



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

2012

Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana em Contexto Militar

Estêvão Baptista Chamuene (estevaochamuene@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Dra. Luciana Sotero e da Doutora Sofia Major

UC/FPCE

Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana em Contexto Militar.

Resumo: A malária é uma doença grave que constitui um problema de saúde pública, devido à sua alta incidência e às consequências que traz às pessoas afetadas pela doença, influenciando de forma negativa o potencial de desenvolvimento do sistema familiar, dos países, regiões e estados, pelos múltiplos custos que acarreta (WHO, 2009).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um estudo exploratório numa amostra angolana em contexto militar. A amostra é constituída por utentes militares que acorreram ao Hospital Militar da 5ª Região Sul e à 60ª Brigada da mesma Região, situada no Município da Matala, Província da Huíla. O protocolo de investigação envolveu os seguintes instrumentos de avaliação: um Questionário Sociodemográfico, um Questionário de Forças Familiares (QFF) e um Questionário da Qualidade de Vida (QOL). O QFF avalia as forças familiares e o QOL avalia o grau de satisfação das famílias. Quanto ao estudo de consistência interna, o resultado do alfa de Cronbach para a escala total foi de .740 e .769, respetivamente, sendo valores inferiores aos das versões originais. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados ao nível da resiliência familiar e qualidade familiar, numa direção mais favorável ao grupo de controlo.

Palavras-chave: QOL, QFF, Malária, Contexto Militar.

Quality of life and Family Resilience in Malaria: Exploratory Study of an Angolan Sample in Military Context.

Summary: Malaria is a serious disease that constitutes a public health problem, due to its high incidence and the consequences that brings to people affected by the disease, influencing negatively the development potential of the family system of the countries, regions and States, by multiple costs that entails (WHO, 2009).

The present work aims to present an exploratory study in an Angolan military sample in context. The sample is formed by military users flocked to the military Hospital of the 5th region South and another part of the sample was collected in the 60th Brigade of the same region, situated in the municipality of Matala, Huila Province. The research protocol involved the following assessment tools: a Demographic Questionnaire, a Family Forces survey (QFF) and a questionnaire of quality of life (QOL). The QFF evaluates the characteristics of the family and the QOL evaluates the degree of satisfaction of the families. For the internal consistency studies, result of Cronbach's alpha for the total scale was .740 and .769, respectively, lower than the original versions. Significant statistical differences were found between the two groups studied, in a more positive direction for the control group.

Keywords: QOL, QFF, Malaria, Military Context.

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida, por ter proporcionado momentos tão importantes para que esta formação fosse concretizada.

À Dr^a Luciana Sotero e à Doutora Sofia Major que, com o seu saber, puderam contagiar-me para que tivesse êxitos nesta longa caminhada.

À Professora Doutora Ana Paula Relvas, pelos primeiros passos sistémicos e apoio tão ímpar, prestado durante o estágio e acima de tudo o amor de mãe.

À esposa e aos filhos, que mesmo nos momentos difíceis para mim estiveram sempre ao meu lado emprestando o seu carinho e amor.

Aos colegas de uma forma geral pela ajuda, encorajamento e, em particular, o Francisco Muhongo Kamulombo e o Abel Pena com quem, em todos os momentos, partilhei as etapas desta formação.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| I- Enquadramento Conceptual..... | 2 |
| 1.1. Descrição da Malária..... | 2 |
| 1.2. Qualidade de Vida e Malária..... | 4 |
| 1.3. Família e Malária: Resiliência Familiar..... | 5 |
| II- Objetivos..... | 7 |
| III- Metodologia..... | 7 |
| 3.1. Amostra..... | 7 |
| 3.1.1. Procedimentos de recolha..... | 7 |
| 3.1.2. Caracterização da amostra..... | 8 |
| 3.2. Instrumentos..... | 10 |
| 3.3. Procedimentos estatísticos..... | 12 |
| IV- Resultados..... | 13 |
| 4.1. Estudo de consistência interna QFF..... | 13 |
| 4.2. Estudo de consistência interna QOL..... | 14 |
| 4.3. Resiliência familiar e qualidade de vida: Estudo comparativo de militares com e sem malária..... | 15 |
| 4.4. Estudo de correlação do QFF e QOL..... | 16 |
| V- Discussão..... | 16 |
| VI- Conclusões..... | 18 |
| Bibliografia..... | 19 |
| Anexos..... | 21 |

Introdução

A malária continua a ser a primeira causa de morte e de doença na África subsariana, onde a doença é endêmica em 45 países. A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que cerca de 86% ou 212 milhões do total dos episódios de malária no mundo, em 2006, ocorreram em África, com cerca de oito por cento destes ocorrendo em apenas 13 países. A maior proporção dos cerca de 1 milhão de mortes por malária (até 91%) ocorre em África, com uma larga proporção (80%) destas mortes verificando-se em crianças menores de cinco anos de idade (Programa Nacional do Controlo da Malária, n. d.).

Mesmo reconhecendo que tem aumentado o financiamento para o controlo da malária, as metas estabelecidas pela iniciativa *RollBack Malária* (Fazer Recuar a Malária, n. d.) e pelos países, individualmente, continuam longe de serem alcançadas (WHO, 2009).

A malária é uma doença grave que constitui um problema de saúde pública, devido à sua alta incidência e às consequências que traz às pessoas afetadas pela doença, influenciando significativamente o potencial de desenvolvimento dos países, regiões e estados, pelos múltiplos custos que acarreta (WHO, 2009).

A respeito da alta endemicidade da doença, o diagnóstico e o tratamento dos casos da malária vêm sendo incorporados nos serviços de saúde e o desenvolvimento da terapia antimalárica está associado a acentuadas reduções na morbimortalidade.

Apesar dos esforços empreendidos por governos e organizações no combate à doença, ainda são reconhecidas barreiras para o cuidado e controlo da malária e provêm tanto do sistema e serviços de saúde, como dos profissionais ou dos doentes. Na medida em que estes obstáculos impedem que o tratamento seja eficaz, é certo que consequências ocorrem tanto para o doente quanto para a família. Especificamente em relação à malária, sabe-se que o não cumprimento do tratamento como prescrito, afeta a melhoria e a cura do doente, leva ao desenvolvimento de resistência aos medicamentos, aumenta o risco de transmissão da doença, bem como representa uma perda económica substancial (Manual de Treino em Entomologia da Malária, 2008).

É por este conjunto variado de razões que se torna urgente e pertinente o estudo da Malária, não só ao nível da saúde física, como também da saúde psicológica, emocional e social dos doentes e suas famílias.

I – Enquadramento Conceptual

1.1. Descrição da Malária

A palavra malária tem origem italiana “*mau Aire*”, que significa “*mau ar*” ou ar contaminado (Neves, 1998; citado por Rodrigues A.,2004), pois antigamente acreditava-se que a doença era causada pelas exalações dos pântanos, principalmente africanos. A malária é então uma doença infecciosa aguda, causada por protozoários parasitas do género *Plasmódio*, transmitidos pela picada do mosquito fêmea do género *Anopheles*.

As manifestações clínicas da malária têm início após um período de incubação variável segundo a espécie de plasmódio causadora da infeção, sendo 12 dias para o *Plasmódio Vivax* e 15 dias para o *Plasmódio Falciparum*. Os sintomas são, entre outros, o mal-estar, agitação, sonolência, recusa alimentar, cefaleia, náuseas e podem ocorrer antes do aparecimento do auge febril (calafrio, febre e sudorese) que é característico da malária (Chongsuphajaisiddhi, 1988; Rey, 1992; Souza *et al.*, 2000; citados por Ventura, 2010).

O quadro de febre pode ter uma periodicidade de 48 horas (febre num determinado dia, apirexia nas 24 horas seguintes) ou de 72 horas (febre num determinado dia, apirexia nas 48 horas seguintes), dependendo da espécie de plasmódio. Outros sinais e sintomas observados na malária envolvem febre, cefaleia, anorexia, mialgia, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, tosse, palidez, iterícia, urina escura.

Segundo Moura *et al.* (1988; citados por Ventura, 2010) nem sempre é detetável a presença de hepatoesplenomegália à palpação abdominal, dado que ao estudarem uma série de crianças internadas com malária no hospital Pediátrico da Santa Casa de Misericórdia do estado do Pará, comprovaram 66,6% de hepatomegália e 88,9% de esplenomegália.

Em crianças maiores, os sinais e sintomas da malária assemelham-se àqueles observados nos adultos. Nos recém-nascidos, latentes e pré-escolares o quadro clínico da doença pode ser incomum, com ausência da tríade (febre, calafrio e sudorese). Nesse caso outros diagnósticos, como pneumonia, gastroenterite, hepatite, meningoencefalite podem ser suspeitos antes de pesquisar o plasmódio através da gota espessa (Randall & Seidel, 1985; de Souza *et al.*, 2000; citados por Ventura, 2010).

Resumindo, os principais sinais e sintomas da malária são: febre, calafrios, dores articulares, vômitos, anemia e convulsões. O sintoma clássico da malária é a ocorrência cíclica de frio súbito, seguido por tremores de calafrio, febre e sudorese que duram de 4 a 6 horas, ocorrendo a cada 2 dias nas infeções pelos protozoários *P. Vivax* e *P. Ovale*, e a cada 3 dias pelo *P. Malariae* (Elizabeth, 1982).

As comunidades rurais e pobres são as que mais sofrem com a malária, pela falta de conhecimento e medidas preventivas, taxa elevada de transmissão e difícil acesso aos serviços de saúde, levando à morte crianças e adultos (WHO, 2004). Esta é uma das mais comuns e sérias doenças tropicais sobretudo nas áreas onde é favorável a sua transmissão ao longo do ano, atingindo o ponto mais alto depois da época chuvosa (Dezembro a Abril). A intensidade da transmissão é

variável de ano para ano e de região para região, dependendo da precipitação, altitude e temperaturas (Garcia, Bandeira & Lise, 2009).

A transmissão mais comum é no interior das habitações, em áreas rurais e periféricas urbanas. A transmissão da malária pode ser dividida em natural e em induzida. Na transmissão natural o *Plasmódio* é introduzido no organismo humano através da picada de uma *fêmea de Anopheles* infetada, que suga o sangue humano necessário para o seu desenvolvimento ovular. Esta é portadora de *esporozóitos nas suas glândulas salivares* que irão desenvolver-se quando injetados no organismo humano (Andrade, 1986). A transmissão induzida ocorre quando há um erro ou descuido humano, por exemplo na transfusão de sangue, da gestante para o filho, antes ou durante o parto, acidentes de trabalho em hospitais e laboratórios (Barata, 1989).

Segundo Tadei *et al.* (1988), os dados sobre a espécie de *Anopheles* da malária, destacam a espécie do género *Anopheles* como principal responsável pela transmissão da doença. Ressaltam ainda a preponderância do estudo sobre o comportamento dos *anophelinos* em relação ao homem. Os índices de *anophelinos* sofrem variações, reduzindo ou aumentando de acordo com a temperatura do ar e da água, alterações ambientais, mudanças de inverno e verão (Tadei & Searpam, 1988).

O tratamento da malária envolve medidas de suporte, assim como medicamentos anti-maláricos. Com o tratamento apropriado a pessoa pode esperar a recuperação total da doença. O tratamento farmacológico da malária baseia-se na susceptibilidade do parasita aos radicais livres e substâncias oxidantes, morrendo este agente com concentração inferior às que causariam a morte para as células humanas (Andrade, 1986).

Os métodos usados para prevenir a disseminação da malária ou proteção das pessoas em áreas endémicas incluem: erradicação do mosquito, drogas profiláticas, prevenção de picadas de mosquitos através de repelentes e redes mosquiteiras, controlar a proliferação dos mosquitos com inseticidas e drenagem de pântanos e águas paradas onde eles depositam os seus ovos e evitar a permanência ao ar livre nos horários mais noturnos.

A malária mata 3 milhões de pessoas por ano, uma taxa de mortalidade que só é comparável à da SIDA e afeta mais de 500 milhões de pessoas todos os anos. É uma das mais frequentes causas de morte em crianças e mulheres grávidas (mata um milhão de crianças com menos de 5 anos de idade a cada ano). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a malária mata uma criança africana a cada 30 segundos, e muitas crianças que sobrevivem a casos severos sofrem danos cerebrais graves e têm dificuldades de aprendizagem (Vasconcelos, 2012).

Em Angola, a malária é a doença que tem provocado mais mortes. Segundo o diretor provincial da saúde do Zâire, em declarações ao Jornal de Angola, em 2010 foram registados 74.299 casos, que resultaram em 300 mortes. O responsável provincial explicou que o boletim de dados estatísticos sobre a epidemia na Província, referente ao ano de 2008, apresenta um registo de 66.779 casos de malária, que provocaram a morte de 272 pacientes. Em 2009, segundo Paulo Miguel João, 68.784 pessoas com malária foram atendidas nos postos de saúde das quais 398 pereceram com a doença (Paulo, 2011).

Segundo Peres (2010), médico de nacionalidade cubana em Angola, para

reduzir os índices de mortalidade por malária, deve-se intensificar a divulgação da informação sobre as medidas de prevenção da doença no seio das populações, principalmente as residentes no meio rural. De acordo com o especialista, o cumprimento pleno das medidas preventivas pode contribuir para a redução das mortes.

Nos últimos anos, Angola tem registado uma redução significativa de mortes por malária, pelo facto dos angolanos terem agora um maior conhecimento das medidas de prevenção da doença (Mule, 2012).

1.2. Qualidade de Vida e Malária

A investigação no âmbito da qualidade de vida tem contribuído bastante para a difusão do uso do termo, em várias áreas de utilização, assim como para a edificação de um corpo teórico que vai sustentando o estudo empírico da percepção da qualidade de vida dos indivíduos (Bramston, Chipuer & Pretty, 2005; citados por Simões, 2008).

A noção de qualidade de vida remonta à primeira metade do século XX, assente em indicadores sociais, mas passadas algumas décadas, o termo passou a ser aplicado em características de aspeto mais individualizado. Nos meados do mesmo século, termos como felicidade, satisfação com a vida e bem-estar aparecem na literatura como essenciais ao próprio conceito de qualidade de vida (Cummins, 2000; Rapley, 2003, citados por Simões, 2008). Todavia urge considerar que, durante um longo período de tempo, a qualidade de vida, a felicidade, a esperança, a coragem e outras vivências positivas eram tidas como subjetivas e por isso não eram estudadas em pesquisas (Diener, 2000, citado por Simões, 2008).

A OMS ao definir a saúde como sendo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença descobriu a forma de (re)construção de uma recente definição de qualidade de vida enquanto percepção individual que o sujeito tem em relação à posição que ocupa na vida, no âmbito cultural e de valores em que se insere, tendo como referência os seus objetivos, expectativas, padrões e interesses (Mercier, Péladeu & Tempier, 1998, citados por Simões, 2008).

Dito de outro modo, qualidade de vida não é mais senão o método utilizado para medir as condições de vida de um ser humano, abarcando o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além dos relacionamentos sociais, como a família e os amigos, também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida são abrangidas. Não deve ser confundida com o padrão de vida, que é a medida que quantifica a qualidade e quantidade de bens e serviços disponíveis (WHO, 2006).

Qualidade de vida é mais do que ter uma boa saúde física ou mental. É estar bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar bem, em equilíbrio. Isso pressupõe muitas coisas: hábitos saudáveis, cuidados com o corpo, atenção para a qualidade dos seus relacionamentos, balanço entre vida pessoal e profissional, tempo de lazer, saúde espiritual, etc.. Ser competente na gestão da própria saúde e estilo de vida deveria fazer parte das prioridades de todos. A malária interfere na qualidade de vida das pessoas doentes, pois vai

desproporcionar o bem físico, mental, psicológico, emocional para além de relacionamentos sociais como família e amigos, a saúde, educação, poder de compra, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida de um indivíduo (WHO, 2006).

Cummins (2000, citado por Simões, 2008) definiu a qualidade de vida como sendo composta, ao mesmo tempo, por domínios objetivos e subjetivos, que englobam o bem-estar material, a saúde, a produtividade, a intimidade, a segurança, o bem-estar emocional e social. Qualidade de vida pode ser definida como um esforço contínuo pela excelência e uma conformidade a especificações ou linhas de orientação (Davis, 1994, citado por Simões, 2008).

Jonas (1986) afirmou que os objetivos da garantia e melhoria da qualidade são assegurar a prestação de cuidados de saúde ao paciente e demonstrar os esforços do prestador de cuidados para fornecer os melhores resultados.

Na vertente do domínio objetivo a qualidade de vida pode ser cotada quer pelo indivíduo, quer por um analista externo, como por exemplo, por meio da apreciação das condições sócio-económicas da pessoa. Por outra, o domínio subjetivo da qualidade de vida, provém da compreensão que o indivíduo tem acerca das mesmas condições (Selene, 2000) Este enunciado fortaleceu a concepção de que o conceito de qualidade de vida é multidimensional, concebendo os fatores objetivos (educação e salário) e os fatores subjetivos (satisfação, bem-estar, felicidade).

De acordo com Rapley (2003, citado por Simões, 2008), o caráter mais subjetivo da noção da qualidade de vida está relacionado com a auto-avaliação do sujeito acerca das suas condições ambientais e o tipo de apoio que recebe da família e amigos, dado que estes parecem determinar a compreensão de bem-estar emocional de um indivíduo. A pesquisa feita por Olson e colaboradores (1983; citados Simões, 2008), de onde resultou uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, mostrou que a qualidade de vida está claramente relacionada com o grau de satisfação alcançada.

1.3. Família e Malária: Resiliência Familiar

A família é a rede inicial de relações de um indivíduo e funciona como uma matriz de identidade, dando a possibilidade de pertença a um grupo específico e também de ser separado e ter participação em subsistemas e grupos sociais externos (Goes, 2009).

Segundo Paterson (2002), a noção de resiliência familiar tem sido definida de forma distinta entre terapeutas e investigadores. De uma forma geral, os terapeutas usam o construto para designarem a capacidade da família para lidar, com sucesso, com a adversidade, estando mais próximos do conceito de forças familiares. De acordo com esta definição, não se torna claro se, ou como, esta capacidade familiar se distingue de fatores familiares protetores. Os investigadores entendem, por sua vez, a resiliência como um processo no qual há interações entre fatores de risco e fatores protetores relativamente a um dado resultado.

Walsh (2005) acredita no pensamento positivo e afirma que a confiança no êxito nos encoraja a exibir comportamentos que aumentem a probabilidade de

que ele ocorra.

Carmello (2004) refere que muitos indivíduos encaram facilmente as adversidades encontradas no seu caminhar por agirem, de certa forma, como soldados que observam e interpretam cada nova missão como uma nova fase a ser superada ao que a gratificação pelo sucesso será a superação da adversidade.

Dito de outro modo, uma das estratégias para superar as dificuldades ou traumas que afetam as famílias é a resiliência. Alguns autores enfatizam a capacidade de “fazer as coisas bem”, “apesar das dificuldades”, somando-se a esta uma “faculdade de construção positiva” (Vicente, 1996; citado por Sousa, 2009). Longe desta dissertação afirmar que, o ser humano é invulnerável e perfeito, onde todos os eventos da vida são controláveis, que sempre consegue atingir metas de bem-estar físico, social ou económico. É um recurso interno desenvolvido a partir das vivências que enfrentamos para lidar com os desafios da vida. Se “usarmos a perspectiva psicanalítica, podemos afirmar que o sujeito lida com os conflitos por meio da sublimação e este processo é possível em grande parte por uma relação com o objeto inteiro” (Vicente, 1996, citado por, Sousa, 2009).

A Psicologia citada anteriormente, ainda afirma que, resiliência “é um fenómeno psicológico construído. E não é tarefa do sujeito sozinho. As pessoas resilientes, contaram com a presença de figuras significativas, estabeleceram vínculos, seja de apoio, seja de admiração”. Tais experiências de aderência facilitaram o desenvolvimento da auto-estima e auto-confiança.

Em contrapartida à resiliência apresenta-se o modelo de desesperança em que as pessoas se encontram frágeis ao que acontece com elas e limitadas nas suas habilidades de lidar com a situação (Vicente, 1996; citado por Sousa, 2009).

Portando, segundo Vicente (1996), “para ver se o desenvolvimento das potencialidades do sujeito não foi afetado negativamente pelas situações de risco vividas” a autora sugere “identificar se o sujeito é capaz de amar, de trabalhar e se assume seus direitos e deveres enquanto cidadão”.

Esta potencialidade começa na maioria das vezes, no interior da família, progride para escola, depois no trabalho, na comunidade, podendo identificar os elementos de resiliência nas instituições humanas.

Mangham e colaboradores (1996; citados por Sousa, 2009) identificaram os seguintes elementos chave da resiliência familiar: a) estabilidade: entendida como a rutura interna e senso de permanência; b) coesão: senso de afeto mútuo, companheirismo e segurança; c) adaptabilidade: habilidade coletiva para adaptar-se às mudanças e continuar funcionando a ressentimento das condições adversas; d) repertório de estratégias e atitudes para superar situações stressantes; e) redes de suporte para entender as capacidades da família através de outros familiares, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, etc..

Em suma, a noção de resiliência para a saúde (Silva, 2003; citado por Sousa, 2009), em particular para os profissionais de saúde, traduz-se num dos passos prováveis para que os profissionais de saúde possam investir e dar realce às potencialidades dos seres humanos.

II-Objetivos

2.1- Objetivo Geral

Este trabalho de investigação tem como objetivo principal avaliar a perceção da resiliência familiar e da qualidade de vida de sujeitos com e sem malária numa amostra angolana, em contexto militar.

2.2-Objetivos específicos

a) Caracterizar as duas subamostras de sujeitos com e sem malária ao nível das variáveis sociodemográficas e familiares.

b) Analisar a consistência interna dos itens do Qualidade de Vida (QOL) e do Questionário de Forças Familiares (QFF).

c) Comparar as duas subamostras, com e sem malária, ao nível da qualidade de vida dos sujeitos e da perceção da resiliência familiar.

d) Analisar o grau de associação entre o resultado total do QOL e do QFF.

III – Metodologia

3.1- Amostra

3.1.1- Procedimentos de recolha

A amostra é constituída por utentes militares que acorreram ao Hospital Militar da 5ª Região Sul e à 60ª Brigada da mesma Região, situada no Município da Matala, Província da Huíla. O processo de seleção da amostra aconteceu entre os meses de janeiro e março de 2012. Desta feita, no Hospital Militar foram selecionados para a amostra todos os militares que acorreram a essa unidade e que se encontravam internados por malária (grupo experimental). Os sujeitos militares não doentes (grupo controlo) foram selecionados na 60ª Brigada, no Município da Matala.

Com o objetivo de uniformizar o processo de aplicação dos instrumentos, os participantes foram todos informados sobre a investigação, a voluntariedade da sua participação e foi dada a garantia absoluta do anonimato e da confidencialidade dos resultados. Para o efeito todos os participantes do estudo assinaram um consentimento informado. Desta forma, ficou patente que sempre que possível o preenchimento dos instrumentos seria feito individualmente. Durante o preenchimento dos instrumentos evitou-se ao máximo possível a comunicação entre os sujeitos e na eventualidade de surgirem dúvidas no decurso da sua aplicação estes deviam pronunciar-se para mais esclarecimentos. A este propósito convém notar que alguns dos participantes sentiram bastantes dificuldades em preencher os instrumentos.

A aplicação dos instrumentos obedeceu assim a uma ordem previamente estabelecida: Consentimento Informado, Questionário Sociodemográfico, Questionário de Forças Familiares e, por último, Qualidade de Vida.

3.1.2- Caracterização da amostra

A presente pesquisa teve como sustento a consideração de uma amostra total de 60 sujeitos, de entre estes, 30 foram doentes que contraíram malária e os outros 30 sujeitos sem malária.

A caracterização da amostra deste trabalho encontra-se no Quadro 1, sendo possível verificar que 86.7% ($n= 52$) dos sujeitos é do sexo masculino e 13.3% ($n= 8$) do sexo feminino. A idade mínima dos inquiridos é de 22 anos e a idade máxima é de 58 anos, sendo a média de idades de 36.35 anos ($DP= 7.70$). No que toca às habilitações literárias, 43.4% ($n=13$) dos sujeitos têm o 4º ano, 96.8% ($n=29$) o 9º ano, 46.3 ($n=14$) o 12º ano e 13.3% ($n= 4$) o ensino superior. No estado civil a união de facto é a categoria mais representada na nossa amostra com 36.7% ($n=22$), seguida de solteiro 33.3% ($n=20$), casado 18.3% ($n=11$), viúvo 6.7% ($n= 4$). Relativamente à etnia, 46.7% ($n=28$) é Umbundo, 26.7% ($n=16$) Nhaneca, 8.3% ($n=5$) Quimbundo, 6.7% ($n=4$) Nganguela, 6.7% ($n=4$) e Cuanhama 5% ($n=3$). Em termos da religião, 53.3% ($n=32$) dos sujeitos inquiridos são Católicos, 23.3% ($n=14$) Adventista do 7º dia e as categorias menos representadas são 1.7% ($n=1$) Tokuista e da Igreja Universal do Reino de Deus. Relativamente à área de residência, 76.7% ($n=46$) vivem nos arredores da cidade/bairro, 15% ($n=9$) vivem no centro da cidade, 5% ($n=3$) vivem em aldeia/quimbo e 3.3% ($n=2$) vivem na comuna/sede. No que respeita ao tipo de habitação, verifica-se que 76.7% ($n=46$) vive em casas de adobe, 16.7% ($n=10$) vive em vivendas, 5% ($n=3$) vive em casa de pau-a-pique/cubata e 1.7% ($n=1$) vive em Apartamento. Quanto à fonte de rendimento, 96.7% ($n=58$) tem como fonte de rendimento o vencimento mensal, enquanto apenas 1.7% ($n=1$) dos sujeitos indicam como fonte de rendimento os lucros e investimentos ordenados, verificando-se a mesma percentagem de sujeitos para a riqueza herdada/adquirida. Por fim, no que diz respeito ao nível socioeconómico, 98.3% ($n=59$) dos participantes no estudo têm um nível socioeconómico baixo e 1.7% ($n=1$) o nível médio.

Quadro 1
Caracterização da Amostra (Variáveis sociodemográficas)

| Variáveis | Grupo Malária n=30 | | Grupo Controlo n=30 | | Amostra Total N=60 | |
|---------------------------|-----------------------|------|------------------------|------|-----------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 26 | 86.7 | 26 | 86.7 | 52 | 86.7 |
| Feminino | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | 8 | 13.3 |
| Idade | | | | | | |
| 22-30 A | 7 | 23.3 | 6 | 20 | 13 | 21.7 |
| 31-40 A | 13 | 43.3 | 18 | 60 | 31 | 51.7 |
| 41-58 A | 10 | 33.3 | 6 | 20 | 16 | 26.6 |
| Nível escolaridade | | | | | | |
| Até 4º ano | 6 | 20 | 7 | 23.3 | 13 | 21.7 |
| Até 9º ano | 13 | 43.3 | 16 | 53.3 | 29 | 48.3 |
| Até 12º ano | 10 | 33.3 | 4 | 13.3 | 14 | 23.3 |
| Superior | 1 | 3.3 | 3 | 10 | 4 | 6.7 |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteiro | 9 | 30 | 11 | 36.7 | 20 | 33.3 |
| Casado | 5 | 16.7 | 6 | 20 | 11 | 18.3 |
| União fato | 9 | 30 | 13 | 43.3 | 22 | 36.7 |
| Divorciado | 3 | 10 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| Viúvo | 4 | 13.3 | 0 | 0 | 4 | 6.7 |
| Etnia | | | | | | |
| Nhaneca | 11 | 36.7 | 5 | 16.7 | 16 | 26.7 |
| Umbundo | 12 | 40 | 16 | 53.3 | 28 | 46.7 |
| Quimbundo | 3 | 10 | 2 | 6.7 | 5 | 8.3 |
| Nganguela | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | 4 | 6.7 |
| Cuanhama | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | 4 | 6.7 |
| Outras | 0 | 0 | 3 | 10 | 3 | 5 |
| Profissão | | | | | | |
| Militar | 28 | 93.3 | 30 | 100 | 58 | 96.7 |
| Polícia | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 2 | 3.3 |
| Patente | | | | | | |
| Agente | 2 | 6.7 | 0 | 0 | 2 | 3.3 |
| Cabo | 8 | 26.7 | 7 | 23.3 | 15 | 25 |
| Capitão | 6 | 20 | 4 | 13.3 | 10 | 16.7 |
| Ofic. Sup. | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.7 |
| Sargento | 6 | 20 | 10 | 33.3 | 16 | 26.7 |
| Soldado | 0 | 0 | 7 | 23.3 | 7 | 11.7 |
| Subtenente | 3 | 10 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| Tenente | 3 | 10 | 2 | 6.7 | 5 | 8.3 |
| Tenente-coronel | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.7 |
| Área Residência | | | | | | |
| Centro da cidade | 5 | 16.7 | 4 | 13.3 | 9 | 15 |

| | | | | | | |
|-------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Arredor cid/Bairro | 23 | 76.7 | 23 | 76.7 | 46 | 76.7 |
| Aldeia/Quimbo | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 | 3 | 5 |
| Comuna/Sede | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | 2 | 3.3 |
| Tipo Habitação | | | | | | |
| Apartamento | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.7 |
| Vivenda | 6 | 20 | 4 | 13.3 | 10 | 16.7 |
| Pau-a-pique | 0 | 0 | 3 | 10 | 3 | 5 |
| Casa de adobe | 23 | 76.7 | 23 | 76.7 | 46 | 76.7 |
| Fonte rendimento | | | | | | |
| Vencimento Mensal | 29 | 96.7 | 29 | 96.7 | 58 | 96.7 |
| Riqueza herd./adquirida | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 1 | 1.7 |
| Lucros,invest.ordenados | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.7 |
| NSE | | | | | | |
| Baixo | 30 | 100 | 29 | 96.7 | 59 | 98.3 |
| Médio | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 1 | 1.7 |

Conforme é possível verificar pela análise do Quadro 2, no que tange ao agregado familiar, 33.3% ($n=20$) tem um agregado de seis elementos, 25% ($n=15$) de cinco, 20% ($n=12$) de quatro, 8.3% ($n=5$) de três, 5% ($n=3$) de dois, 5% ($n=3$) de sete e 3.3% ($n=2$) de oito elementos no agregado familiar. De referir ainda que 98.3% ($n=59$) dos inquiridos têm filhos e 1.7% ($n=1$) não têm filhos. Quanto ao número de filhos, a média dos sujeitos (31.7%; $n=19$) têm quatro filhos e apenas 1.7% ($n=1$) não tem filhos.

Quanto à etapa do ciclo vital da família, baseámo-nos nas categorias enumeradas por Relvas (1996; formação de casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, famílias com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos), sendo de salientar que a maioria das famílias da nossa amostra se encontra na etapa do ciclo vital das famílias com filhos adolescentes 35% ($n=21$).

No sentido de analisar se os dois grupos de militares são equivalentes quanto às variáveis sexo, estado civil e área de residência efetuaram-se uma série de testes de *Qui-Quadrado*. Para a variável sexo, encontramos uma total equivalência entre os dois grupos, $X^2(1)=0.00$, $p=1.000$ (cada grupo com 26 homens e quatro mulheres). Quanto ao estado civil, $X^2(4)=8.018$; $p=.091$, e área de residência, $X^2(3)=.444$, $p=.931$ pode afirmar-se que os grupos são equivalentes. Relativamente ao nível de escolaridade os dois grupos demonstraram resultados estatisticamente significativos, $X^2(2) = 17.846$, $p=.037$, indicando que não são equivalentes para esta variável.

Quadro 2**Variáveis familiares (Agregado familiar, número de filhos e etapa do ciclo vital)**

| Variáveis | Grupo Malária n=30 | | Grupo Controlo n=30 | | Amostra Total N=60 | |
|-----------------------------|-----------------------|------|------------------------|------|-----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Agregado Familiar | | | | | | |
| 2 | 3 | 10 | 0 | 0 | 3 | 5.0 |
| 3 | 2 | 6.7 | 3 | 10 | 5 | 8.3 |
| 4 | 7 | 23.3 | 5 | 16.7 | 12 | 20.0 |
| 5 | 9 | 30 | 6 | 20 | 15 | 25.0 |
| 6 | 8 | 26.7 | 12 | 40 | 20 | 33.3 |
| 7 | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 | 3 | 5.0 |
| 8 | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 2 | 3.3 |
| Número Filhos | | | | | | |
| 0 | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.7 |
| 1 | 4 | 13.3 | 3 | 10 | 7 | 11.7 |
| 2 | 3 | 10 | 5 | 16.7 | 8 | 13.3 |
| 3 | 12 | 40 | 6 | 20 | 18 | 30.0 |
| 4 | 7 | 23.3 | 12 | 40 | 19 | 31.7 |
| 5 | 3 | 10 | 2 | 6.7 | 5 | 8.3 |
| 6 | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 2 | 3.3 |
| Etapa Ciclo Vital | | | | | | |
| Formação de casal | 1 | 3.3 | 0 | 0 | 1 | 1.7 |
| Família filhos pequenos | 4 | 13.3 | 7 | 23.3 | 11 | 18.3 |
| Família filhos na escola | 7 | 23.3 | 11 | 36.7 | 18 | 30.0 |
| Família filhos adolescentes | 11 | 36.7 | 10 | 33.3 | 21 | 35.0 |
| Família filhos adultos | 7 | 23.3 | 2 | 6.7 | 9 | 15.0 |

3.2-Instrumentos

O presente estudo comportou um protocolo constituído por três questionários: *Ficha de Dados Sociodemográficos*, *Questionário de Forças Familiares (QFF)* e *Qualidade de Vida (QOL)*.

Conforme já foi referido, antes do preenchimento dos instrumentos, os participantes foram informados (Consentimento Informado) sobre a investigação, o seu objetivo geral, esclarecendo-se os mesmos sobre o carácter voluntário, a garantia de anonimato e de confidencialidade dos resultados (cf. Anexo 2).

3.2.1- Questionário Sociodemográfico

O *Questionário Sociodemográfico* procura descrever os dados do sujeito, relativamente ao sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, etnia, religião, composição do agregado familiar, área de residência, tipo e características da habitação, principal fonte de rendimento, etapa do ciclo vital e nível socioeconómico (cf. Anexos 3 e 4).

3.2.2- Questionário de Forças Familiares

O *Questionário de Forças Familiares* (Melo & Alarcão, 2007, citados por Mendes, 2008) é composto por 29 itens que descrevem características relativas ao funcionamento familiar, de acordo com o seu sistema de crenças, processos organizacionais, comunicação e resolução de problemas. Os sujeitos avaliam assim até que ponto as afirmações do instrumento são parecidas ou descrevem aquilo que se passa na sua família. Para isso é utilizada uma escala de resposta com cinco valores (1 - Nada parecidas; 2 - Pouco parecidas; 3 - Mais ou menos parecidas; 4 - Bastante parecidas; 5 - Totalmente parecidas) (cf. Anexo 5).

3.2.3- Qualidade de Vida

O formulário *Quality of Life*, de David H. Olson e Howard L. Barnes (1982; citados por Oliveira C., 2007), foi construído com a finalidade de medir o sentimento individual de bem-estar ou de satisfação com a vida.

Nesta investigação empregamos uma versão portuguesa traduzida e adaptada por uma equipa de cinco elementos (bilingues), obedecendo à metodologia da Organização Mundial de Saúde (Canavarro & Cols, 2006, citados por Simões, 2008). O questionário sobre *qualidade de vida (QOL)* avalia o nível de satisfação do sujeito, de acordo com a forma como se sente em relação a cada um dos 40 itens constantes no instrumento, pedindo-se aos participantes para assinalarem qual o seu nível de satisfação com a situação em que vive. Para isso utilizam uma escala tipo *Likert* (1 - Insatisfeito; 2 - Pouco satisfeito; 3 - Geralmente satisfeito; 4 - Muito satisfeito; 5 - Extremamente satisfeito). Quanto à cotação, a um resultado mais alto equivale um maior nível de satisfação com a qualidade de vida.

Deste modo, a utilização do instrumento *Qualidade de Vida* permite-nos compreender e avaliar a satisfação que cada sujeito sente em relação às dimensões nele constantes, e que será continuamente o resultado do vínculo que se emprega entre os seus interesses e necessidades individuais e a realidade vivida numa determinada circunstância (cf.6).

3.3- Procedimentos estatísticos

Para a efetivação deste estudo, foram feitas as análises estatísticas, com a utilização do programa informático SPSS, versão 17.0.

Foram utilizadas as seguintes análises estatísticas:

- a) Estudo de frequências e estatística descritiva para permitir a caracterização da amostra.
- b) Teste do *Qui-Quadrado* para analisar a equivalência dos dois grupos.
- c) O alfa de Cronbach, para estudar a consistência interna do QFF e do QOL.
- d) O teste *t* para amostras independentes permitiu comparar os dois grupos quanto ao resultado total do QOL e do QFF.
- e) O coeficiente de correlação de Pearson para analisar o grau de associação entre os resultados totais do QOL e do QFF.

IV – Resultados

4.1. Estudo de consistência interna QFF

No que diz respeito à estatística descritiva dos itens do QFF, os dados apresentados no Quadro 3 permitem-nos deduzir que o item com a média mais elevada é o item 29 ($M= 3.88$; $DP= 1.15$). Por sua vez, o item com a média mais baixo é o 1 ($M= 2.28$; $DP= 1.60$).

Quadro 3

Estudo estatística descritiva e alfa de Cronbach: QFF

| Item | <i>M</i> | <i>DP</i> | Correlação Item- Total | Alfa de Cronbach Eliminação Item |
|-------|----------|-----------|---------------------------|-------------------------------------|
| QFF1 | 2.28 | 1.60 | .402 | .723 |
| QFF2 | 2.97 | 1.01 | .517 | .721 |
| QFF3 | 3.45 | 0.91 | .415 | .727 |
| QFF4 | 3.77 | 1.08 | .222 | .736 |
| QFF5 | 3.80 | 1.29 | .080 | .744 |
| QFF6 | 3.42 | 1.20 | .116 | .742 |
| QFF7 | 3.10 | 1.12 | .133 | .740 |
| QFF8 | 2.92 | 1.28 | .132 | .741 |
| QFF9 | 2.82 | 1.40 | .248 | .734 |
| QFF10 | 2.93 | 1.27 | .490 | .719 |
| QFF11 | 3.12 | 1.33 | .441 | .721 |
| QFF12 | 3.15 | 1.26 | .343 | .728 |
| QFF13 | 3.50 | 1.28 | .161 | .740 |
| QFF14 | 3.78 | 1.11 | .233 | .735 |
| QFF15 | 3.62 | 1.15 | .216 | .736 |
| QFF16 | 3.63 | 1.22 | .219 | .736 |
| QFF17 | 2.97 | 1.71 | .360 | .726 |
| QFF18 | 3.35 | 1.06 | .608 | .715 |
| QFF19 | 3.32 | 0.98 | .239 | .735 |
| QFF20 | 3.45 | 1.20 | .092 | .743 |
| QFF21 | 3.47 | 1.38 | .000 | .751 |
| QFF22 | 3.35 | 1.31 | .083 | .745 |
| QFF23 | 3.17 | 1.21 | .380 | .726 |
| QFF24 | 3.07 | 1.22 | .278 | .732 |
| QFF25 | 3.35 | 1.38 | .336 | .728 |
| QFF26 | 3.22 | 1.18 | .282 | .732 |
| QFF27 | 3.22 | 1.20 | .167 | .739 |
| QFF28 | 3.58 | 1.09 | .296 | .732 |
| QFF29 | 3.88 | 1.15 | .121 | .741 |

O alfa de Cronbach é um procedimento estatístico que se utiliza para analisar a consistência interna das escalas de Likert (Almeida & Freire, 2003). Para este estudo, procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach para o resultado total de QFF, tendo obtido um resultado de .740, o que constitui um valor

adequado para investigação (Pestana & Gageiro, 2003). No sentido de analisar se a eliminação de algum dos 29 itens do QFF poderia melhorar a consistência interna, procedeu-se a uma análise da correlação item-total corrigida e do valor do alfa de Cronbach com eliminação do item. A título de exemplo, observou-se que diversos itens apresentam um funcionamento mais fraco (e.g., 5, 6, 7, 8, 13, 20, 21 e 22) com correlações com o total da escala abaixo de .20. Os itens 5 “Na minha família tomamos decisões em conjunto” e 21 “Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão” apresentam correlações baixas (.080 e .000, respetivamente). Se os referidos itens forem eliminados, verificar-se-á um aumento do alfa de .740 para .744 e .751, respetivamente (cf. Quadro 3).

4.2-Estudo de consistência interna QOL

No tocante à estatística descritiva dos itens do QOL, os dados anunciados no Quadro 4 permitem-nos concluir que a média mais elevada é a do item 1 ($M= 4.02$; $DP= 0.93$) e o item com a média mais baixa é o 17 ($M= 1.85$; $DP= 1.19$).

Para o nosso estudo, calculou-se o alfa de Cronbach para o resultado total do QOL, alcançando um valor total de .769, considerado adequado para a investigação (Pestana & Gageiro, 2003). Para analisar se a remoção de alguns dos itens do QOL levariam a um aumento da consistência interna, observamos que vários itens apresentam um correlações com a totalidade da escala inferiores a .20 (e.g., itens 4, 5, 6, 7, 8, 23, 25 e 33) denunciando um pior funcionamento. Os itens 4 “Satisfação com o número de crianças na sua família” e 8 “Satisfação com a saúde dos outros membros da família” apresentam correlações baixas ou negativas (.035 e -.019). Se os itens em referência forem eliminados, notaremos um aumento do alfa de Cronbach para .771 e .774, respetivamente (cf. Quadro 4).

Quadro 4

Estudo estatística descritiva e alfa de Cronbach: QOL

| Item | <i>M</i> | <i>DP</i> | Correlação Item-Total | Alfa de Cronbach Eliminação do Item |
|--------|----------|-----------|-----------------------|-------------------------------------|
| QOL 1 | 4.02 | 0.93 | .318 | .762 |
| QOL2 | 3.88 | 0.87 | .352 | .761 |
| QOL 3 | 3.80 | 0.94 | .220 | .765 |
| QOL 4 | 3.27 | 0.94 | .035 | .771 |
| QOL 5 | 2.50 | 1.14 | .040 | .772 |
| QOL 6 | 2.60 | 1.08 | .063 | .771 |
| QOL 7 | 2.78 | 1.17 | -.182 | .782 |
| QOL 8 | 3.12 | 1.08 | -.019 | .774 |
| QOL 9 | 2.95 | 1.24 | .164 | .768 |
| QOL 10 | 3.12 | 1.09 | .380 | .758 |
| QOL 11 | 3.12 | 1.09 | .421 | .757 |
| QOL 12 | 2.80 | 1.22 | .144 | .768 |
| QOL 13 | 2.70 | 1.25 | .138 | .769 |
| QOL 14 | 2.43 | 1.27 | .477 | .753 |

| | | | | |
|--------|------|------|-------|------|
| QOL 15 | 2.33 | 1.12 | .387 | .758 |
| QOL 16 | 2.92 | 1.29 | .493 | .752 |
| QOL 17 | 1.85 | 1.19 | .222 | .765 |
| QOL 18 | 2.32 | 0.98 | .439 | .757 |
| QOL 19 | 2.67 | 1.00 | .595 | .751 |
| QOL 20 | 3.07 | 1.30 | .530 | .750 |
| QOL 21 | 3.88 | 1.32 | .153 | .768 |
| QOL 22 | 3.52 | 0.95 | .097 | .769 |
| QOL 23 | 3.17 | 0.79 | -.072 | .773 |
| QOL 24 | 2.43 | 0.93 | .289 | .763 |
| QOL 25 | 2.35 | 1.34 | -.150 | .783 |
| QOL 26 | 2.52 | 1.07 | .158 | .767 |
| QOL 27 | 2.70 | 1.09 | .372 | .759 |
| QOL 28 | 2.98 | 1.30 | .368 | .758 |
| QOL 29 | 3.37 | 1.50 | .361 | .758 |
| QOL 30 | 3.03 | 1.10 | .414 | .757 |
| QOL 31 | 2.80 | 0.84 | .357 | .761 |
| QOL 32 | 2.37 | 1.10 | .244 | .764 |
| QOL 33 | 2.50 | 1.46 | -.116 | .783 |
| QOL 34 | 2.55 | 0.98 | .168 | .767 |
| QOL 35 | 3.13 | 0.91 | .254 | .764 |
| QOL 36 | 3.22 | 1.03 | .351 | .760 |
| QOL 37 | 3.45 | 1.40 | .340 | .759 |
| QOL 38 | 3.15 | 1.19 | .391 | .758 |
| QOL 39 | 2.50 | 1.19 | .550 | .750 |
| QOL 40 | 3.02 | 1.27 | .186 | .767 |

4.3- Resiliência familiar e qualidade de vida: Estudo comparativo em militares com e sem malária

Para comparar a percepção da resiliência familiar nos dois grupos efetuou-se um teste *t* para amostras independentes, constatando-se que existem diferenças estatisticamente significativas, $t(58) = -6.186$, $p < .001$, o que nos permite concluir que os militares sem malária têm uma melhor percepção sobre a resiliência familiar ($M=103.43$; $DP=12.48$) face aos militares com malária ($M=87.83$; $DP=5.93$).

Igualmente fez-se a comparação da percepção da qualidade de vida em ambos grupos, através do teste *t* para amostras independentes onde podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, $t(58) = -4.334$, $p=.005$, o que permite deduzir que, os militares com malária têm percepção de uma menor qualidade de vida ($M=109.83$; $DP=13.55$) que os sem malária ($M=123.90$; $DP=11.51$) (cf. Quadro 5).

Quadro 5

Estudo comparativo em militares com e sem malária QFF e QOL

| Resultado | Grupo Malária (n=30) | | Grupo Controlo (n=30) | | t(58) | p |
|-----------|-------------------------|-------|--------------------------|-------|----------|------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Total QFF | 87.83 | 5.93 | 103.43 | 12.48 | -6.186** | .001 |
| Total QOL | 109.83 | 13.55 | 123.90 | 11.51 | -4.334** | .005 |

** $p < .01$ **4.4-Estudo de correlação QFF e QOL**

Fez-se um estudo do grau de associação entre os totais do QFF e QOL, para identificar a existência ou não de uma associação.

Neste estudo verificou-se uma correlação estatisticamente significativa, moderada positiva entre os resultados totais do QFF e QOL ($r = .41$, $p < .001$). Este resultado leva-nos a concluir que os construtos avaliados pelos dois instrumentos partilham entre si 16.8% de variância.

V – Discussão

A malária é uma doença grave que constitui um problema de saúde pública devido à sua alta incidência e às consequências que traz às pessoas afetadas, influenciando de forma negativa o potencial de desenvolvimento do sistema familiar, constituindo uma das principais causas de internamento e de mortalidade. No contexto militar, a malária constitui um grande problema de saúde devido às más condições de saneamento básico, deficiente assistência médico-medicamentosa e, possivelmente, o conhecimento insuficiente de medidas preventivas.

Sendo este um estudo exploratório, pretendia-se avaliar a percepção dos sujeitos angolanos com malária sobre a resiliência familiar e a qualidade de vida, tendo sido feita a caracterização da amostra, os estudos de consistência interna e a comparação e análise da relação entre as duas sub-amostras (sujeitos com e sem malária) numa amostra em contexto militar.

A amostra total recolhida para este estudo foi constituída na sua maioria por militares do sexo masculino, perfazendo estes um total de 86.7 % dos sujeitos da amostra (52) e apenas 13.3% (8) os participantes do sexo feminino, dado que os militares da 5ª Região Sul são maioritariamente homens.

No respeitante ao estudo comparativo da percepção da resiliência familiar de ambos os grupos, esta investigação revelou que os militares com malária apresentaram uma menor percepção de resiliência familiar em comparação com os militares sem doença. Este dado leva-nos a concluir que os militares sem malária têm uma melhor percepção sobre as suas forças familiares, pois, a doença pode provocar no indivíduo doente e no sistema familiar alterações em variados domínios. As consequências da malária não se limitam somente ao doente. A maioria das pessoas pertencem a um sistema familiar, desta forma, a aflição que o indivíduo doente sente é partilhada pelos demais membros à sua volta. A título de exemplo, uma mãe, cujo filho tem uma determinada doença, também sente o

Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana em Contexto Militar

Estêvão Baptista Chamuene (estevaochamuene@hotmail.com) 2012

sofrimento do mesmo. Naturalmente, nem todas as pessoas sentem ou são afetadas da mesma forma, dependendo das características individuais de cada um, de maneira mais ou menos intensa de sentir e vivenciar a situação, e do tipo de proximidade ao membro da família doente, assim como do grau de gravidade da doença.

Em relação ao estudo da correlação efetuado entre o QFF e o QOL para identificar a existência ou não de uma associação entre os dois construtos, os resultados mostraram existir uma correlação estatisticamente significativa, moderadamente positiva, entre os resultados globais de ambos os instrumentos ($r = .41$, $p < .001$), partilhando entre si 16.8% de variância. Deste modo, qualidade de vida e resiliência familiar são dimensões que parecem relacionadas, pelo que sujeitos com uma melhor percepção da resiliência familiar apresentam também uma melhor qualidade de vida e vice-versa.

Quanto aos resultados obtidos com o alfa de Cronbach, para o *Questionário de Forças Familiares*, o valor de .740 obtido mostra-se adequado para a utilização do instrumento na investigação, apesar de ter sido inferior àquele que foi obtido no estudo com a versão Portuguesa (.932). De igual modo, a análise do *Qualidade de Vida*, com um valor de alfa de Cronbach de .769, permite afirmar que também é aceitável a utilização deste questionário na investigação, apesar de ter sido obtida uma consistência interna menor àquela que foi obtida em Portugal (.922).

Os participantes neste estudo foram unânimes em dizer que “a doença sempre cria impossibilidades de fazer algo, mas o mais importante é ter fé e que com o tratamento recebido e com ajuda divina vamos melhorar”. Afirmam ainda que se sentem “esperançados por a qualquer momento termos alta, pois a malária não é mais importante que nós”. O que nos leva a concluir que, a maior parte das vezes, estes doentes têm alguma força interior para lidar com a sua situação. Ainda noutras passagens da nossa entrevista, os entrevistados acentuam com calma que as imposições da vida referentes à doença que os aflige, não produzem inquietações complementares - “nós sempre sabíamos que iríamos resolver os problemas que apareceriam”. Esta maneira de interpretar os problemas foi descrita por Walsh (2005) e é contemplada como fonte da identidade familiar de modo que os membros possam acreditar que problemas são mais ou menos dramáticos de acordo com a influência de suas crenças.

VI – Conclusões

Qualquer trabalho de investigação carece de uma análise crítica mais sucinta, pois, é de caráter inacabável e os desafios estão sempre presentes. Este estudo tem grande relevância por ser o primeiro numa amostra angolana no contexto militar.

No decorrer deste trabalho as limitações consubstanciaram-se na insuficiência em termos de recolha de dados, por ser uma unidade hospitalar militarizado, o que requer muita precaução no discernimento. Também podemos frisar a extensão em demasia dos instrumentos, pelo que os participantes ao preenchê-los levaram mais ou menos 2 horas o que tornou-se cansativo.

A malária aparece no ambiente familiar de forma inesperada e a família tem de encontrar mecanismos, recursos e estratégias para contrapor as imposições que a doença traz no seio familiar.

De uma forma geral, os resultados obtidos neste estudo foram sustentados pela informação constante no enquadramento teórico, na visão de muitos autores que abordaram questões que tinham a ver com o tema em destaque.

De referir que há necessidade de se realizarem estudos com maior profundidade sobre o tema em análise, no sentido de investigar melhor a percepção dos sujeitos acerca das forças familiares quando vivenciam uma situação que os aflige e o seu grau de satisfação em relação a qualidade de vida.

Sugere-se continuar com os estudos sobre a qualidade de vida e resiliência familiar. Assim, será de todo o interesse estudar a sua validade convergente com outros instrumentos e avaliação, proceder a análises fatoriais numa diversidade de populações, nomeadamente clínicas. Também se considera importante começar estudos de correlação com as características de personalidade dos sujeitos, com o objetivo de verificar hipóteses acerca da direção de causalidade entre essas características e a percepção que os sujeitos têm da sua qualidade de vida.

Pela amostra total deste estudo, não é permissível que os resultados sejam generalizados.

Finalmente este trabalho de investigação que nos propusemos levar a cabo esperamos que possa contribuir para o desenvolvimento do científico, suscitando enormes expectativas no aprofundamento dos conhecimentos.

Bibliografia

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Andrade, J. (1986). *Foco de Malária do Estado de São Paulo*, Brasil.
- Barata, L. (1989). *Malária Transfusional: descrição de 6 casos induzidos em doadores de sangue na Região Metropolitana de São Paulo*. São Paulo
- Carmello, (2004). *E. Supere!- a arte de lidar com as adversidades*, São Paulo: Editora Gente.
- Costa, M.(1885). *A malária e suas diversas modalidades Clínicas*. Rio de Janeiro.
- Enfermagem Comunitária (1999). *Promoção da Saúde de grupos, Famílias e Indivíduos*, (1ª ed.) Lisboa.
- Ferreira, E. (1982). *Malária: aspetos gerais e quimioterapia*, (ed., pp.1-3) da Universidade de São Paulo.
- Garcia, F., Bandeira, R. & Lise, F.(2009). *Influências Ambientais na Qualidade de Vida*, Moçambique.
- Goes, G. (2009). *Saber Viver na Adversidade*.
- Haq, M.U. (1990). *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Relatório de Desenvolvimento Humano*
- Manual de Treino em *Entomologia da Malária* (2008).
- Martins, C. (1885). *A malária e suas diversas modalidades clínicas*, Rio de Janeiro.
- Mendes, P. (2008). *Resiliência Familiar: estudo exploratório em famílias de risco*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde (Área de sub-especialização: Psicologia Forense), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Mule, S.(2012). *Redução Significativa de mortes por malária*.
- Oliveira, C. (2007). *Perceção do Impacto e da Gravidade da Doença Crónica e Família: um estudo exploratório*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Paludo & Koller (2005). *Resiliência na rua: um estudo de caso*.
- Paterson, J. (2002). *Integrating family resilience and family stress theory*. *Journal of Marriage and Family*.
- Paulo, M. (2011). *Malária continua a ser a principal doença no Zaire*, *Jornal de Angola*.
- Peres, B. (2011). *Informação no meio rural, Zâire, Angola*.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Rodrigues, A. (2004). *A Incidência de Malária nas Ocupações Desordenadas, como Consequência de Violações aos Direitos à Habitação, Saúde e ao Meio Ambiente Ecologicamente Equilibrado* (p.3), Manau/Brasil.
- Schmitz, J. (2008). *A Trajetória da Família de Portadores de Insuficiência Renal Crónica: Desafios e a Emergência Familiar*, Universidade do Vale do Itajaí.
- Selene, H.(2000). *Qualidade de Vida e Riscos Ambientais*.

- Simões, J. (2008). *Qualidade de Vida: estudo de validação para a população portuguesa*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde: Sistémica, Saúde e Família, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- sociais: A complementariedade do SPSS. Lisboa: Sílabo.
- Sousa, K. (2009). *Paralisia Cerebral e a Reconstrução do Quotidiano Familiar*, Anápolis-Go.
- Tadei S. & Scarpassa (1988). *Biologia dos Anofelinos Amazônicos. Ocorrência de Espécies de Anopheles, Dinâmica da Transmissão e Controle da Malária na Zona Urbana de Ariquemes*, São Paulo.
- Tadei,WP.(1993). *Transmissão e controle da malária na Amazônia*.
- Vasconcelos, E. (2012). *Ação Sinérgica da Intoxicação por plasmodium gallinaceum no Desenvolvimento de Neurodegeneração em Modelo Aviário*, Universidade Federal do Pará.
- Ventura, A.(2010). *Anemia da Malária por Plasmodium Vivax: Estudo Clínico e Laboratorial em Crianças e Adolescentes*, Rio de Janeiro.
- Walsh, F.(2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar*, São Paulo: Roca.
- WHO (2000). *Manual for residual spraying: Application of residual sprays for vector control*. World Health Organization, Geneva Switzerland.
- WHO (2003). *Malária control in the African Region*.Who Regional Office for Africa, Harare, Zimbabwe.
- WHO (2004). *Malária nas Comunidades rurais*.
- WHO (2006). *Malária na África*.

Anexos

Anexo 1

Caraterização da amostra

| Variáveis | Grupo Malária (n=30) | | Grupo Controlo (n=30) | | Amostra Total (N=60) | |
|---------------------------|-------------------------|------|--------------------------|------|-------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Número Quartos | | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 1 | 1.7 |
| 2 | 7 | 23.3 | 10 | 33.3 | 17 | 28.3 |
| 3 | 17 | 56.7 | 12 | 40 | 29 | 48.3 |
| 4 | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | 8 | 13.3 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 1 | 1.7 |
| 6 | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | 3 | 5 |
| 7 | 0 | 0 | 1 | 3.3 | 1 | 1.7 |
| Número Salas | | | | | | |
| 1 | 29 | 96.7 | 20 | 66.7 | 49 | 81.7 |
| 2 | 1 | 3.3 | 10 | 33.3 | 11 | 18.3 |
| Número Casas banho | | | | | | |
| 0 | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 | 3 | 5 |
| 1 | 29 | 96.7 | 26 | 86.7 | 55 | 91.7 |
| 2 | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 2 | 3.3 |
| Número Cozinha | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 6.7 | 2 | 3.3 |
| 1 | 30 | 100 | 28 | 93.3 | 58 | 96.7 |
| Água canalizada | | | | | | |
| Sim | 8 | 26.7 | 9 | 30 | 17 | 28.3 |
| Não | 22 | 73.3 | 21 | 70 | 43 | 71.7 |
| Gás | | | | | | |
| Sim | 28 | 93.3 | 23 | 76.7 | 51 | 85 |
| Não | 2 | 6.7 | 7 | 23.3 | 9 | 15 |
| Eletricidade | | | | | | |
| Sim-Rede | 28 | 93.3 | 27 | 90 | 55 | 91.7 |
| Sim-Gerador | 2 | 6.7 | 3 | 10 | 5 | 8.3 |
| Esgotos | | | | | | |
| Sim | 7 | 23.3 | 8 | 26.7 | 15 | 25 |
| Não | 23 | 76.7 | 22 | 73.3 | 45 | 75 |
| Frigorífico | | | | | | |
| Sim | 27 | 90 | 17 | 56.7 | 44 | 73.3 |
| Não | 3 | 10 | 13 | 43.3 | 16 | 26.7 |
| Fogão | | | | | | |
| Sim-gás/eletricidade | 28 | 93.3 | 23 | 76.7 | 51 | 85 |
| Sim-lenha/carvão | 2 | 6.7 | 7 | 23.3 | 9 | 15 |
| Televisão | | | | | | |
| Sim | 28 | 93.3 | 27 | 90 | 55 | 91.7 |
| Não | 2 | 6.7 | 3 | 10 | 5 | 8.3 |

| | | | | | | |
|--------------------|----|------|----|------|----|------|
| Rádio | | | | | | |
| Sim | 30 | 100 | 27 | 90 | 57 | 95.0 |
| Não | 0 | 0 | 3 | 10 | 3 | 5.0 |
| Computador | | | | | | |
| Sim | 13 | 43.3 | 7 | 23.3 | 20 | 33.3 |
| Não | 17 | 56.7 | 23 | 76.7 | 40 | 66.7 |
| Internet | | | | | | |
| Sim | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | 8 | 13.3 |
| Não | 26 | 86.7 | 26 | 86.7 | 52 | 86.7 |
| Transportes | | | | | | |
| Automóvel | 12 | 40 | 8 | 26.7 | 20 | 33.3 |
| Motorizada | 8 | 26.7 | 10 | 33.3 | 18 | 30.0 |
| Nenhum | 10 | 33.3 | 12 | 40 | 22 | 36.7 |



Nome da investigação: *Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana em Contexto Militar.*

Esta investigação tem como objectivo: avaliar a perceção da resiliência familiar e da qualidade de vida de sujeitos com e sem malária.

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

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS

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

CONSENTIMENTO

Eu,

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

Lubango, ___ de _____, de 201__

(Assinatura)



MI PSICOLOGIA

FPCE-UC/UPRA

2011/2012

Questionário sociodemográfico

Código: _____

Data: ____/____/____

Local de recolha dos dados:

Dados de Identificação do próprio

Sexo: FEM ____ MASC ____

Idade: ____ Anos

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

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

Profissão: _____

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

Estado Civil:

Solteiro (a) _____

Casado(a) _____ Recasado: Sim_____/Não _____

União de facto _____

Separado(a) _____

Divorciado(a) _____

Viúvo(a) _____

Etnia:

Nhaneca _____

Umbundo _____

Quimbundo _____

Nganguela _____

Cuanhama _____

Outras: _____

Religião:

Católica _____

Evangélica _____

Adventista do 7º Dia _____

Tokuista _____

Igreja Universal do Reino de Deus _____

Kimbanquista _____

Testemunhas de Jeová _____

Outra: _____

Dados de Identificação do Agregado Familiar
Composição agregado familiar

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

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

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

Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

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

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

Área de residência:

Centro de cidade _____

Arredores da cidade/Bairro _____

Aldeia/Quimbo _____

Comuna/Sede _____

Outro.

Qual _____

Tipo de habitação

Apartamento _____

Vivenda _____

Pau-a-Pique/cubata _____

Casa de adobe _____

Outro. Qual

Características da habitação

| Divisões | Número | Observações * |
|----------------------|--------|---------------|
| Quarto | | |
| Sala | | |
| Casa de Banho | | |
| Cozinha | | |
| Outros | | |

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

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

| | | |
|-------------------|--|--------------|
| Água canalizada | | Observações* |
| 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 solidariades)-



Cálculo NSE

Instruções:

Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.

Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)

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 |

NSE

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

| | |
|----------------|---------------------------------|
| Baixo | = Pontuação total entre 2 e 10 |
| Médio | = Pontuação total entre 11 e 15 |
| Elevado | = Pontuação total entre 16 e 20 |

Anexo 5

QFF

(Ana Melo & Madalena Alarcão, 2007)

Segue-se uma listagem de coisas que por vezes acontecem nas famílias
Por favor assinale em que medida considera que as características de
escritas são parecidas com as da sua família, de acordo com a seguinte escala:

- 1 -Nada parecidas
- 2 -Pouco parecidas
- 3-Mais ou menos parecidas
- 4-Bastante parecidas
- 5 - Totalmente parecidas

1. Na minha família somos optimistas e procuramos
ver sempre o lado positivo das coisas . 1 2 3 4 5
2. Na minha família acreditamos em conjunto conseguimos
sempre encontra maneira de lidar com os problemas . 1 2 3 4 5
3. Na minha família somos muito unidos. 1 2 3 4 5
4. Na minha família toda a gente tem direito de
dar a sua opinião. 1 2 3 4 5
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto. 1 2 3 4 5
6. Na minha família sempre que alguém tem um
problemas toda a gente se junta para ajudar. 1 2 3 4 5
7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo
que cada um quer fazer, aos projectos individuais
e ao que é importante para si. 1 2 3 4 5
8. Na minha família cada um tem o direito de ter
a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo. 1 2 3 4 5
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida
familiar são partilhadas. 1 2 3 4 5
10. Na minha família mostramos abertamente o
que sentimos uns pelos outros. 1 2 3 4 5
11. Na minha família sentimos que somos capazes
de ser felizes apesar das dificuldades que vão
ou podem aparecer. 1 2 3 4 5
12. Na minha família existe regras claras que toda
a gente conhece e sabe que tem que cumprir. 1 2 3 4 5
13. Na minha família fazemos coisas e actividades
em conjunto. 1 2 3 4 5
14. Na minha família há boa disposição e encontramos
sempre momentos para rir. 1 2 3 4 5
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que
pensa e sente, mesmo coisas negativas sem magoar
os outros. 1 2 3 4 5
16. Na minha família quando aparece um
problema importante, conversamos e
resolvemo-lo em conjunto. 1 2 3 4 5
17. Na minha família temos amigos, vizinhos
ou pessoas conhecidas que nos ajudam 1 2 3 4 5

- quando precisamos.
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a tentar conseguir pagar as principais despesas. 1 2 3 4 5
19. Na minha família sabemos a que sítios nos temos que dirigir para cada dificuldade que surge. 1 2 3 4 5
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar. 1 2 3 4 5
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão. 1 2 3 4 5
22. Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda. 1 2 3 4 5
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades. 1 2 3 4 5
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldades nos podem ajudar a ser mais fortes. 1 2 3 4 5
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz. 1 2 3 4 5
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos. 1 2 3 4 5
27. A minha família consegue encontrar ajuda quando precisa nas pessoas que conhece. 1 2 3 4 5
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros. 1 2 3 4 5
29. Na minha família as decisões importantes que afectam todos, são tomadas em conjunto. 1 2 3 4 5

Muito obrigado pela sua colaboração!

QUALIDADE DE VIDA

Formulário Parental

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

Instruções:

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

QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM?

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| | Insatisfeito | Pouco Satisfeito | Geralmente Satisfeito | Muito Satisfeito | Extremamente Satisfeito |
| Casamento e vida familiar | | | | | |
| 1. A sua família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. O seu casamento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. O(s) seu(s) filho(s) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Número de crianças na sua família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amigos | | | | | |
| 5. Os seus amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Saúde | | | | | |
| 7. A sua própria saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. A saúde dos outros membros da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Casa | | | | | |
| 9. As suas condições actuais de habitação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. As suas responsabilidades domésticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Espaço para as suas próprias necessidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Espaço para as necessidades da sua família | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Educação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14. O nível de estudos que tem | | | | | |
| 15. Os programas educativos projectados para melhorar o seu casamento e a sua vida familiar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tempo | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16. Quantidade de tempo livre | 0 | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Tempo para si | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18. Tempo para a família | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19. Tempo para a lida da casa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20. Tempo para ganhar dinheiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Religião | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21. A vida religiosa da sua família | | | | | |
| 22. A vida religiosa na sua comunidade | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Emprego | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23. A sua principal ocupação (trabalho) | | | | | |
| 24. A segurança do seu trabalho | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mass Media | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 25. A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão | | | | | |
| 26. A qualidade dos programas televisivos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 27. A qualidade dos filmes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28. A qualidade dos jornais e revistas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29. O seu nível de rendimento | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30. Dinheiro para as necessidades familiares | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 33. Nível de poupança | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 34. Dinheiro para futuras necessidades da família | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vizinhança e comunidade | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35. As escolas na sua comunidade | | | | | |
| 36. As compras na sua comunidade | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 37. A segurança na sua comunidade | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 38. O bairro onde vive | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreios, programas, etc.) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40. Os serviços de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |