ao nível socioeconómico (NSE) destas famílias, 48.3% ( $n=29$ ) pertencem ao nível baixo, 41.7% ( $n=25$ ) ao nível médio e 10.0% ( $n=6$ ) ao nível elevado. Verificou-se que 53.3% sujeitos do grupo de militares com VIH e SIDA possuem um NSE médio ( $n=16$ ) e no grupo de militares sem VIH e SIDA há 56.7% de NSE baixo<sup>1</sup>.

Tabela 2.

*Caracterização da Amostra: Variáveis familiares*

Variável	Grupo SIDA $n=30$		Grupo Ccontrolo $n=30$		Amostra total $N=60$	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Filhos</b>						
Sim	28	93.3	29	93.0	57	95.0
Não	2	6.6	1	3.3	3	3.3
<b>Número filhos</b>						
0-1	6	20.0	5	16.6	11	36.6
2-4	16	43.0	17	36.7	33	79.7
5-1	7	23.0	8	26.6	15	49.3
<b>Etapa Ciclo Vital</b>						
Formação casal	6	20.0	1	3.3	7	11.7
Família filhos pequenos	6	20.0	9	30.0	15	25.0
Família filhos escola	6	20.0	8	26.7	14	23.3
Família filhos adolescentes	6	20.0	7	23.3	13	21.7
Família filhos adultos	6	20.0	5	16.7	11	18.3
<b>Agregado Familiar</b>						
2-5	13	43.3	14	46.6	27	44.9
6-12	17	56.6	16	53.3	33	55.0

A Tabela 2 refere-se à caracterização da amostra no que diz respeito às variáveis familiares. Verificamos que 95.0% da amostra total ( $n=57$ ) tem filhos, sendo a média de filhos de 3.51 ( $DP=2.09$ ), a maioria dos sujeitos da amostra entre 2 a 4 filhos (79.7%,  $n=33$ ).

Quanto à etapa do ciclo vital da família, 25.0% ( $n=15$ ) são famílias com filhos pequenos, 23.3% ( $n=14$ ) famílias com filhos em idade escolar, 21.7% ( $n=13$ ) famílias com filhos adolescentes, 11.7% ( $n=7$ ) casal sem filhos e 18.3% ( $n=11$ ) com filhos adultos, sendo estes dois últimos grupos os menos representados na nossa amostra.

A respeito do agregado familiar, a maioria dos sujeitos (55.0%,  $n=33$ ) pertence a famílias compostas por 6 a 12 elementos.

Para averiguar a equivalência dos dois grupos quanto às variáveis sexo, estado civil, nível de escolaridade e área de residência, foram

<sup>1</sup> Para uma apresentação mais exaustiva da amostra, consultar Anexo A.

efetuados uma série de testes de *Qui-Quadrado*. Denotou-se uma total equivalência para a variável sexo  $\chi^2(1)=0.00$ ,  $p=1.000$ , visto que os dois grupos são compostos por 28 sujeitos do sexo masculino e dois do sexo feminino. Relativamente ao estado civil,  $\chi^2(1)=2.605$ ,  $p=.626$ , nível de escolaridade,  $\chi^2(1)=15.249$ ,  $p=.171$ , e área de residência,  $\chi^2(1)=0.480$ ,  $p=.488$ , verificou-se que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de militares nestas três variáveis.

### 3.2. Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado envolve três instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Qualidade de Vida (Olson e colaboradores 1985 citados por Relvas, 2009) e a Escala de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família (F-COPES; McCubbin, Olson, & Larsen, 1981 citados por Relvas, 2009).

Após ter sido apresentado e assinado o documento de consentimento informado, no qual foi apresentado o tema da investigação, o seu objetivo geral, e garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, começou-se a recolha de dados (cf. Anexo B).

**Questionário Sociodemográfico:** Criado de raiz no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família da FPCE-UC e UPRA (Campus do Lubango), com o intuito de recolher dados relativos à identificação e caracterização dos respondentes (e.g., idade, sexo, estado civil), à composição do agregado familiar (e.g., parentesco, número de filhos), à área de residência (e.g., centro da cidade, bairro), às características da habitação (e.g., apartamento, vivenda, pau a pique), aos eletrodomésticos e conforto existentes na habitação (e.g., luz, frigorífico) e a principal fonte de rendimento da família (e.g., vencimento mensal, semanal). Por outro lado, foram também tidas em consideração variáveis relevantes para a realidade angolana (e.g., religião, etnia) (cf. Anexo D).

Para se calcular o NSE (baixo, médio, elevado) recorreu-se a uma fórmula de cálculo, em que depois da cotação atribuída a cada sujeito nas respostas do questionário, fez-se um somatório de cinco campos considerados (área de residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos e conforto e fonte de rendimento), e a partir da pontuação obtida nestes campos calculou-se o total que definia os níveis do NSE em que os sujeitos se situavam (cf. Anexo C).

O ciclo vital da família expressa e integra uma perspetiva desenvolvimentista onde a família evolui, perseguindo metas diferenciadas e localizadas no tempo para atingir um objetivo, sendo para isso necessário ultrapassar várias etapas, tais como: formação de casal, (início de uma nova família), família com filhos pequenos (bebés e crianças em idade pré-escolar), família com filhos na escola (crianças com idade escolar), família com filhos adolescentes (assinalada pela adolescência dos elementos mais jovens) e famílias com filhos adultos (quando o filho mais velho sai de casa ou se torna independente dos pais) (Relvas, 1996). A categorização desta variável foi efetuada, no nosso estudo, atendendo à classificação anteriormente apresentada e proposta por Relvas (1996).

**Questionário de Qualidade de Vida** (Olson & Barres, 1982, citados por Olson et al., 1985): Avalia o grau de satisfação experienciado pelo indivíduo em relação à qualidade de vida percebida. É um inventário de auto-resposta, construído por 40 itens, cotados numa escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 “*insatisfeito*” a 5 “*extremamente satisfeito*”). O instrumento é composto por 10 subescalas, variando no número de itens que as compõem: Bem-estar Financeiro (6 itens), Lar e Educação (7 itens), Vizinhaça e Comunidade (6 itens), Tempo (4 itens), *Mass Media* (4 itens), Casamento e Vida Familiar (4 itens), Emprego (3 itens), Saúde (2 itens), Religião (2 itens), e Amigos (2 itens).

No presente estudo utilizou-se a versão adaptada e validada pelo NUSIAF-Sistémica (adaptado em 2007 e validado em 2008), que foi traduzida por Canavarro e colaboradores (2006, citados por Relvas, 2009), após os procedimentos adequados (tradução, retroversão, comparação do instrumento traduzido com o original) a escala final foi aplicada a uma amostra aleatória, constituída por 260 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos, 34.2% pertencentes ao sexo masculino e 65.8% ao sexo feminino (cf. Anexo E).

Canavarro e colaboradores (2006), no estudo da consistência interna para a escala global, obtiveram um alfa de Cronbach de .89, sendo um valor aceitável e próximo do encontrado pelos autores da versão original (.92; McCubbin, Larsen, Muxen, & Wilson, 1985, citado por Relvas, 2009). Ao nível das subescalas, obtiveram alfas entre .61 e .85.

**Escalas de Avaliação Pessoal Orientada para a Crise em Família** (F-COPES; McCubbin, et al., 1981): Avalia as estratégias de *coping* familiar internas (utilização de recursos inerentes à família) e externas (utilização de recursos exteriores ao sistema familiar). Para tal, os sujeitos têm que pontuar numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 “*discordo muito*” a 5 “*concordo muito*”) as suas respostas. Os resultados elevados correspondem a uma melhor perceção das estratégias de *coping* familiar.

A escala é constituída por 30 itens, de auto-resposta, distribuídos por cinco subescalas, agrupados em três fatores externos (Adquirir Suporte Social; Procurar Apoio Espiritual; e Mobilizar a Família para Adquirir e Aceitar Ajuda) e dois fatores internos (Reenquadramento; Avaliação Passiva) (cf. Anexo F).

A versão utilizada neste estudo resultou de uma adaptação para a população portuguesa levada a cabo por Vaz-Serra, Firmino, Ramalheira, e Canavarro (1990, citados por Relvas, 2009). No estudo de Vaz-Serra e colaboradores (1990), utilizou-se uma amostra de 274 sujeitos, com idades compreendidas entre os 14 e os 84 anos de idade ( $M=50.48$ ;  $DP=16.80$ ), sendo 33.6 % do sexo masculino e 66.4% do sexo feminino. No estudo da consistência interna do instrumento, os autores obtiveram um alfa da escala total de .87 e os alfas das diferentes subescalas variam entre .61 e .79.

### 3.3. Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento e análise de dados foi utilizado o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences-17 para Windows XP*). Procederam-se às seguintes análises estatísticas:

- (a) Para caracterizar a amostra, procedemos ao estudo de frequências e estatística descritiva (*M* e *DP*);
- (b) Para comparar as duas sub-amostras quanto à sua equivalência, utilizamos o teste de *Qui-Quadrado*;
- (c) Para o estudo da consistência do QOL e F-COPES utilizamos o alfa de Cronbach;
- (d) Na comparação dos dois grupos em relação ao resultado total no QOL e F-COPES utilizamos o teste *t* para amostras independentes;
- (e) A análise do grau de associação entre o resultado total do QOL e do F-COPES foi efetuada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

## IV – Resultados

### 4.1. Estudos de Consistência Interna: QOL e F-COPES

Ao utilizar-se um determinado instrumento de avaliação, é importante avaliar a sua fiabilidade, isto é, a precisão com que ele mede a correlação entre respostas de um questionário. Um instrumento de medida é fiável se conduzir a resultados semelhantes mesmo quando há oportunidade para ocorrerem variações (medidas obtidas em momentos diferentes ou em situações diferentes). Neste sentido, confiabilidade é o grau com que o resultado de um teste permanece com diferenças inalteráveis individualmente em qualquer ocasião (Hora, Monteiro, & Arica, 2010). O alfa de Cronbach é o procedimento estatístico utilizado para análise da consistência interna de escalas de tipo *Likert* (Almeida & Freire, 2003), tal como é o caso do QOL e F-COPES.

O alfa de Cronbach para os itens do QOL no nosso estudo foi de .958. A análise da correlação dos itens com o total da escala (cf. Tabela 3) permitiu-nos verificar que os itens 7 “*Qual o seu nível de satisfação com a sua própria saúde*” e 32 “*Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo e cartões de crédito)*” apresentam um índice de correlação muito baixo ( $r = .180$  e  $.096$ , respetivamente). E verificou-se que, caso estes itens sejam eliminados, registar-se-ia um ligeiro aumento ao nível do alfa de .958 para .960 e .961, respetivamente (cf. Tabela 3).

Quanto à estatística descritiva, o item com a média mais baixa é o 33 ( $M=1.35$ ;  $DP=6.33$ ) “*Qual o seu nível de satisfação de poupança?*” e o item com a média mais elevada é o 32 ( $M=4.00$ ;  $DP=1.46$ ) “*Qual o seu nível de satisfação com os seus filhos?*”.

Tabela 3.

*Estatística descritiva e estudo do alfa de Cronbach: QOL*

Itens QOL	M	DP	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach Item Eliminado
QOL1	3.77	2.00	.744	.956
QOL2	3.72	1.30	.680	.956
QOL3	3.85	1.10	.691	.956
QOL4	3.68	1.17	.565	.957
QOL5	3.43	0.85	.590	.957
QOL6	3.60	0.91	.570	.957
QOL7	2.82	1.30	.180	.960
QOL8	3.47	0.99	.466	.957
QOL9	2.88	1.20	.770	.956
QOL10	2.85	1.80	.752	.956
QOL11	2.93	1.20	.727	.956
QOL12	2.90	1.70	.770	.956
QOL13	2.87	1.90	.735	.956
QOL14	1.90	1.04	.567	.957
QOL15	1.67	0.95	.593	.957
QOL16	1.95	1.05	.585	.957
QOL17	2.22	0.85	.743	.956
QOL18	2.27	0.78	.739	.956
QOL19	2.20	0.86	.729	.956
QOL20	2.18	0.83	.761	.956
QOL21	3.40	0.94	.420	.958
QOL22	3.35	0.95	.413	.958
QOL23	3.75	1.20	.543	.957
QOL24	3.75	1.20	.558	.957
QOL25	2.50	1.06	.618	.957
QOL26	2.25	1.02	.694	.956
QOL27	2.12	0.96	.662	.956
QOL28	2.13	0.87	.687	.956
QOL29	2.03	0.86	.739	.956
QOL30	2.18	1.03	.716	.956
QOL31	2.50	1.30	.634	.956
QOL32	4.00	1.46	.096	.961
QOL33	1.35	0.63	.394	.958
QOL34	1.37	0.63	.512	.957
QOL35	2.08	0.94	.500	.957
QOL36	1.98	0.81	.619	.957
QOL37	2.05	0.89	.627	.957
QOL38	2.03	0.94	.616	.957
QOL39	1.68	0.83	.596	.957
QOL40	2.05	0.93	.506	.957

Na Tabela 4 apresentamos os valores das estatísticas descritivas (*M* e *DP*) e o estudo de consistência interna para os itens do F-COPES. Obtivemos um alfa de Cronbach de .931. Contudo, a análise de correlação entre os itens e o total da escala (cf. Tabela 4) permitiu-nos notar que o item 9 “*Procuramos informação e conselhos junto do médico de família*” e o item 10 “*Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos dêem assistência*” apresentam um índice de correlação muito baixo ( $r = .226$  e  $.132$ , respetivamente). Caso sejam eliminados, o alfa aumentaria ligeiramente para .932 e .933, respetivamente.

Ao nível da estatística descritiva, o item com a média mais baixa é o 9 “*Procuramos informação e conselhos junto do médico de família*” ( $M=1.53$ ;  $DP=0.96$ ) e o item com a média mais elevada é o 30 ( $M=4.17$ ;  $DP=0.88$ ) “*Temos fé em Deus*”.

Tabela 4.

*Estatística descritiva e estudo do alfa de Cronbach: F-COPES*

Itens F-COPES	<i>M</i>	<i>DP</i>	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach Item Eliminado
F COPES1	3.68	1.20	.578	.928
F COPES2	3.40	1.17	.613	.927
F COPES3	3.55	1.17	.800	.925
F COPES4	3.38	1.20	.747	.926
F COPES5	3.60	1.30	.688	.926
F COPES6	1.73	0.89	.261	.931
F COPES7	2.57	1.20	.668	.927
F COPES8	1.82	0.91	.436	.929
F COPES9	1.53	0.96	.226	.932
F COPES10	1.93	1.01	.132	.933
F COPES11	2.52	1.40	.623	.927
F COPES12	1.72	1.10	.306	.931
F COPES13	2.85	1.40	.492	.929
F COPES14	3.82	1.10	.432	.929
F COPES15	3.65	1.04	.703	.926
F COPES16	3.08	1.30	.615	.927
F COPES17	2.72	1.20	.552	.928
F COPES18	1.60	0.84	.362	.930
F COPES19	2.62	1.20	.534	.928
F COPES20	2.65	1.30	.710	.926
F COPES21	1.55	0.98	.466	.929
F COPES22	3.22	1.30	.625	.927
F COPES23	3.60	1.20	.583	.928
F COPES24	3.22	1.30	.790	.925
F COPES25	3.00	1.30	.682	.926
F COPES26	3.17	1.20	.586	.928
F COPES27	3.35	1.30	.550	.928
F COPES28	2.38	1.40	.352	.930
F COPES29	2.77	1.10	.283	.931
F COPES30	4.17	0.88	.473	.929

#### 4.2. Estudo Comparativo em Militares com e sem VIH e SIDA: QOL e F-COPES

Pretendemos comparar os sujeitos pertencentes ao grupo de militares com VIH e SIDA e o grupo de militares sem VIH e SIDA relativamente à sua perceção da qualidade de vida e às estratégias de *coping*. A análise exploratória dos dados permitiu-nos observar que estes se encontram distribuídos normalmente, pelo que se utilizou a estatística paramétrica. Deste modo, recorreu-se ao teste *t* de *student* para amostras independentes (cf. Tabela 5).

Para o resultado total do QOL verificou-se que, apesar dos sujeitos do grupo de controlo apresentarem uma média ligeiramente superior ao do grupo SIDA ( $M=105.83$  e  $105.60$ , respetivamente), não há diferenças estatisticamente significativas entre os militares portadores do VIH e SIDA e os que não têm a doença,  $t(58) = -0.036$ ,  $p = .972$ .

No mesmo sentido, mas agora relativamente ao F-COPES, os sujeitos do grupo de militares sem VIH e SIDA apresentam uma média ligeiramente superior ao grupo de militares com VIH e SIDA ( $M=85.33$  e  $84.33$ , respetivamente), não havendo contudo uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $t(58) = -0.231$ ,  $p = .818$ .

Tabela 5.

*Teste t: Comparação da média entre o grupo com e sem VIH e SIDA*

Resultados	Grupo SIDA		Grupo Controlo		<i>t</i> (58)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total QOL	105.60	23.64	105.83	27.10	-0.036	.972
Total F-COPES	84.33	21.02	85.33	19.40	-0.231	.818

#### 4.3. Estudo de Associação QOL E F-COPES

Pretendeu-se avaliar o grau de associação entre o resultado total do QOL e do F-COPES.

A análise exploratória dos dados permitiu-nos observar que estes se encontram distribuídos normalmente, pelo que se utilizou a estatística paramétrica. Assim, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson.

Verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa, moderadamente elevada e positiva entre as variáveis estudadas ( $r = .71$ ,  $p < .001$ ), o que indica que os construtos avaliados pelos dois instrumentos partilham entre si 50.4% da variância. O que poderá significar que quanto maior forem as atitudes e comportamentos de resolução de problemas das famílias em resposta ao problema vivenciado, melhor será a qualidade de vida e vice-versa.

## V – Discussão

O presente estudo representa uma investigação de natureza exploratória. A amostra foi selecionada através do método de amostragem não probabilística por conveniência, o que requer prudência na generalização dos resultados.

O VIH e SIDA acarreta grandes implicações ao nível da estrutura familiar, quer pela sua cronicidade, medo da estigmatização, custos decorrentes da condição de portador da doença (e.g., alimentação, cuidados de higiene) quer pela necessidade de fazer o luto da sua imagem enquanto família saudável (Relvas, s.d). Por isso, considerou-se importante analisar o modo como os militares portadores da doença lidam com a doença, a nível familiar, e comparar com os militares saudáveis.

Num primeiro momento, optamos por nos debruçar sobre a **caracterização da amostra** estudada. Assim, constatamos que a maior parte da amostra em estudo tem idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, independentemente do grupo em que se encontram (controlo ou VIH e SIDA). Tendo em conta que a esperança média de vida em Angola são 42 anos (Nascimento, 2012), isto vai de encontro com os dados que obtivemos, verificando-se que são poucos os sujeitos que possuem uma idade mais elevada (apenas 6.8%, têm entre os 51 e os 63 anos).

De acordo com Barreira (2005), estima-se que, no ano de 2005, Angola possuía 15,941,00 habitantes. Dentre os quais a maioria é de etnia Ovimbundu (residentes no Planalto Central e no Sul), seguida dos Kimbundu e Bakongos (residentes no Norte do País), sendo as outras etnias menos expressivas em termos quantitativos. Estes dados vão de encontro aos que obtivemos no nosso estudo, uma vez que verificamos que uma grande percentagem da nossa amostra é Umbundo, língua falada pela etnia Ovimbundu, e uma percentagem reduzida de sujeitos pertence à etnia Quimbunda e Bacongá, possivelmente porque o nosso estudo foi realizado no Lubango, que se situa no Sul de Angola.

Canavarro (2009) apresenta um estudo realizado pelo grupo de WHQOL-HIV (2004) onde os investigadores concluíram que determinadas variáveis sociodemográficas, como a idade e o nível de escolaridade influenciam a qualidade de vida dos sujeitos. Também Friedland, Renwick, e McColl (1996, citados por Canavarro, 2009) encontraram associações significativas entre a idade, o rendimento e o emprego, sendo que o rendimento (salário) foi o único determinante com capacidade preditiva da qualidade de vida. No nosso estudo, verificamos que uma grande percentagem das famílias possuem um NSE baixo, independentemente do grupo em que se encontram, vivem do salário mensal fixo e possuem o 2º ciclo de escolaridade. Estes dados são relevantes na conjuntura económica-política de Angola, porque neste contexto há uma relação linear direta entre o nível académico e o salário auferido pelo sujeito. No âmbito das forças armadas, o salário é consoante a patente. Sendo a patente de soldado a mais baixa, e, conseqüentemente o salário também é mais baixo (36.7% de soldados na totalidade da amostra). Em contrapartida registamos um número muito baixo de sujeitos portadores da patente mais alta, quer num grupo,

quer no outro, o que também explica os valores reduzidos relativamente ao NSE elevado (cf. Anexo A).

Em relação ao estudo de **consistência interna e estatística descritiva do QOL**, estimado pelo alfa de Cronbach, os dados do nosso estudo apresentam um alfa de .958, que se traduz numa fiabilidade elevada (Murphy & Davidsholder, 1988, citados por Maroco & Garcia-Marques, 2006), um pouco mais elevado ao obtido por Canavarro e colaboradores em 2006 ( $\alpha=.89$ ), e aproxima-se muito do valor encontrado no estudo original de McCubbin e colaboradores de 1985 ( $\alpha=.92$ ).

Atráves da análise da correlação entre os itens e o total da escala, observamos que as questões relativas à satisfação com a própria saúde (item 7) e sobre a quantidade de dinheiro que deve (item 32) são os itens que apresentam um índice de correlação mais baixo. Pensamos que os resultados obtidos no item da saúde se devem, sobretudo, às fracas condições de cuidados médicos existentes no Lubango, onde encontramos hospitais pouco apetrechados, quadro médico diminuto e com poucos especialistas, e pelo facto de quando são precisos exames ou um acompanhamento médico mais diferenciado, os sujeitos têm que viajar para Luanda, ou para o estrangeiro (Namíbia, África do Sul, Portugal), o que também, depende das condições financeiras de cada família. Poderão estar relacionados, de certa forma, com os dados de Heckman (2003, citado por Canavarro, 2009) onde o autor apresenta um modelo de compreensão da qualidade de vida na infeção VIH, no qual teoriza que a satisfação com a vida dos doentes infetados é função da discriminação associada ao VIH, barreiras no acesso aos cuidados de saúde e serviços sociais (e.g., distância geográfica, falta de transporte), bem-estar físico, apoio social e estratégias de *coping*.

Olhando para as estatísticas descritivas, e como a maioria dos sujeitos vive do vencimento mensal fixo, por vezes têm de recorrer a dívidas e empréstimos para poderem fazer frente com determinadas despesas ou obter determinados bens. Estes dados vão de encontro ao item com a média mais baixa que questiona “*Qual o seu nível de satisfação de poupança*”.

Por sua vez, o item com a média mais elevada “*Qual o seu nível de satisfação com os seus filhos?*”, dá-nos indicação que os filhos são, de facto, a riqueza das famílias do Sul de Angola, que vão funcionar como apoio moral, social e económico, até no caso de sujeitos com VIH e SIDA.

No que diz respeito ao **estudo de comparação entre os militares com e sem VIH e SIDA quanto ao QOL**, consideramos que os sujeitos do grupo de militares sem VIH e SIDA apresentam uma média apenas ligeiramente superior ao grupo de militares com VIH e SIDA no que concerne à qualidade de vida, possivelmente pela introdução de medicamentos cada vez mais poderosos na terapêutica antiretroviral, visto que atrasam a progressão do VIH e melhoram a sobrevivência (Canavarro, 2009; Polejack & Fortunato, 2002; Remor, 2002). Uma outra razão que poderá explicar estes resultados é a falta de conhecimento sobre os reais efeitos da doença, o facto de viverem numa instituição militar, onde conseguem obter os medicamentos, alimentação e outros cuidados básicos de forma gratuita e regular. E, possivelmente pela profissão que exercem, tendo-se já confrontado com várias situações adversas ao longo do seu

percurso profissional, parecendo encarar a doença como mais um acontecimento adverso que o próprio destino lhes trouxe. Estes dados vêm em consonância com a média elevada no item 15 do F-COPES, “*Aceitamos os acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida*”, e é congruente com o estudo realizado por Dias e colaboradores (2004), no qual os autores constataram uma falta de preocupação dos imigrantes africanos relativamente ao seu estado de seropositividade, obtendo relatos tais como “*o africano não encara a doença como uma preocupação (...), o povo africano é muito positivo*”(p. 216).

No que concerne aos resultados da **consistência interna e estatística descritiva do F-COPES**, também obtivemos um índice de fiabilidade elevado, também superior ao alfa obtido por Vaz-Serra e colaboradores (1990, citados por Relvas, 2009), uma vez que no nosso estudo o índice obtido foi de .931, e os autores obtiveram um alfa de .87.

Consideramos interessante o facto de os itens que apresentam um índice de correlação baixo “*Procuramos informação e conselhos junto do médico de família*” – item 9; e “*Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos dêem assistência*” – item 10, o primeiro item pode ser explicado pelo que anteriormente nos referimos, a falta de cuidados de saúde adequados e a inexistência de médicos de família no contexto angolano. O segundo item, não é muito congruente com a perspetiva do senso comum de que a comunidade angolana, em geral, e do sul, em particular, vê na vizinhança uma segunda família, podendo recorrer a ela em busca de auxílio. Talvez, por se tratar de uma doença onde impera um elevado nível de discriminação e de estigmatização, as pessoas tornam-se mais inibidas e tornam-se fechadas nelas mesmas, levando, muitas vezes ao isolamento social da família mencionado por Relvas (s.d).

Folkman e Moskowitz (2004, citados por Pereira & Canavarro, 2010) defendiam que uma das estratégias de *coping* utilizada por alguns indivíduos para lidar com situações adversas é a religião, o que é congruente com os dados que encontramos no nosso estudo, onde verificamos que o item do F-COPES com a média mais elevada é o 30 (“*Temos fé em Deus*”), o que demonstra que a população angolana é religiosa e que busca perante a Deus a solução para os seus problemas. Por sua vez, o item com a média mais baixa, o 9, (“*Procuramos informação e conselhos junto do médico de família*”) deve-se, ao facto de não existir a política de um médico de família para os utentes. Deste modo, as pessoas não podem recorrer a estes especialistas para pedir uma informação pontual ou conselhos. O que se verifica é a ida ao médico só em situações graves, e quando em contacto com a equipa médica, a comunicação é limitada à prescrição terapêutica. E, quando muito, a informação mais relevante é transmitida pelo corpo de enfermagem, por se mostrarem mais presentes e disponíveis para interagirem com os pacientes, aliando-se a isso o domínio por parte destes profissionais das línguas nacionais.

No que diz respeito ao **estudo de comparação entre os militares com e sem VIH e SIDA quanto ao F-COPES**, verificamos que os sujeitos do grupo de militares sem VIH e SIDA apresentam uma média ligeiramente superior ao grupo de militares com VIH e SIDA apesar da diferença não

alcançar o limiar de significância estatística, consideramos que para os militares sem a doença poderá ser um pouco mais fácil ativar os recursos do meio para lidar com situações de stress. Tal como recorrer a ajuda de terceiros, compartilhar as dificuldades que vão surgindo ao longo da vida com os familiares, procurar por conselhos e outros pontos de vista de pessoas que passaram por situações semelhantes, permite-lhes perceber o problema como um desafio e não um acontecimento destruidor e sobre o qual não têm controlo. Por outro lado, os sujeitos seropositivos pelas inibições que nos referimos acima (e.g., medo de contaminar os outros e do estigma) tendem a apresentar uma maior dificuldade em ativar os recursos adequados para lidar com os stressores decorrentes da doença.

Por fim, quanto ao **grau de associação entre os resultados totais do QOL e do F-COPES**, notamos que existe uma correlação moderadamente elevada entre a qualidade de vida e o *coping* familiar, assim quanto maior forem as atitudes e comportamentos de resolução de problemas das famílias em resposta ao problema vivenciado, melhor tende a ser a sua percepção da qualidade de vida e vice-versa. Consideramos que os nossos sujeitos utilizam as seguintes estratégias de *coping*, desde a crença em Deus, a ida à Igreja, e o uso de álcool (ainda que esta variável não tenha sido avaliada no nosso estudo, há relatos que apontam para um elevado consumo desta substância nos militares), e o próprio apoio social que recebem da instituição militar que vão influenciar no bem-estar subjetivo apresentado pelos sujeitos portadores do vírus. Ainda constatamos o uso de estratégias de *coping* focado nas relações interpessoais patente na média elevada do item 2 do F-COPES “*Procuramos encorajamento e apoio de amigos*”, realça que a busca pelo apoio dos amigos poderá dever-se, sobretudo, ao facto deles viverem aquartelados.

## VI – Conclusão

No nosso estudo pretendemos comparar a percepção das estratégias de *coping* familiar e a qualidade de vida dos sujeitos com e sem VIH e SIDA em contexto militar, em Angola. Os resultados alcançados no nosso estudo revelam que os dois grupos em análise (seropositivos e não seropositivos) não se diferenciam significativamente quer ao nível da qualidade de vida quer ao nível das estratégias de *coping* familiar. Contudo, apesar da natureza exploratória do nosso estudo, verificamos que existe uma associação estatisticamente significativa, moderadamente elevada e positiva entre as variáveis, o que poderá significar que quanto maior forem as atitudes e comportamentos de resolução de problemas das famílias em resposta ao problema vivenciado, melhor será a sua qualidade de vida.

As principais vantagens do nosso estudo são as seguintes: (a) o seu carácter inovador, uma vez que em Angola não encontramos nenhum estudo que aborde as variáveis de qualidade de vida e estratégias de *coping* em doentes com VIH e SIDA; (b) as implicações político-sociais, visto que procuramos sensibilizar os militares e a sociedade em geral para a importância de fomentar a qualidade de vida em portadores de doença

crónica (VIH e SIDA), de modo a atenuar o impacto económico decorrente da própria doença.

Consideramos os seguintes pontos como limitações do nosso estudo: (a) o facto de este ter sido realizado num contexto militar onde existe confidencialidade absoluta e não há uma grande abertura para se explorarem possíveis causas para os resultados encontrados e para a recolha de dados; (b) o tamanho reduzido da amostra para o universo dos militares; (c) a falta da presença da família nesta problemática, que poderia ser uma fonte rica de informação e de ajuda para conhecermos a realidade dos participantes; (d) o facto de não se ter adaptado e validado os instrumentos para a população angolana, daí haver uma impossibilidade de proceder aos estudos considerando as subescalas dos instrumentos utilizados. Acrescenta-se, ainda, a falta de cultura/hábito dos indivíduos em participar em estudos que impliquem o preenchimento de questionários e de exporem a sua vida a outrem, o baixo nível de escolaridade, o fraco domínio da língua portuguesa, uma vez que a maioria dos sujeitos expressava-se melhor no seu dialecto o que dificultava a compreensão de alguns itens do questionário, como também o estigma e a discriminação aos portadores do VIH e SIDA existentes no país fez com que os participantes não se sentissem muito à vontade para partilhar as suas experiências de vida.

Neste sentido, esperamos que este estudo impulse novas reflexões, que ajudem a implementar em Angola novas práticas de apoio aos militares em particular, e à sociedade em geral, nas famílias com VIH e SIDA. Nesta perspectiva, temos a expectativa de que novos estudos se façam de modo a explorar quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos militares, principalmente os portadores de VIH e SIDA, porque sabemos que uma grande percentagem da população angolana é militar, devido ao longo período de luta armada que o país vivenciou, visto que durante este período todos os jovens em idade militar, principalmente os rapazes, era obrigados a cumprir serviço. Para além disso, seria interessante um estudo que procurasse compreender como, na realidade, vivem os militares com e sem o VIH e SIDA em Angola. Por outro lado, seria igualmente importante avaliar o efeito das políticas de prevenção do VIH e SIDA e tentar perceber as causas subjacentes ao aumento constante desta doença em Angola. Neste sentido, o desenvolvimento de um estudo comparativo entre sujeitos ou famílias que foram alvo de apoio social dirigido à população seropositiva, e aqueles que não foram alvo deste tipo de intervenção, de modo a explorar as maiores dificuldades que o grupo que não foi alvo apresenta, seria uma boa estratégia a fim de se colmatar com políticas sociais efetivas.

Esperamos com este estudo, ter contribuído para o conhecimento sobre a qualidade de vida e estratégias de *coping* no seio dos militares com VIH e SIDA do Sul de Angola. Igualmente esperamos ter fornecido informações pertinentes aos profissionais de saúde do Hospital Militar, consciencializando-os para a necessidade de proporcionarem condições para uma vivência mais satisfatória, com maior acompanhamento psicológico do doente, fornecendo mais apoio a nível social e, a título de exemplo, criar grupos psicoeducativos durante o acompanhamento psicoterapêutico.

## Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Barreira, R. (2005). *Angola, 30 anos: Os grandes desafios do futuro: Educação, cultura, economia, saúde, tecnologia, democracia, direitos humanos, preservação do meio ambiente*. Luanda: Tipografia Peres.
- Baylor International Pediatric AIDS Initiative -BIPPAI. (2006). *Currículo do VIH*. Houston: BCM.
- Baylor International Pediatric AIDS Initiative - BIPPAI. (2010). *Currículo do VIH*. Houston: BCM.
- Canavarro, M. C. (2009). *Qualidade de vida em pessoas infetadas por VIH em Portugal: Validação do instrumento de avaliação da qualidade na infeção do VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de portugal-caracterização da qualidade de vida da população portuguesa infetada e estudo da relação entre saúde mental e qualidade de vida*. (Relatório científico).
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., Pintassilgo, A.L., & Ferreira, A. P. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de Avaliação da Qualidade de vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 15-28.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., & Vaz-Serra, A. (2006). Estudo psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27(2), 31-40.
- Canini, S., Reis, R., Pereira, L., Gir, E., & Pelav, N. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/SIDA: Uma revisão literária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 940-945.
- Correia, P. (2004). *Comportamento sexual de risco e depressão nos seropositivos da cidade do Lubango* (Tese de licenciatura não publicada). Instituto Superior de Educação do Lubango, Angola.
- Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., & Fernandes, M. J. (2004). Risco de infeção por VIH e Sida: Discussão-utilização- acesso aos serviços de saúde numa comunidade migrante: *Acta médica portuguesa*, 17, 211-218.
- Fleck, M. (2006). *O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas*. Porto Alegre: Brasil
- Gualda, D. M. R. (1998). Humanização do processo de cuidar. In T.I. Cianciarullo, F. M. Fugulin, & S. Andreoni, (Orgs.), *A hemodiálise em questão: Opção pela qualidade assistencial* (pp. 23-30). São Paulo: Ícone.
- Guido, L. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros do centro cirurgico e recuperação anestésica*. (Tese de doutoramento não publicada), Escolalopes de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- Hora, H., Monteiro, G., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção, 11*(2), 85-103.
- Jackson, H. (2002). *SIDA em África continente em crise*. Zimbabwe: Safaids.
- Lopes, M. V., & Fraga, M. N. (1998). Pessoas convivendo com HIV: Estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 6*(4), 75-81.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual é a fiabilidade do alfa do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboartório de Psicologia, 4*(1), 65-90.
- Nascimento, A. (2012). Dez anos de paz em Angola, (2002-2012). Acedido no *Boletim informativo da secretaria de Estado para o ensino superior de Angola*.
- Oliveira, C. (2007). *Percepção do impacto e da gravidade da doença crónica e família: Um estudo exploratório* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Cuidados a casos de SIDA*. Genebra: OMS.
- Pedroso, E., & Oliveira, R. (2007). *Clínica médica*. Belo Horizonte: Blackbook.
- Pereira, A. (2006). *Gestão do stress e da qualidade de vida*. Lisboa: Monitor.
- Pereira, E. (2005). *Pessoas convivendo com HIV: Construindo relações entre vivencia de estigma e Enfrentamento*. Pituba: Salvador.
- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2010). Determinantes da qualidade de vida dos doentes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 325-348). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Polejack, L., & Fortunato, L. (2002). Aids, psicodrama e conjugalidade: O desafio de com (viver). *Impulso (Piracicaba), 13*(32), 131-140.
- Regato, V. C., & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS: De nossos dias quem é responsável? *Estudo de Psicologia, 9*(1), 167-175.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2009). Stress, Coping e Qualidade de vida familiares: Projecto de investigação. *Mosaico, 43*,7-11.
- Relvas, A. P. (s.d.). *A família e a SIDA perspectiva sistémica*. (Documento não publicado).
- Remor, A. E. (2002). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Teoria e Pesquisa, 18*,283-287.
- Resende, M., Silva, R., Marques, T., & Abreu, M. (2008). Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *Psico, 2*(39), 232-239.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B.T., & Zannon, C. M. L. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e*

- Pesquisa*, 17, 225-234.
- Silva, J. (1996). *O apoio psicológico aos portadores do HIV/SIDA: Ação e vida: Respostas às epidemias do HIV/SIDA*. Belo Horizonte: Monole.
- Souto, B. G. A. (2008). *O HIV, seu portador e o tratamento anti-retroviral: Implicações existenciais*. São Paulo: ED UFS Car.
- Suzuki K. (2002). *Pesquisa sobre qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura*. (Tese de mestrado não publicada). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Teixeira, J. A. C. (2007). *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi.

## **ANEXOS**

Tabela A1

*Caracterização da Amostra: Caracterização Complementar*

Variável	Grupo SIDA n=30		Grupo controlo n=30		Amostra total N=60	
	n	%	n	%	n	%
<b>Patente</b>						
Cabo	2	6.7	5	16.7	7	11.7
Capitão	1	3.3	2	6.7	3	5.0
Major	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Sargento	9	30	6	20.3	15	25.0
Soldado	11	36.7	11	36.7	22	36.7
Sub insp	2	6.7	-	-	2	3.3
Tenente	4	13.3	5	16.7	9	15.0
<b>Religião</b>						
Católica	14	46.7	24	80	38	63.3
Evangélica	12	40	3	10	15	25.0
Adventista 7º dia	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Igreja Universal	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Outra	2	6.7	1	3.3	2	5.0
<b>Tipo de habitação</b>						
Apartamento	1	3.3	1	3.3	2	3.3
Vivenda	6	20	10	33.3	16	26.7
Pau-a-pique	0	0	1	3.3	1	1.7
Casa de adobe	23	76.7	18	60	41	68.3
<b>Número de quartos</b>						
1	6	20	6	20	12	20.0
2	4	13.3	8	26.7	12	20.0
3	6	20	11	36.7	17	28.3
4	4	13.3	3	10	7	11.7
5	4	13.3	1	3.3	5	8.3
6	3	10	1	3.3	4	6.7
7	1	3.3	-	-	1	1.7
8	1	3.3	-	-	1	1.7
10	1	3.3	-	-	1	1.7
<b>Número de salas</b>						
0	1	3.3	-	-	1	1.7
1	23	76.7	25	83.3	48	80.0
2	6	20	5	16.7	11	18.3
<b>Número de casas de banho</b>						
0	2	6.7	3	10	5	8.3
1	18	60	23	76.7	31	68.3
2	8	26.7	3	10	11	18.3
3	2	6.7	1	3.3	3	5.0
<b>Número de cozinha</b>						
0	3	10	3	10	6	10.0
1	26	86.7	27	90	53	88.3
2	1	3.3	-	-	1	1.7
<b>Água canalizada</b>						
Sim	25	83.3	26	86.7	51	85.0
Não	5	16.7	4	13.3	9	15.0
<b>Gás</b>						
Sim	25	83.3	25	83.3	50	83.3
Não	5	16.7	5	16.7	10	16.7
<b>Electricidade</b>						
Sim rede	26	86.7	25	83.3	51	85.0
Sim gerador	4	13.3	5	16.7	9	15.0

<b>Esgoto</b>						
Sim	26	86.7	26	86.7	52	86.7
Não	4	13.3	4	13.3	8	13.3
<b>Frigorífico</b>						
Sim	22	73.3	23	76.7	45	75.0
Não	8	26.7	7	23.3	15	25.0
<b>Fogão</b>						
Sim Gás/electricidade	25	83.3	25	83.3	50	83.3
Sim Lenha/carvão	5	16.7	5	16.7	10	16.7
<b>Televisão</b>						
Sim	25	83.3	25	83.3	50	83.3
Não	5	16.7	5	16.7	10	16.7
<b>Rádio</b>						
Sim	29	96.7	26	86.7	55	91.7
Não	1	3.3	4	13.3	5	8.3
<b>Computador</b>						
Sim	5	16.7	7	23.3	12	20.0
Não	25	83.3	23	76.7	48	80.0
<b>Internet</b>						
Sim	3	10	7	23.3	10	16.7
Não	27	90	23	76.7	50	83.3
<b>Meios de transporte</b>						
Automóvel	3	10	4	13.3	7	11.7
Motorizada	8	26.7	2	6.7	10	16.7
Bicicleta	3	10	4	13.3	7	11.7
Automóvel+						
Motorizada	4	13.3	1	3.3	5	8.3
Automóvel+motorizada+bicicleta	-	-	1	3.3	1	1.7
Outros			2	6.7	2	3.3
Nenhum	12	40	16	53.3	28	46.7



**Nome da investigação:** *Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de Vida em Angola: Estudo Exploratório com Doentes com VIH e SIDA em Contexto Militar*

**Esta investigação tem como objectivo:** Comparar a Perceção das Estratégias de Coping Familiar e da Qualidade de Vida dos Sujeitos com e sem o VIH e SIDA em Contexto Militar em Angola.

A colaboração de todos os participantes é VOLUNTÁRIA, e será absolutamente garantido o ANONIMATO e a CONFIDENCIALIDADE dos resultados.

### **NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS**

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

### **CONSENTIMENTO**

**Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.**

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

---

**(Assinatura)**



## 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

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



MI PSICOLOGIA  
FPCE-UC/UPRA  
2011/2012

### Questionário sociodemográfico

**Código:** \_\_\_\_\_

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

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

#### Dados de Identificação do próprio

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

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

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

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

**Profissão:** \_\_\_\_\_

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

#### Estado Civil:

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

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

União de facto \_\_\_\_\_

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

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

Viúvo(a) \_\_\_\_\_

#### Etnia:

Nhaneca \_\_\_\_\_

Umbundo \_\_\_\_\_

Quimbundo \_\_\_\_\_

Nganguela \_\_\_\_\_

Cuanhama \_\_\_\_\_

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

**Religião:**

Católica \_\_\_\_\_

Evangélica \_\_\_\_\_

Adventista do 7º Dia \_\_\_\_\_

Tokuista \_\_\_\_\_

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

Kimbanquista \_\_\_\_\_

Testemunhas de Jeová \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

**Área de residência:**

Centro de cidade \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Tipo de habitação**

Apartamento \_\_\_\_\_

Vivenda \_\_\_\_\_

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

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

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

**Características da habitação**

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

**Elerodomésticos 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) -----

**QUALIDADE DE VIDA**

## Formulário Parental

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

**Instruções:**

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

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

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

## F- COPEs

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

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

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

#### Objectivo

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

#### Instruções

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

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

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

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

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