



2014

UC/FPCE

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de Sistémica, Saúde e Família sob a orientação do Professor Doutor Bruno de Sousa.

Validação do Score 15 no Funcionamento Familiar da População Angolana nos Estudos Realizados em Sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na Província da Huíla-Lubango

Resumo

A necessidade de avaliar os progressos terapêuticos dos pacientes através de um sistema que ofereça uma retroinformação aos terapeutas no sentido de monitorizar a evolução da terapia familiar levou ao desenvolvimento, ao longo das últimas décadas, no Reino Unido e na Irlanda, do instrumento *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE). Este trabalho consiste em validar o SCORE-15 no funcionamento familiar na população Angolana. Para o efeito, a partir do software IBM-SPSS, analisou-se os dados sociodemográficos de 5 estudos realizados na província da Huíla-Lubango. Quatro destes estudos envolveram as patologias Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose e o quinto estudo foi dirigido à Comunidade, permitindo obter informações das variáveis: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade, religião, profissão, nível socioeconómico e ainda informações familiares, como por exemplo, a etapa do ciclo vital familiar e composição familiar dos indivíduos. Com base na análise dos resultados determinou-se um alfa de Cronbach de 0,815 para o SCORE-15, tendo sido encontrada uma estrutura de três fatores.

Palavras-chave: Validação, SCORE-15, Funcionamento Familiar, Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose, Comunidade.

Validation of the SCORE-15 on Family Functioning for the Angolan population in studies with individuals with Epilepsy, Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and from the Community at Lubango-Huíla

Abstract

The need to evaluate the therapeutic progress of patients through a system that provides a feedback to therapists for monitoring the evolution of a family therapy, led to the development, in the UK and Ireland over the past decades, of the instrument Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE). The present study pretends to validate the SCORE-15 for family functioning in the Angolan population. IBM-SPSS was used to analyse our database, based on 5 studies in Lubango-Huíla. Four of the studies involved individual with an without Epilepsy, Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis and a group taken from the community. These provided information on several variables such as gender, age, marital status, area of residence, ethnicity, education level, occupation and socio-economic status, and religion. The study also contained family information such as the stage of the family lifecycle and the composition of the family. Based on the analysis, a Cronbach's alpha of 0,815 was obtained for SCORE-15, for a 3 dimension structure.

KeyWords: Validation, SCORE-15, Family Functioning, Epilepsy, Malaria, HIV/AIDS, Tuberculosis, Community.

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

Agradecimentos

A Deus Pai Todo-Poderoso, por ter-me dado a vida e a saúde que me concedeu para este sonho fosse concretizado.

Aos meus familiares por me terem suportado com a paciência e sacrifícios os momentos de isolamento e ausência na conquista deste título.

Aos meus filhos, que muitas vezes, não se apercebiam das minhas ausências consentindo alguns dias sem me verem.

A meu orientador da dissertação Doutor Bruno de Sousa, o meu muito obrigado pela dedicação deste trabalho, não poupando esforços para que este trabalho fosse uma realidade.

Aos estimados professores pelo encorajamento e dedicação manifestados na transmissão dos conhecimentos que hoje constituem o suporte conceptual da minha formação.

Aos colegas amigos pelo apoio emocional que me revelaram durante este todo período também endereço os meus sinceros agradecimentos.

Aos colegas de Cabina, Guilhermina, Helena, Jeremias, Rodé e Vieira, pela união, forças e luta na busca deste título.

De igual modo a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse concretizado. Deus reconhece de tudo, saberá retribuir o seu esforço.

Índice

| | |
|--|--|
| RESUMO | |
| AGRADECIMENTOS..... | 3 |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 2 |
| 1.1 A FAMÍLIA..... | 2 |
| 1.2 FUNCIONAMENTO FAMILIAR | 3 |
| 1.3 DESENVOLVIMENTO DO SCORE-15 | 4 |
| II - OBJETIVOS..... | 6 |
| III - METODOLOGIA..... | 6 |
| 3.1 AMOSTRA..... | 6 |
| 3.1.1 <i>Procedimentos de selecção e de recolha da amostra</i> | <i>6</i> |
| 3.1.2 <i>Caraterização da amostra global</i> | <i>7</i> |
| 3.1.3 <i>Caraterização da subamostra do Estudo de Epilepsia</i> | <i>11</i> |
| 3.1.4 <i>Caraterização da Subamostra do Estudo de Malária</i> | <i>14</i> |
| 3.1.5 <i>Caraterização da Subamostra do Estudo de VIH/SIDA ...</i> | <i>16</i> |
| 3.1.6 <i>Caraterização da Subamostra do Estudo de Tuberculose</i> | |
| | <i>Erro! Marcador não definido.</i> |
| 3.1.7 <i>Caracterização da amostra de estudo da comunidade</i> | <i>19</i> |
| 3.2 INSTRUMENTOS | 23 |
| 3.2.1 <i>Questionário de Dados Sociodemográfico e Familiares... 23</i> | |
| 3.2.2 <i>Questionário de dados do SCORE- 15..... 23</i> | |
| IV - RESULTADOS | 24 |
| 4.1 ESTUDO DE ANÁLISE FACTORIAL DO SCORE-15 | 24 |
| 4.2 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS E CONSISTÊNCIA INTERNA | |
| DOS ITENS DO SCORE-15..... | 25 |
| TESTE- PARA AMOSTRAS INDEPENDENTES E TESTE DO | |
| KRUSKAL-WALLIS | 28 |
| IV - DISCUSSÃO | 29 |
| VI – CONCLUSÃO..... | 31 |
| BIBLIOGRAFIA | 32 |

Introdução

Tendo em conta a necessidade de avaliar os progressos terapêuticos dos pacientes, através de um sistema que ofereça uma retroinformação aos terapeutas no sentido de monitorizar a evolução da terapia familiar, desenvolveu-se no Reino Unido e na Irlanda, ao longo das últimas décadas, o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE).

O SCORE é um instrumento que é capaz de fornecer informações sobre aspectos da vida familiar sobretudo os aspectos do funcionamento familiar nos quais se espera uma melhoria durante e após a terapia.

Neste sentido, o SCORE para Cahillet *al.* (2010 como citado em Mendes 2011, p. 3) é um questionário de auto-resposta que procura medir os resultados terapêuticos da terapia familiar. Este instrumento centra-se nas relações, ou seja, nas relações do sistema parento-filial, conjugal, cultural ou ambiental dos quais a família faz parte (Cunha *et al.* 2010 citado em Mendes 2011, p. 1).

Cahillet *al.*, (2010 como citado em Cardoso 2012, p. 8), refere ainda que o SCORE-15 (a versão composta por 15 itens) tem capacidade de fornecer informações sobre: a) os aspetos que os terapeutas julgam mais relevantes nas intervenções; b) os aspetos da vida familiar mais problemáticos; c) os aspetos do funcionamento familiar relativamente aos quais os terapeutas esperam uma melhoria durante e após a terapia.

O SCORE-15 é um questionário de auto-resposta que mede as dificuldades sentidas pelo indivíduo no seio familiar. Este instrumento permite obter medidas em três dimensões. Competências familiares, dificuldades familiares e comunicação familiar. Além dos 15 itens que compõem estas dimensões a escala inclui ainda 5 questões sobre a rotina e natureza da família o impacto dos problemas familiares e possíveis necessidades terapêuticas.

Neste estudo pretende-se fazer um estudo de validação do SCORE-15 no funcionamento familiar na população angolana, na sequência dos estudos de Epilepsia (Joaquim 2012); Tuberculose (Angelina, 2012); Malária (Chamuene, 2012); VIH/SIDA (Correia, 2012) e Comunidade (Cardoso, 2012), todos realizados na província da Huíla-Lubango.

Quanto à estrutura deste trabalho, temos o capítulo de enquadramento teórico que é reservado ao esclarecimento de pensamentos de autores mediante diversas teorias publicadas, que tratam o assunto veiculado neste estudo. Em seguida serão apresentados os objetivos do estudo e a metodologia que é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método de trabalho de investigação e dos instrumentos utilizados para a recolha de dados. Segue-se o tratamento estatístico dos dados, onde se realiza a análise e discussão dos resultados, seguida de uma breve conclusão e das referências bibliográficas.

I – Enquadramento conceptual

Neste capítulo será feita a apresentação de uma análise crítica da bibliografia mais significativa. Pretende-se nesta ótica definir os principais conceitos e analisar algumas teorias deste trabalho.

1.1 A Família

Segundo Costa (2011), a família é um conjunto de indivíduos emocionalmente ligados compreendendo pelo menos três gerações, podendo também fazer parte da família indivíduos que, apesar de não serem biologicamente ligados à família, sejam significativos no contexto das relações do indivíduo ou indivíduos. Ao citar Minuchin (1974), Costa afirma que as alterações no contexto social da família levam não só à modificação desta como também determinam mudanças nos indivíduos que a constituem. Neste contexto a família é um Sistema aberto em relação dinâmica com o exterior.

Hall e Fagen (2011 como citado em Costa, 2011, p.25), realçam que, a família como sistema pode e tem sido objeto de estudos que tem em consideração o problema que se quer analisar, havendo um enfoque nas relações importantes ou interessantes em exclusão das relações triviais ou supérfluas.

Alarcão (2002, como citado em Costa 2011, p.25) refere que estas interações/relações ocorrem segundo os fundamentos da teoria familiar em quatro subsistemas: o individual, o conjugal, o parental e o fraternal; cujas fronteiras não sendo estanques permitem que cada indivíduo participe e pertence as diferentes subsistemas.

Aboim e Wal (2002 como citado em Cardoso 2012, p. 2) a família é entendida como o primeiro agente de socialização de um indivíduo na qual, este aprende interações, normas de comportamento, valores, hábitos e costumes, linguagem e atitudes. Os sistemas familiares têm-se transformado continuamente devido às mudanças religiosas, económicas e socioculturais do contexto em que se encontram inseridos.

Gimeno (2001, p. 40 ao citar Maxler e Mishler 1978) a família é definida como um grupo primário, um grupo de convivência intergeracional com relações de parentesco e com uma experiência de intimidade que se prolonga no tempo. O tempo constitui assim uma importante dimensão para compreender a realidade familiar tendo em conta o futuro e a história do passado comum constituem os grupos familiares diferentes em outros grupos primários Gattman (1982 como citado em Gimeno 2001, p. 40).

A família é um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Uma família é um grupo doméstico ligado por descendência (demonstrada ou estipulada), originária de um ancestral comum, matrimónio ou adopção. Neste sentido o termo confunde-se com clã. Dentro de uma família sempre há algum grau de parentesco. Membros de uma família costumam partilhar do mesmo sobrenome, herdado dos ascendentes diretos.

1.2 Funcionamento Familiar

Aboim e Wall (2002 como citado em Cardoso 2012, p. 2) referem que a importância de estudar o funcionamento familiar levou à dinâmica interna familiar e das relações existentes entre os membros do mesmo sistema.

Barker (2002 como citado em Cardoso 2012, p. 3) afirma que, o funcionamento familiar ideal resulta das transições existentes entre o subsistema conjugal (marido-mulher), o subsistema filial (pais-filhos) e o tipo de relações estabelecidas entre estes subsistemas. O mesmo autor refere que, quanto menor for o investimento na relação conjugal, maiores serão as dificuldades da família devido à relação fundamentar-se na insatisfação da relação, pautada no desrespeito, falta de intimidade e de confiança. Assim, haverá maior possibilidade de não reconhecimento e de resolução de problemas.

Sousa *et al.* (2010 como citado em Cardoso 2012 p.3) realçam não haver unanimidade na definição de funcionamento familiar saudável e patológico, uma vez que, cada teoria sistémica enquadra os aspectos que considera importantes para fazer essas distinções.

Barker (2002 como citado por Cardoso 2012 p.3) afirma que, o funcionamento familiar é avaliado atendendo às funções que a família deveria desempenhar para responder às necessidades básicas dos seus elementos, como por exemplo: a) a reprodução para a continuidade da espécie; b) a criação e socialização dos filhos; c) o dar espaço para a expressão legítima da sexualidade do casal, d) a possibilidade de amparo e apoio mútuo aos seus elementos, entre outras necessidades.

Segundo Cardoso (2012), refere-se que Barnhill (1979 como citado por Barker, 2002, p. 3), considerou de uma forma básica a distinção entre as famílias consideradas funcionais e não funcionais a partir dos processos de identidade das mudanças dos processos de informação e estruturação de papéis, tendo em conta a sua independência e a reciprocidade do processo de mudança, ou seja, a mudança que ocorre num indivíduo pode promover a mudança de outros indivíduos.

Oslo (1976 como citado em Costa, 2011, p. 31) compreendeu que a dinâmica familiar se podia conceber em função de três variáveis: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação. Costa (2011) identifica, a partir destas três dimensões e das múltiplas formas como se podem organizar, dezasseis tipos de famílias.

Segundo Costa (2011), a coesão é um conceito multidisciplinar e aplicado a outros contextos das ciências sociais, sendo pertinentemente adaptado ao contexto familiar. Oslo (1976 como citado em Costa 2011, p. 31) distinguiu quatro tipos de coesão:

- 1) Coesão desprendida: primazia do “eu”, ausência de união afetiva entre os familiares, certa lealdade e interdependência pessoal.
- 2) Coesão separada: primazia do “eu” sobre o “nós”, moderada união afetiva entre os familiares, certa lealdade e interdependência entre os membros da família, mas com alguma independência;
- 3) Coesão unida: primazia do “nós” sobre o “eu”, considerável união afectiva entre os familiares, certa lealdade, fidelidade entre os

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

membros da família, mas com alguma dependência;

- 4) Coesão emaranhada: primazia do “nós”, máxima união afectiva entre os familiares, exigência de fidelidade e lealdade na família e alto grau de dependência perante as decisões tomadas em comum.

As famílias extremamente “emaranhadas” apresentam, em algumas ocasiões, problemas cuja gravidade exige uma intervenção clínica. O excesso de “coesão” pode originar situações de risco.

Analisadas as concepções acima, pode-se inferir que o funcionamento familiar compreende a qualidade do relacionamento entre os membros da família. Sendo que famílias caracterizadas como funcionais ou de bom funcionamento distinguem-se por serem afetuosas, com boa comunicação e com regras flexíveis. Casonão apresentem tais características, são consideradas ou distinguidas como famílias disfuncionais.

1.3 Desenvolvimento do SCORE-15

Segundo Pereira (2011), ao citar Evans, refere que em 1998 Barkham e colaboradores desenvolveram um instrumento, o *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE), capaz de avaliar a mudança em casos individuais em função da terapia. Este instrumento é constituído por uma série de medidas, aplicáveis à generalidade dos utentes de serviços de Psicologia, independentemente do tipo de terapia ou problema apresentado, sendo assim um instrumento versátil, com boas propriedades psicométricas enquanto medida geral.

Segundo o mesmo autor, o CORE vem assim preencher uma lacuna na avaliação dos resultados e eficácia da terapia, quer pela sua transversalidade como pela sua facilidade de aplicação.

Ainda Pereira (2011), citando Stratton *et al.*, realça que o instrumento não parecia, no entanto, adequar-se às características e mudanças pretendidas na Terapia Sistémica Familiar 1 (TSF1), já que parte de um modelo individual de patologia procura avaliar a mudança a um nível intra-individual. Os criadores do CORE recomendaram o desenvolvimento e/ou utilização de uma série de extensões a esta medida geral que permitisse incluir compreensivamente problemas específicos (c.g. ansiedade, fobias, depressão) ou outras formas de terapia, como é o caso das Terapias Sistémicas Familiares. Neste contexto surge então o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE), na tentativa de responder às necessidades da TSF (Pereira 2011).

Pereira (2011), ao citar Barkham *et al.* (1998), diz que, tal como no CORE, foram tidos em consideração dois aspectos principais na construção do SCORE: (a) a necessidade de aplicação da escala ao longo do tempo, permitindo a obtenção de feedback relativo ao tratamento e resultados terapêuticos obtidos; e (b) a relação entre esta medida geral e outras medidas clínicas de referência.

Neste sentido, a criação do SCORE, tomou em consideração dois pré-requisitos principais: (a) poder ser respondido por cada um dos membros da

família, de forma a dar uma mais ampla visão do funcionamento familiar; e (b) ser sensível à mudança no funcionamento familiar ao longo do tempo.

A versão piloto do SCORE-16 foi então criada, constituída por 3 itens para cada uma das cinco dimensões e um item introdutório. Stratton *et al.* (2010 como citado em Pereira 2011, p. 5) descrevem as cinco dimensões: a) atmosfera e ambiente, b) conflito, c) expressividade e comunicação, d) regras e papéis, e) funcionalidade e adaptação. Esta versão foi apresentada a uma série de profissionais. Ainda Pereira (2011) refere que o feedback recebido por parte destes e dos estudos estatísticos realizados indicaram o SCORE como estatisticamente viável, informativo acerca das famílias e valorizado pelos terapêuticos. Neste contexto criou-se uma versão de 55 itens composto por 11 itens para cada dimensão de forma a obter uma maior variedade e compreensão dos 16 itens da versão original. Nesta versão de 55 itens depois de ser aplicada a uma amostra de conveniência foram retirados os itens considerados como menos informativos produzindo-se assim uma versão de 40 itens, o SCORE-40.

De igual modo, o SCORE-40 foi aplicado a uma amostra clínica e não clínica para efeitos comparativos. Em ambas as amostras, o SCORE demonstrou possuir uma elevada consistência interna de 0,93 (avaliada pelo alfa de Cronbach). Os estudos de análises fatoriais efetuados do SCORE-40 indicaram a existência de três factores, com a possibilidade de se considerar um quartofator.

Pereira (2011), citando Stratton *et al.*, refere que, apesar das semelhanças, “a intenção do projecto era criar uma nova medida, não uma adaptação sistémica do CORE”. Servindo os interesses de um uso clínico regular, foi então proposto este instrumento Com os seguintes possíveis factores: a) Competências e adaptação, b) Dificuldades, c) Comunicação disruptiva e d) Hostilidade e agressão.

Apesar de apresentar propriedades psicométricas adequadas, o SCORE-40 parece ainda não ser viável para um uso corrente na prática clínica devido à sua extensão e ao tempo despendido no seu preenchimento (Pereira, 2011).

Estas limitações permitiram a um refinamento e redução do instrumento, tendo sido criado uma versão de 15 itens, o SCORE-15 composto por cinco itens para cada um dos 3 factores definidos nesta versão.

Stratton *et al.* (2010 como citado em Cardoso, 2012, p. 6) refere também que o SCORE-15 é capaz de fornecer informações sobre: a) os aspectos que os terapeutas julgam mais relevantes nas intervenções; b) os aspectos da vida familiar mais problemáticos; c) os aspectos do funcionamento familiar relativamente aos quais os terapeutas esperam uma melhoria durante e após a terapia.

Cahillet *et al.* (2010, como citado em Rodrigues, 2012, p. 13) definem o SCORE-15 como um questionário de auto-resposta que mede as dificuldades percebidas pelo indivíduo no seio familiar. Este instrumento permite obter medidas em três dimensões: Competências Familiar (itens 1, 3, 6, 10, 15); Dificuldades Familiares (itens 5, 7, 9, 11, 14) e Comunicação Familiar (itens 2, 4, 8, 12, 13). Além dos 15 itens que compõem estas dimensões, a

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

escala inclui ainda 5 questões sobre a rotina da família, a sua natureza, o impacto dos problemas familiares e possíveis necessidades terapêuticas. Este instrumento foi elaborado, em princípio, com o objetivo de se avaliarem os resultados terapêuticos na terapia familiar. O sujeito avalia de que modo é que cada item descreve a sua família, respondendo de 1 (Muito bem) a 5 (Muito mal), correspondendo uma maior pontuação a maiores dificuldades. O SCORE-15 apresenta uma consistência interna boa, sendo esta representada por um valor de alfa de Cronbach de 0,882.

II - Objetivos

O objetivo geral neste estudo é a validação do SCORE-15 no funcionamento familiar na população angolana.

Para tal, foi considerada a informação recolhida relativamente ao SCORE-15, as variáveis sociodemográficas e socioeconómicas nos estudos de Epilepsia (Joaquim, 2012), Tuberculose (Angelina, 2012), Malária (Chamuene, 2012), VIH/SIDA (Correia, 2012) e Comunidade (Cardoso, 2012) realizados na província da Huíla-Lubango.

Os objetivos específicos neste nosso estudo são assim:

- a) Estudar as variáveis sociodemográficas e socioeconómicas da amostra total e separadamente nos 5 estudos considerados;
- b) Efetuar um estudo de evidência de precisão e de validade do construto para a amostra total.
- c) Estudar o funcionamento familiar angolano (avaliado através do SCORE-15) perante a presença da doença.

III - Metodologia

A partir do software IBM-SPSS, Versão 20, analisou-se os dados sociodemográficos e do instrumento SCORE-15 relativos aos 5 estudos realizados na província da Huíla-Lubango, referentes à Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade. O nível de significância considerado em todos os testes estatísticos foi de $\alpha=0,05$.

3.1 Amostra

3.1.1 Procedimentos de selecção e de recolha da amostra

Neste estudo tivemos em conta a base de dados com 443 sujeitos provenientes de cinco estudos realizados na Província da Huíla-Lubango sendo: a) Qualidade de Vida e Forças Familiares em Famílias com e sem Epilepsia (Joaquim 2012), b) Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de vida em Doentes com Tuberculose: Estudo Exploratório em Contexto Militar Angolano, (Angelina 2012), c) Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de Vida em Angola: Estudo Exploratório com Doentes com VIH/SIDA em Contexto Militar (Correia 2012), d) Qualidade de Vida e

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa amostra Angolana em Contexto Militar (Chamuene 2012) e Impacto das variáveis sociodemográficas e Familiares no Funcionamento Familiar, Avaliado pelo SCORE-15: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana Não-Clínica (Cardoso, 2012).

3.1.2 Caracterização da amostra global

A amostra deste trabalho é constituída por 443 sujeitos de ambos os sexos sendo, 61.6% (n= 273) do sexo masculino e 38.4% (n=170) feminino, seleccionados em cinco estudos realizados em 2012. Um destes estudos foi dirigido à comunidade em geral do Lubango, realizado por Cardoso (2012), sendo os restantes estudos com base em 4 doenças distintas, nomeadamente, Epilepsia estudo feito por Joaquim (2012), Malária por Chamuene (2012), VIH/SIDA por Correia (2012) e Tuberculose por Angelina (2012).

Assim, a amostra em análise neste trabalho é composto por 22,6% (n=100) do estudo sobre Epilepsia, 13,5% (n=60) sobre Malária, 13,5% (n=60) sobre VIH/SIDA, 13,5% (n=60) sobre Tuberculose e 36,8% (n=163) provenientes do estudo sobre a comunidade de Lubango por Cardoso (2012). O estudo da Comunidade possui o maior número de sujeitos. (cf. Tabela 1).

A idade mínima da amostra é de 18 anos e a idade máxima é de 70 anos, sendo a média de idades igual a 32,9 anos com um desvio padrão (DP) de 9,9 anos. Em termos de idade, os participantes foram divididos pelas seguintes faixas etárias: 24 sujeitos dos 18-19 anos que correspondem a 5% da amostra, 20-29 anos com 171 indivíduos que correspondem a 38,6%, 30-39 com 132 casos correspondentes a 29,9%, 40-49 anos com 87 sujeitos que correspondem a 19,6%, 50-59 anos com 26 sujeitos representando 5,9% da nossa amostra e 60 e mais anos com 3 sujeitos correspondendo a 0,6% da amostra. A maior parte dos sujeitos da nossa amostra situa-se no grupo etário dos 20 aos 29 anos de idade (classe modal). (cf. Tabela 1).

Quanto ao nível de escolaridade, a amostra foi reestruturada segundo a Lei nº 13/01, de 31 de Dezembro, Lei de Bases do Sistema de Educação Angolana. O Sistema de Educação possui três níveis de ensino, designadamente: o Ensino primário, o Ensino secundário e o Ensino superior. O Ensino secundário é repartido em dois ciclos: o 1º ciclo do Ensino secundário e o 2º ciclo do Ensino secundário. O 1º ciclo do Ensino secundário oferece, por um lado, um Ensino geral, contendo a Educação regular e a Educação de adultos, com uma duração de 3 anos cada, da 7ª à 9ª classe, e destina-se à preparação dos alunos para a continuação dos estudos no 2º ciclo do Ensino secundário. Este ciclo oferece ainda, por outro lado, uma Formação profissional básica destinada a preparar jovens e adultos para o ingresso no mercado do trabalho. Também oferece uma Formação intermédia, com a duração de 1 a 2 anos, para profissionalização na docência, dos utentes de diplomas da 9ª classe do 1º ciclo do Ensino secundário geral que não queiram ou não tenham oportunidade de ingressar no 2º ciclo do Ensino secundário. Também o 2º ciclo do Ensino secundário oferece um Ensino geral, contendo a Educação regular e a Educação de

adultos, com uma duração de 3 anos cada, da 10^a à 12^a classe, destinando-se à preparação dos alunos para o ingresso no Ensino superior. Oferece ainda duas formações profissionalizantes, sendo a Formação média normal e a Formação média técnica, cada uma com 4 anos de duração, da 10^a à 13^a classe, e destina-se à preparação para o ingresso no mercado do trabalho e mediante determinados critérios, para o ingresso no Ensino superior. Sendo assim, na nossa amostra, 23,7% (n=105) dos sujeitos têm Ensino Primário, 18,5% (n=82) o 1^o Ciclo do Ensino Secundário, 41,3% (n=183) tem o 2^o Ciclo do Ensino Secundário, 15,1% (n=67) com Ensino Superior e 1,4% (n=6) de valores omissos (*Missings*). Nota-se que o nível de escolaridade predominante da amostra é o 2^o Ciclo do Ensino Secundário (cf. Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 34,5% (n=153) são solteiros, 17,2% (n=76) são casados, 41,3% (n=183) vivem em união de facto, 2,7% (n=12) são separados, 9% (n=4) são divorciados e 3,4% (n=15) são viúvos. Verifica-se que a união de facto consiste no estado civil predominante dos sujeitos da nossa amostra. (cf. Tabela 1).

Os sujeitos que constituem a nossa amostra enquadram-se em 5 tipos de habitação sendo: Apartamento 6,8% (n=30), Vivenda 34,3 (n=152), Pau-a-pica/Cubata 4,2% (n=19), Casa de Adobe 54,2% (240) e Outros 0,5% (n=2). Nota-se que a maior parte dos nossos sujeitos vive em casa de adobe.

Tabela 1. Caracterização da amostra: Variáveis sociodemográficas

| Variáveis | Amostra total (N=443) | |
|---|-----------------------|------|
| | n | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 273 | 61,6 |
| Feminino | 170 | 38,4 |
| Estudos | | |
| Epilepsia | 100 | 22,6 |
| Malária | 60 | 13,5 |
| VIH/SIDA | 60 | 13,5 |
| Tuberculose | 60 | 13,5 |
| Comunidade | 163 | 36,8 |
| Idade | | |
| 18-19 | 24 | 5,4 |
| 20-29 | 171 | 38,6 |
| 30-39 | 132 | 29,9 |
| 40-49 | 87 | 19,6 |
| 50-59 | 26 | 5,9 |
| 60 e mais | 3 | 0,6 |
| Escolaridade | | |
| Ensino Primário | 105 | 23,7 |
| 1 ^o Ciclo do Ensino Secundário | 82 | 18,5 |
| 2 ^o Ciclo do Ensino Secundário | 183 | 41,3 |
| Ensino Superior | 67 | 15,1 |
| <i>MissingSystem</i> | 6 | 1,4 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro (a) | 153 | 34,5 |
| Casado (a) | 76 | 17,2 |
| União de Fatos | 183 | 41,3 |
| Separado (a) | 12 | 2,7 |

| | | |
|--------------------|-----|------|
| Divorciado (a) | 4 | 0,9 |
| Viúvo (a) | 15 | 3,4 |
| Habitação | | |
| Apartamento | 30 | 6,8 |
| Vivenda | 152 | 34,3 |
| Pau-a-Pique/cubata | 19 | 4,2 |
| Casa adobe | 240 | 54,2 |
| Outro | 2 | 0,5 |

Quanto às etnias, estas são divididas em: 27,8% (n=123) são Nhanecas, 45,1% (n=200) são Umbundos, 8,1% (n=36) são Quimbundos, 6,5% (n=29) são Nganguelas, 3,4% (n=15) são Cuanhamas e 9% (n=40) Outras. Quanto as etnias os sujeitos mais predominantes da nossa amostra são Umbundos, esse facto justifica-se, uma vez que os cinco estudos foram realizados na província de Lubango cuja população é maioritariamente Umbundo. (cf. Tabela 2).

No que concerne a religião: 58,7 (n=260) são Católicos, 23,5% (n=104) Evangélicos, 7% (n=31) Adventistas do 7º Dia, 0,7% (n=3) Tokuistas, 2,9% (n=13) pertencentes à Igreja Universal do Reino de Deus, 1,1% (n=5) Testemunhas de Jeová, 5,6% (n=26) Outras e 0,2% (n=1) é classificado como *Missing*. Comparando com outras religiões a Católica tem o maior número de sujeitos (cf. Tabela 2).

Relativamente à variável área de Residência: 17,6% (n=78) vivem no Centro da Cidade, 75,4% (n=334) nos arredores da cidade ou bairros, 3,8% (n=17) nas aldeias ou quimbos e 3,2% (n=14) na comuna/sede. A maioria dos sujeitos da nossa amostra reside nos arredores da cidade ou bairros (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra: Variável sócio demográficas (Continuação)

| Variáveis | Amostra total (N=443) | |
|---------------------------|-----------------------|------|
| | N | % |
| Etnia | | |
| Nhaneca | 123 | 27,8 |
| Umbundo | 200 | 45,1 |
| Quimbundo | 36 | 8,1 |
| Nganguela | 29 | 6,5 |
| Cuanhama | 15 | 3,4 |
| Outros | 40 | 9 |
| Religião | | |
| Católica | 260 | 58,7 |
| Evangélica | 104 | 23,5 |
| Adventista 7º Dia | 31 | 7 |
| Tokuista | 3 | 0,7 |
| IURD | 13 | 2,9 |
| Testemunha de Jeová | 5 | 1,1 |
| Outras | 26 | 5,9 |
| <i>MissingSystem</i> | 1 | 0,2 |
| Área de Residência | | |
| Centro da cidade | 78 | 17,6 |
| Arredor da cidade/Bairros | 334 | 75,4 |
| Aldeia/Quimbo | 17 | 3,8 |
| Comuna/Sede | 14 | 3,2 |

No que diz respeito à variável profissão, tendo em conta a extensão da mesma, reestruturamos a nossa apresentação de resultados agrupando as profissões cujas actividades se relacionam. Sendo assim: 41,3% (n=183) são sujeitos militares da amostra, 16,6% (n=74) são professores e 11,5% (n=50) são estudantes, 4,5% (n=20) são funcionários públicos e 3% (n=13) são domésticos. Essas profissões são as que contêm o maior número de sujeitos. Relativamente ao nível socioeconómico (NSE), o NSE baixo é o mais representado, com 172 sujeitos (61,4%). De notar contudo, que esta variável não estava disponível para o estudo dirigido à Comunidade. Ao referir a etapa ciclo vital, a família com filhos adultos representa o número mais elevado de sujeitos com 41,8% (n=185) (cf. Tabela 3).

Tabela3.Caracterização da amostra: Variável sócio demográficas

| Variáveis | Amostra total (N=443) | |
|------------------|-----------------------|------|
| | N | % |
| Profissao | | |
| Activista Social | 2 | 0,5 |
| Assistente | 5 | 1,1 |
| Adim, Principal | 1 | 0,2 |
| Auxiliares | 4 | 0,9 |
| Balconista | 1 | 0,2 |
| Bancário | 3 | 0,3 |
| Bar Man | 1 | 0,2 |
| C, Estatística | 1 | 0,2 |
| C,P, Estatística | 1 | 0,2 |
| Topógrafo | 3 | 0,7 |
| Camponês | 6 | 0,3 |
| Carpinteiro | 2 | 0,5 |
| Consultor | 1 | 0,2 |
| Contabilista | 6 | 1,4 |
| Desempregado | 2 | 0,4 |
| Doméstico | 13 | 3 |
| Emp, Limpeza | 2 | 0,4 |
| Economista | 1 | 0,2 |
| Electricista | 1 | 0,2 |
| Empresário | 2 | 0,5 |
| Enfermeiro | 3 | 0,7 |
| Engenheiro | 1 | 0,2 |
| Escriturário | 1 | 0,2 |
| Esp, Emigração | 1 | 0,2 |
| Estudante | 50 | 11,3 |
| F, Publico | 20 | 4,5 |
| Gerentes | 4 | 0,9 |
| Lavadeiro | 1 | 0,1 |
| Logístico | 1 | 0,2 |
| Marceneiro | 2 | 0,4 |
| Mecânico | 2 | 0,5 |
| Militar | 183 | 41,3 |
| Motorista | 2 | 0,5 |
| Negociante | 7 | 0,6 |
| Ope, Máquina | 1 | 0,2 |
| Ope, Caixa | 1 | 0,2 |
| Pedreiro | 2 | 0,5 |
| Polícia | 4 | 1 |
| Professore | 74 | 16,6 |
| Psicólogo | 2 | 0,5 |
| Reformado | 1 | 0,2 |
| Secretaria | 3 | 0,7 |
| Segurança | 3 | 0,7 |
| Sociólogo | 1 | 0,2 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

| | | |
|--|-----|------|
| Supervisor Loja | 2 | 0,5 |
| T, Estatística | 1 | 0,2 |
| Topografo | 2 | 0,4 |
| Tecn, Comercio | 1 | 0,2 |
| Téc, Aviação | 2 | 0,5 |
| Tesoureiro | 1 | 0,2 |
| Tradung | 1 | 0,2 |
| Vendedor | 6 | 1,4 |
| Veterina | 1 | 0,2 |
| Nível socioeconómico (excluindo a o estudo da Comunidade) | | |
| Baixo | 172 | 61,4 |
| Médio | 91 | 32,5 |
| Elevado | 17 | 6,1 |
| Etapa Ciclo Vital | | |
| Formação casal | 16 | 3,6 |
| Família filhos pequenos | 69 | 15,6 |
| Família filhos escola | 73 | 16,5 |
| Família filhos adolescentes | 95 | 21,4 |
| Família filhos adultos | 185 | 41,8 |
| Outros | 5 | 1,1 |

3.1.3 Caracterização da subamostra do Estudo de Epilepsia

Relativamente à subamostra da Epilepsia, dos 100 sujeitos estudados 50 têm epilepsia (grupo experimental) e 50 não têm epilepsia (grupo de controlo), com um total de 51 indivíduos do sexo feminino e 49 do sexo masculino. A faixa etária predominante nos dois grupos é de 20-29 anos 45,0% (n=45), sendo a média das idades de 32,9 anos (DP= 10,9) com a idade mínima de 17 anos e a máxima de 70 anos. No que toca ao nível de escolaridade 41,0% (n= 41) têm o ensino superior. De notar que 62,0% do grupo experimental tem apenas ensino primário, contrastando com 78,0% dos indivíduos do grupo de controlo com ensino superior. O estado civil solteiro é predominante com 35%. As vivendas e casa de adobe são os tipos de habitação onde os sujeitos habitam mais com 40% (n=40) para ambos (cf. Tabela 4).

Tabela 4.Caraterização da amostra do estudo de Epilepsia: Variáveis sociodemográficas.

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|---------------------|--------------|------|----------|-------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 26 | 52,0 | 23 | 46,0 | 49 | 49,0 |
| Feminino | 24 | 48,0 | 27 | 54,0 | 51 | 51,0 |
| Idade | | | | | | |
| 18-19 | 4 | 8,0 | 0 | 0,0 | 4 | 4,0 |
| 20-29 | 22 | 44,0 | 23 | 46,0 | 45 | 45,0 |
| 30-39 | 10 | 20,0 | 15 | 30,0 | 25 | 25,0 |
| 40-49 | 6 | 12,0 | 9 | 18,0 | 15 | 15,0 |
| 50-59 | 7 | 14,0 | 3 | 6,0 | 10 | 10,0 |
| 60+ | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ensino primário | 31 | 62,0 | 1 | 2,0% | 32 | 32,0 |
| 1º Ciclo ES | 11 | 22,0 | 1 | 2,0% | 12 | 12,0 |
| 2º Ciclo ES | 6 | 12,0 | 9 | 18,0% | 15 | 15,0 |
| Ensino superior | 2 | 4,0 | 39 | 78,0% | 41 | 41,0 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

| Estado civil | | | | | | |
|-----------------------|----|------|----|------|----|------|
| Solteiro | 22 | 44,0 | 13 | 26,0 | 35 | 35,0 |
| Casado | 12 | 24,0 | 21 | 42,0 | 33 | 33,0 |
| União de facto | 13 | 26,0 | 13 | 26,0 | 26 | 26,0 |
| Separado | 1 | 2,0 | 3 | 6,0 | 4 | 4,0 |
| Divorciado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Viúvo | 2 | 4,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Tipo habitação | | | | | | |
| Apartamento | 0 | 0,0 | 10 | 20,0 | 10 | 10,0 |
| Vivenda | 7 | 14,0 | 33 | 66,0 | 40 | 40,0 |
| Pau-a-Pique/cubata | 9 | 18,0 | 0 | 0,0 | 9 | 9,0 |
| Casa adobe | 33 | 66,0 | 7 | 14,0 | 40 | 40,0 |
| Outro | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |

No que concerne à etnia, a maior parte dos sujeitos são Nhanecas, correspondendo a 45,0% da nossa subamostra. A maioria dos sujeitos da subamostra é católica, 69,7%, e vivem nos arredores da cidade/bairros 58,0%. Quanto ao nível socioeconómico, grande parte dos sujeitos do estudo é de nível socioeconómico (NSE) médio 57,0% (n=57), seguido pelo NSE baixo com 34% (n=34). De notar que a classe modal no grupo experimental é o NSE baixo (68,0%), enquanto que, para o grupo de controlo esta classe é o NSE médio (86,0%). Relativamente à etapa ciclo vital, 54% (n=54) é a classe “família com filhos adultos” que constitui o número mais predominante, seguida da categoria “família com filhos pequenos” com 18% (n=18). No que toca à profissão, 19% (n=19) são funcionários públicos, sendo esta a profissão predominante neste estudo (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da amostra do estudo de Epilepsia: Variáveis sociodemográficas (Continuação)

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-------------------------|---------------------|------|-----------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Etnia | | | | | | |
| Nhaneca | 27 | 54,0 | 18 | 36,0 | 45 | 45,0 |
| Umbundo | 21 | 42,0 | 16 | 32,0 | 37 | 37,0 |
| Quimbundo | 0 | 0,0 | 8 | 16,0 | 8 | 8,0 |
| Nganguela | 1 | 2,0 | 2 | 4,0 | 3 | 3,0 |
| Cuanhama | 0 | 0,0 | 3 | 6,0 | 3 | 3,0 |
| Outras | 1 | 2,0 | 3 | 6,0 | 4 | 4,0 |
| Religião | | | | | | |
| Católica | 36 | 72,0 | 33 | 67,3 | 69 | 69,7 |
| Evangélica | 12 | 24,0 | 5 | 10,2 | 17 | 17,2 |
| Adventista 7º dia | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Tokuista | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Igreja Universal RD | 1 | 2,0 | 3 | 6,1 | 4 | 4,0 |
| Kimbanquista | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Testemunha Jeová | 0 | 0,0 | 3 | 6,1 | 3 | 3,0 |
| Outra | 1 | 2,0 | 4 | 8,2 | 5 | 5,1 |
| Área residência | | | | | | |
| Centro cidade | 2 | 4,0 | 21 | 42,0 | 23 | 23,0 |
| Arredores cidade/Bairro | 30 | 60,0 | 28 | 56,0 | 58 | 58,0 |
| Aldeia/Quimbo | 11 | 22,0 | 0 | 0,0 | 11 | 11,0 |
| Comuna/Sede | 7 | 14,0 | 1 | 2,0 | 8 | 8,0 |
| Outro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

| Nível socioeconómico | | | | | | |
|-----------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Baixo | 34 | 68,0 | 0 | 0,0 | 34 | 34,0 |
| Médio | 14 | 28,0 | 43 | 86,0 | 57 | 57,0 |
| Elevado | 2 | 4,0 | 7 | 14,0 | 9 | 9,0 |
| Etapa Ciclo Vital | | | | | | |
| Formação casal | 1 | 2,0 | 2 | 4,0 | 3 | 3,0 |
| Família filhos pequenos | 5 | 10,0 | 13 | 26,0 | 18 | 18,0 |
| Família filhos escola | 3 | 6,0 | 7 | 14,0 | 10 | 10,0 |
| Família filhos adolescentes | 7 | 14,0 | 7 | 14,0 | 14 | 14,0 |
| Família filhos adultos | 34 | 68,0 | 20 | 40,0 | 54 | 54,0 |
| Outros | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Profissão | | | | | | |
| Adm.prim | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Ass.Admi | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Ass.Cont | 0 | 0,0 | 2 | 4,0 | 2 | 2,0 |
| Ass.subs | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Aux.Cont | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Balconis | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Bancaria | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| C.Estati | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| C.P.Esta | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| C.Topogr | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Campones | 5 | 10,0 | 0 | 0,0 | 5 | 5,0 |
| Carpinte | 2 | 4,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Compones | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Consulta | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Contabil | 1 | 2,0 | 3 | 6,0 | 4 | 4,0 |
| Desempreg | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Domestic | 8 | 16,0 | 0 | 0,0 | 8 | 8,0 |
| E.Limpez | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Economis | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Emp.Limp | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Enfermei | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Engiheir | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Escritur | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Estudant | 6 | 12,0 | 0 | 0,0 | 6 | 6,0 |
| F.Public | 0 | 0,0 | 19 | 38,0 | 19 | 19,0 |
| Gestora | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Lavadeir | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Marcenei | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Mecanico | 2 | 4,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Mercenar | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Militar | 0 | 0,0 | 2 | 4,0 | 2 | 2,0 |
| N.Trabal | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Op.maqui | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Pedreiro | 2 | 4,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Profess | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Professo | 3 | 6,0 | 2 | 4,0 | 5 | 5,0 |
| Reformad | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Seguranç | 2 | 4,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Sociolog | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| T.Adm.Pu | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| T.Estati | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| T.Topogr | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Tcn.Come | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

| | | | | | | |
|----------|---|------|---|-----|---|-----|
| Tesoreir | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Topograf | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 1 | 1,0 |
| Tradulng | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |
| Vendedor | 6 | 12,0 | 0 | 0,0 | 6 | 6,0 |
| Veterina | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 |

3.1.4 Caraterização da Subamostra do Estudo de Malária

Dos 60 sujeitos estudados na subamostra de Malária (Chamuene, 2012), 30 foram doentes com malária e os restantes 30 sujeitos sem malária, sendo 86,7% (n=52) do sexo masculino e 13,3% (n= 8) do sexo feminino. A idade mínima é de 22 anos e de idade máxima de 58 anos. Quanto à escolaridade, 36.7% (n=22) dos sujeitos têm o ensino primário, 33,3% (n=20) têm o 1º ciclo do ensino secundário, 23,4% (n=14) com o 2º ciclo do ensino secundário e 6,7% (n= 4) têm o ensino superior. Os sujeitos com o ensino primário são a classe modal neste estudo. Sobre o estado civil, a união de facto é a categoria mais representada com 36,7% (n=22). Ao referir o tipo de habitação, observa-se que 76,7% (n=46) habitam em casa de adobe, (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Caraterização da subamostra de Malária: Variáveis sociodemográficas

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-----------------------|--------------|------|----------|------|-------|------|
| | 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 | | | | | | |
| 18-19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20-29 | 6 | 20,0 | 6 | 20,0 | 12 | 20,0 |
| 30-39 | 12 | 40,0 | 16 | 53,3 | 28 | 46,7 |
| 40-49 | 10 | 33,3 | 7 | 23,3 | 17 | 28,3 |
| 50-59 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 3 | 5,0 |
| 60+ | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ensino primário | 8 | 26,7 | 14 | 46,7 | 22 | 36,7 |
| 1º Ciclo ES | 11 | 36,7 | 9 | 30,0 | 20 | 33,3 |
| 2º Ciclo ES | 10 | 33,3 | 4 | 13,3 | 14 | 23,3 |
| Ensino superior | 1 | 3,3 | 3 | 10,0 | 4 | 6,7 |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteiro | 9 | 30,0 | 11 | 36,7 | 20 | 33,3 |
| Casado | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | 11 | 18,3 |
| União de facto | 9 | 30,0 | 13 | 43,3 | 22 | 36,7 |
| Separado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Divorciado | 3 | 10,0 | 0 | 0,0 | 3 | 5,0 |
| Viúvo | 4 | 13,3 | 0 | 0,0 | 4 | 6,7 |
| Tipo habitação | | | | | | |
| Apartamento | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Vivenda | 6 | 20,0 | 4 | 13,3 | 10 | 16,7 |
| Pau-a-Pique/cubata | 0 | 0,0 | 3 | 10,0 | 3 | 5,0 |
| Casa adobe | 23 | 76,7 | 23 | 76,7 | 46 | 76,7 |
| Outro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

A Etnia Umbundo é a mais predominante com 46,7% (n=28). Quanto à religião, 53,3% (n=32) dos sujeitos deste estudo são católicos, sendo esta a religião mais frequente. No que toca à residência, 76,7% (n=46) residem nos arredores da cidade/bairro, 15,0% (n=9) no centro da cidade, 5,0% (n=3) vivem em aldeia/quimbo e 3,3% (n=2) na comuna/sede. E no que diz respeito ao nível socioeconómico, a maior parte dos sujeitos da amostra têm um NSE baixo, 98,3% (n=59), sendo de 1,7% (n=1) a percentagem de indivíduos no NSE médio. Referindo a etapa ciclo vital, os sujeitos com família filhos adolescentes são as que participaram mais na amostra. E quanto a profissões, 96,7% (n=58) são militares e 3,3% (n=2) são polícias. (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Caracterização da subamostra de Malária: Variáveis sociodemográficas (Continuação)

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-----------------------------|--------------|-------|----------|-------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Etnia | | | | | | |
| Nhaneca | 11 | 36,7 | 5 | 16,7 | 16 | 26,7 |
| Umbundo | 12 | 40,0 | 16 | 53,3 | 28 | 46,7 |
| Quimbundo | 3 | 10,0 | 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 | 0,0 | 3 | 10,0 | 3 | 5,0 |
| Religião | | | | | | |
| Católica | 13 | 43,3 | 19 | 63,3 | 32 | 53,3 |
| Evangélica | 5 | 16,7 | 3 | 10,0 | 8 | 13,3 |
| Adventista 7º dia | 11 | 36,7 | 3 | 10,0 | 14 | 23,3 |
| Tokuista | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Igreja Universal RD | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Kimbanquista | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Testemunha Jeová | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Outra | 1 | 3,3 | 3 | 10,0 | 4 | 6,7 |
| Área residência | | | | | | |
| Centro cidade | 5 | 16,7 | 4 | 13,3 | 9 | 15,0 |
| Arredores cidade/Bairro | 23 | 76,7 | 23 | 76,7 | 46 | 76,7 |
| Aldeia/Quimbo | 1 | 3,3 | 2 | 6,7 | 3 | 5,0 |
| Comuna/Sede | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Outro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Nível socioeconómico | | | | | | |
| Baixo | 30 | 100,0 | 29 | 96,7 | 59 | 98,3 |
| Médio | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Elevado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Etapa Ciclo Vital | | | | | | |
| Formação casal | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Família filhos pequenos | 4 | 13,3 | 7 | 23,3 | 11 | 18,3 |
| Família filhos 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 |
| Outros | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Profissão | | | | | | |
| Militar | 28 | 93,3 | 30 | 100,0 | 58 | 96,7 |
| Polícia | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 |

3.1.5 Caracterização da Subamostra do Estudo de VIH/SIDA

Relativamente aos 60 sujeitos militares na subamostra do estudo de VIH/SIDA (Correia, 2012), 30 sujeitos tinham a doença (grupo experimental) e 30 sujeitos sem o VIH/SIDA (grupo de controlo). Nesta subamostra temos 93,3% (n= 56) são do sexo masculino e 6,7% (n= 4) são do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre os 21e os 63 anos, sendo de 33,3% (n= 20) a percentagem de indivíduos que pertencem à faixa etária modal dos 30-39 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, o ensino primário é a classe mais predominante 36,7% (n= 22). No que concerne ao estado civil, a maioria dos sujeitos vivem em união de facto, 63,3% (n= 38). Quanto ao tipo de habitação observa-se que 68,3% (n= 41) habitam em casa de adobe, a classe modal para ambos os grupos em análise. (cf. Tabela 8).

Tabela 8.Caraterização da subamostra de VIH/SIDA: Variáveis sociodemográficas

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-----------------------|--------------|------|----------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 28 | 93,3 | 28 | 93,3 | 56 | 93,3 |
| Feminino | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 4 | 6,7 |
| Idade | | | | | | |
| 18-19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20-29 | 8 | 26,7 | 8 | 26,7 | 16 | 26,7 |
| 30-39 | 10 | 33,3 | 10 | 33,3 | 20 | 33,3 |
| 40-49 | 9 | 30,0 | 10 | 33,3 | 19 | 31,7 |
| 50-59 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 3 | 5,0 |
| 60+ | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ensino primário | 11 | 39,3 | 11 | 36,7 | 22 | 37,9 |
| 1º Ciclo ES | 12 | 42,9 | 7 | 23,3 | 19 | 32,8 |
| 2º Ciclo ES | 5 | 17,9 | 8 | 26,7 | 13 | 22,4 |
| Ensino superior | 0 | 0,0 | 4 | 13,3 | 4 | 6,9 |
| Estado civil | | | | | | |
| 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 | 66,7 | 38 | 63,3 |
| Separado | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | 5 | 8,3 |
| Divorciado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Viúvo | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 4 | 6,7 |
| Tipo habitação | | | | | | |
| Apartamento | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Vivenda | 6 | 20,0 | 10 | 33,3 | 16 | 26,7 |
| Pau-a-Pique/cubata | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Casa adobe | 23 | 76,7 | 18 | 60,0 | 41 | 68,3 |
| Outro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Relativamente aos grupos étnicos, 35,0% (n= 21) são Umbundos, seguido de 18,3% (n= 11) classificados como Nganguelas ou Outros. No que diz respeito a área de residência, 81,7% (n= 49) residem nos arredores da cidade ou bairro e 18,3% (n= 11) residem no centro da cidade. Quanto à profissão, todos foram militares 100% (n= 60). Relativamente ao nível

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

socioeconómico (NSE) é maioritariamente baixo, com 48,3% (n= 29). Ambos os grupos apresentam valores de NSE semelhantes. No concernente à etapa ciclo vital, temos 25,0% (n=15) de indivíduos com famílias com filhos pequenos, 23,3% (n=14) com famílias com filhos em idade escolar, 21,7% (n=13) com famílias com filhos adolescentes, sendo os indivíduos em formação de casal e com filhos adultos as categorias menos representadas na nossa subamostra. Quanto ao agregado familiar, a maior parte dos sujeitos 55,0% (n=33) pertence a famílias compostas por 6 a 12 elementos. (cf. Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização da subamostra de VIH/SIDA: Variáveis sociodemográficas (Continuação)

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-----------------------------|--------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Etnia | | | | | | |
| Nhaneca | 7 | 23,3 | 2 | 6,7 | 9 | 15,0 |
| 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 |
| Outras | 1 | 3,3 | 10 | 33,3 | 11 | 18,3 |
| Religião | | | | | | |
| Católica | 14 | 46,7 | 24 | 80,0 | 38 | 63,3 |
| Evangélica | 12 | 40,0 | 3 | 10,0 | 15 | 25,0 |
| Adventista 7º dia | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Tokuista | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Igreja Universal RD | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Kimbanquista | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Testemunha Jeová | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Outra | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 3 | 5,0 |
| Área residência | | | | | | |
| Centro cidade | 6 | 20,0 | 5 | 16,7 | 11 | 18,3 |
| Arredores cidade/Bairro | 24 | 80,0 | 25 | 83,3 | 49 | 81,7 |
| Aldeia/Quimbo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Comuna/Sede | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Outro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Nível socioeconómico | | | | | | |
| 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 |
| Etapa Ciclo Vital | | | | | | |
| 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 |
| Outros | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Profissão | | | | | | |
| Militar | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 | 60 | 100,0 |
| Agregado Familiar | | | | | | |
| 0-5 | 13 | 43,3 | 14 | 46,7 | 27 | 45,0 |
| 6-12 | 17 | 56,7 | 16 | 53,3 | 33 | 55,0 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na

provincia da Huíla-Lubango
José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

3.1.6 Caracterização da Subamostra do Estudo de Tuberculose

Os dados apresentados na Tabela 10 permitem-nos concluir que amostra é constituída por 60 sujeitos militares subdivididos em duas subamostras, sendo 30 sujeitos militares com tuberculose (grupo experimental) e 30 sujeitos militares sem tuberculose (grupo de controlo), todos do sexo masculino e com uma idade mínima de 23 anos e máxima de 54 anos. Referindo as habilitações literárias, 42,9% (n= 24) dos sujeitos têm o 1º ciclo do ensino secundário, seguido por 41,1% (n= 23) com o ensino primário, 16,1% (n= 9) com o 2º ciclo do ensino secundário. Relativamente ao estado civil 88,3% (n= 53) a sua maioria dos sujeitos vivem em união de facto. No que perfaz ao tipo de habitação, observa-se que 83,3% (n= 50) vivem em casa de pau-a-pica, 8,3% (n= 5) vivem em casa de apartamento e 5,0% (n= 3) em vivenda.

Tabela 10. Caracterização da subamostra de Tuberculose: Variáveis sociodemográficas

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-----------------------|--------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 | 60 | 100,0 |
| Feminino | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Idade | | | | | | |
| 18-19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20-29 | 8 | 26,7 | 8 | 26,7 | 16 | 26,7 |
| 30-39 | 14 | 46,7 | 14 | 46,7 | 28 | 46,7 |
| 40-49 | 7 | 23,3 | 7 | 23,3 | 14 | 23,3 |
| 50-59 | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| 60+ | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ensino primário | 15 | 57,7 | 8 | 26,7 | 23 | 41,1 |
| 1º Ciclo ES | 5 | 19,2 | 19 | 63,3 | 24 | 42,9 |
| 2º Ciclo ES | 6 | 23,1 | 3 | 10,0 | 9 | 16,1 |
| Ensino superior | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteiro | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 |
| Casado | 0 | 0,0 | 2 | 6,7 | 2 | 3,3 |
| União de facto | 25 | 83,3 | 28 | 93,3 | 53 | 88,3 |
| Separado | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Divorciado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 |
| Viúvo | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | 0 | 3,3 |
| Tipo habitação | | | | | | |
| Apartamento | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | 5 | 8,3 |
| Vivenda | 1 | 3,3 | 2 | 6,7 | 3 | 5,0 |
| Pau-a-Pique/cubata | 25 | 83,3 | 25 | 83,3 | 50 | 83,3 |
| Casa adobe | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Outro | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |

Quanto ao grupo étnico 43,3% (n= 26) é Umbundo, 23,3% (n= 14) são Nhaneca, 15,0% (n= 9) são outros, 10,0% (n= 6) são Quimbundo, 5,0% (n= 3) são Cuanhamas e 3,3% (n=2) são Nganguelas. No que respeita à religião 58,3% (n= 35) dos sujeitos na sua maioria são católicos. Relativamente à área de residência, 95% (n= 57) vivem aos arredores da cidade. No qu

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

concerne ao nível socioeconómico, a maior parte dos sujeitos da amostra têm um NSE baixo 83.3% (n=50), 13,3% (n=5) dos sujeitos apresentam NSE médio e 6.7% (n=2) tem um NSE elevado. Ao referir a etapa ciclo vital, 31,7% (n= 19) na sua maioria os sujeitos são parte de uma família com filhos na escola. E no que respeita a profissões 100% (n= 60) são militares.

Tabela 11. Caracterização da subamostra de Tuberculose: Variáveis sociodemográficas (Continuação)

| | Experimental | | Controlo | | Total | |
|-----------------------------|--------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Etnia | | | | | | |
| Nhaneca | 10 | 33,3 | 4 | 13,3 | 14 | 23,3 |
| Umbundo | 11 | 36,7 | 15 | 50,0 | 26 | 43,3 |
| Quimbundo | 3 | 10,0 | 3 | 10,0 | 6 | 10,0 |
| Nganguela | 0 | 0,0 | 2 | 6,7 | 2 | 3,3 |
| Cuanhama | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 3 | 5,0 |
| Outras | 4 | 13,3 | 5 | 16,7 | 9 | 15,0 |
| Religião | | | | | | |
| Católica | 17 | 56,7 | 18 | 60,0 | 35 | 58,3 |
| Evangélica | 3 | 10,0 | 9 | 30,0 | 12 | 20,0 |
| Adventista 7º dia | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Tokuista | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Igreja Universal RD | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Kimbanquista | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Testemunha Jeová | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Outra | 9 | 30,0 | 2 | 6,7 | 11 | 18,3 |
| Área residência | | | | | | |
| Centro cidade | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |
| Arredores cidade/Bairro | 29 | 96,7 | 28 | 93,3 | 57 | 95,0 |
| Aldeia/Quimbo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Comuna/Sede | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Outro | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Nível socioeconómico | | | | | | |
| Baixo | 25 | 83,3 | 25 | 83,3 | 50 | 83,3 |
| Médio | 3 | 10,0 | 5 | 16,7 | 8 | 13,3 |
| Elevado | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | 2 | 3,3 |
| Etapa Ciclo Vital | | | | | | |
| Formação casal | 4 | 13,3 | 0 | 0,0 | 4 | 6,7 |
| Família filhos pequenos | 9 | 30,0 | 3 | 10,0 | 12 | 20,0 |
| Família filhos escola | 6 | 20,0 | 13 | 43,3 | 19 | 31,7 |
| Família filhos adolescentes | 4 | 13,3 | 9 | 30,0 | 13 | 21,7 |
| Família filhos adultos | 6 | 20,0 | 5 | 16,7 | 11 | 18,3 |
| Outros | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 |
| Profissão | | | | | | |
| Militar | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 | 60 | 100,0 |

3.1.7 Caracterização da amostra de estudo da comunidade

Relativamente aos 163 sujeitos da subamostra da Comunidade estudada por Cardoso (2012) no Lubango, 65,6% (n=107) são do sexo feminino, 34,4% (n=56) são do sexo masculino. A faixa etária predominante neste estudo é dos 20-29 anos de idade, sendo a média das idades de 29,2

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

(DP=9,9), com uma idade mínima de 18 anos e máxima de 58 anos. Quanto ao nível de escolaridade, os sujeitos como 2º ciclo do ensino secundário são os predominantes com 81,0% (n=132). Relativamente ao estado civil, o estado solteiro representa o número predominante com 55,8% (n=91). Ao referir o tipo de habitação, observa-se que 49,7% (n=81) habitam em vivendas. (cf. Tabela 12).

Tabela 12.Caraterização da subamostra Comunidade: Variáveis sociodemográficas

| | Total | |
|-----------------------|-------|------|
| | n | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 56 | 34,4 |
| Feminino | 107 | 65,6 |
| Idade | | |
| 10-19 | 20 | 12,3 |
| 20-29 | 82 | 50,3 |
| 30-39 | 31 | 19,0 |
| 40-49 | 22 | 13,5 |
| 50-59 | 8 | 4,9 |
| 60+ | 0 | 0,0 |
| Escolaridade | | |
| Ensino primário | 6 | 3,7 |
| 1º Ciclo ES | 7 | 4,3 |
| 2º Ciclo ES | 132 | 81,0 |
| Ensino superior | 18 | 11,0 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 91 | 55,8 |
| Casado | 22 | 13,5 |
| União de facto | 44 | 27,0 |
| Separado | 2 | 1,2 |
| Divorciado | 1 | ,6 |
| Viúvo | 3 | 1,8 |
| Tipo habitação | | |
| Apartamento | 16 | 9,8 |
| Vivenda | 81 | 49,7 |
| Pau-a-Pique/cubata | 3 | 1,8 |
| Casa adobe | 63 | 38,7 |
| Outro | 0 | 0,0 |

O grupo étnico Umbundo é o grupo mais representado neste estudo com 54,0% (n=88),seguidopor 23,9% (n=39) de Nhanecas. Quanto à etapa ciclo vital, observa-se que 61,3% são famílias com filhos adultos. No que concerne à composição do agregado familiar, 55,8% é composto por 6-10 pessoas. Relativamente a profissão os professores representam 41.7% (n=68) sendo a profissão predominante dos sujeitos do estudo. (cf. Tabela 13).

Tabela 13.Caraterização da subamostra Comunidade: Variáveis sociodemográficas. (Continuação)

| | Total | |
|-----------------------------|-------|------|
| | n | % |
| Etnia | | |
| Nhaneca | 39 | 23,9 |
| Umbundo | 88 | 54,0 |
| Quimbundo | 13 | 8,0 |
| Nganguela | 9 | 5,5 |
| Cuanhama | 1 | ,6 |
| Outras | 13 | 8,0 |
| Religião | | |
| Católica | 86 | 52,8 |
| Evangélica | 52 | 31,9 |
| Adventista 7º dia | 13 | 8,0 |
| Tokuista | 1 | ,6 |
| Igreja Universal RD | 6 | 3,7 |
| Kimbanquista | 0 | 0,0 |
| Testemunha Jeová | 2 | 1,2 |
| Outra | 3 | 1,8 |
| Área residência | | |
| Centro cidade | 33 | 20,2 |
| Arredores cidade/Bairro | 124 | 76,1 |
| Aldeia/Quimbo | 3 | 1,8 |
| Comuna/Sede | 3 | 1,8 |
| Outro | 0 | 0,0 |
| Agregado Familiar | | |
| 0-5 | 55 | 33,7 |
| 6-10 | 108 | 66,3 |
| Etapas Ciclo Vital | | |
| Formação casal | 1 | 0,6 |
| Família filhos pequenos | 13 | 8,0 |
| Família filhos escola | 12 | 7,4 |
| Família filhos adolescentes | 34 | 20,9 |
| Família filhos adultos | 100 | 61,3 |
| Outros | 3 | 1,8 |
| Profissão | | |
| ativista social | 2 | 1,2 |
| assistente comercial | 1 | ,6 |
| auxiliar administ | 3 | 1,8 |
| bancario | 2 | 1,2 |
| barman | 1 | ,6 |
| contabilista | 2 | 1,2 |
| domestica | 2 | 1,2 |
| electricista | 1 | ,6 |
| Empregada domestica | 3 | 1,8 |
| Empresario | 2 | 1,2 |
| Enfermeiro | 2 | 1,2 |
| Especialista emigração | 1 | ,6 |
| Estudante | 44 | 27,0 |
| Gerente | 3 | 1,8 |
| Guarda | 1 | ,6 |
| Logistico | 1 | ,6 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

| | | |
|------------------------|----|------|
| Militar | 3 | 1,8 |
| Motorista | 2 | 1,2 |
| Negociante | 7 | 4,3 |
| Operadora caixa | 1 | , 6 |
| Polícia | 2 | 1,2 |
| Professor | 68 | 41,7 |
| Psicóloga | 2 | 1,2 |
| Secretaria | 3 | 1,8 |
| Supervisor loja | 2 | 1,2 |
| Tecnicoaviação | 2 | 1,2 |
| Activista social | 2 | 1,2 |
| Assistente comercial | 1 | , 6 |
| Auxiliar administ | 3 | 1,8 |
| Bancario | 2 | 1,2 |
| Bar man | 1 | , 6 |
| Contabilista | 2 | 1,2 |
| Domestica | 2 | 1,2 |
| Ectricista | 1 | , 6 |
| Empregada domestica | 3 | 1,8 |
| Empresario | 2 | 1,2 |
| Enfermeiro | 2 | 1,2 |
| Especialista emigração | 1 | , 6 |
| Estudante | 44 | 27,0 |
| Gerente | 3 | 1,8 |
| Guarda | 1 | , 6 |
| Logistico | 1 | , 6 |
| Militar | 3 | 1,8 |
| Motorista | 2 | 1,2 |
| Negociante | 7 | 4,3 |
| Operadora caixa | 1 | , 6 |
| Polícia | 2 | 1,2 |
| Professor | 68 | 41,7 |
| Psicóloga | 2 | 1,2 |
| Secretaria | 3 | 1,8 |
| Supervisor loja | 2 | 1,2 |
| Tecnicoaviação | 2 | 1,2 |

Os questionários sociodemográficos aplicados nos cinco estudos demonstram que o sexo masculino é predominante nos estudos de Malária, VIH/SIDA e Tuberculose enquanto o sexo feminino predomina nos estudos de Epilepsia e Comunidade. Relativamente a faixa etária, os estudos de Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade predomina dos 30-39 anos de idade, sendo dos 20-29 anos predominam no estudo de Epilepsia. No que concerne a escolaridade, no estudo de Malária e VIH/SIDA a maioria dos sujeitos possuem o ensino primário, no estudo de Tuberculose predomina o 1º ciclo do ensino secundário, na comunidade o 2º ciclo do ensino secundário, enquanto no estudo de Epilepsia a maioria dos sujeitos têm o ensino superior. A união de facto é o estado civil predominante nos estudos de Malária, VIH/SIDA e Tuberculose, sendo o estado solteiro o mais predominante nos estudos de Epilepsia e Comunidade. A maior parte dos sujeitos dos estudos de Malária, VIH/SIDA e Tuberculose habitam em casas de adobe, enquanto os sujeitos de estudo de Epilepsia e Comunidade

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

habitam em vivendas. A etnia Umbundo predomina nos estudos de Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade, sendo a etnia Nhaneca predominante no estudo de Epilepsia. A maior parte dos sujeitos dos 5 estudos são católicos e residem nos arredores da cidade/bairros. Os sujeitos nos estudos de Malária, VIH/SIDA e Tuberculose, apresentam um NSE baixo em relação ao nível médio apresentado nos sujeitos dos estudos de Epilepsia e Comunidade. Quanto à profissão a maior parte dos sujeitos dos 5 estudos são militares. Nota-se que existe uma diferença quanto a etapa do ciclo vital nos 5 estudos, sendo que, os estudos de Epilepsia e Comunidade têm famílias com filhos adultos, nos estudos de Malária predominam as famílias com filhos adolescentes, no VIH/SIDA temos predominantemente famílias com filhos pequenos e no estudo de tuberculose predominam as famílias com filhos na escola.

3.2 Instrumentos

Nestes estudos foram utilizados vários instrumentos que foram adequados em função dos objetivos de cada estudo. Neste trabalho faremos a menção de dois tipos de instrumentos, a saber: o Questionário Sociodemográfico e o SCORE-15.

3.2.1 Questionário de Dados Sociodemográfico e Familiares

Este questionário permitiu a recolha de informação sociodemográfica relativa aos 5 estudos realizados na província da Huíla-Lubango, referentes à Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade. Entre outras, salientamos as variáveis: sexo, idade, estado civil, área de residência, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconómico e ainda informações familiares, como por exemplo, a etapa do ciclo vital familiar e a composição familiar.

3.2.2 Questionário de dados do SCORE- 15

Este estudo consiste em analisar funcionamento familiar da população Angolana através do instrumento SCORE-15, versão portuguesa, composto por 15 itens. Este instrumento é de auto-resposta, procurando avaliar os resultados terapêuticos da terapia familiar.

A cotação do SCORE-15 é feita de acordo com a escala de Likert de 5 pontos, oscilando entre 1 “Descreve-nos muito bem”, 2 “Descreve-nos Bem”, 3 “Descreve-nos em parte”, 4 “Descreve-nos Mal” e 5 “Descreve-nos muito mal”. Na versão original é dividido em três factores: factor 1 representando as Forças Familiares (item 1, 3, 6, 10, 15); o factor 2 identificado como as Dificuldades Familiares (item 5, 7, 9, 11, 14); e o factor 3 que representa a Comunicação Familiar (item 2, 4, 8, 12, 13) (Estratos *et al.*, 2010 como citado por Cardoso 2012, p. 12).

Para a constatação dos resultados nesta parte do instrumento deve-se ter em conta a inversão de alguns itens (2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14) e analisar os resultados ponderando que quanto maior for a pontuação obtida,

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

maiores serão as dificuldades da família. Em seguida são apresentadas os resultados referentes à qualidade psicométrica do instrumento para a população em estudo.

IV - Resultados

4.1 Estudo de análise factorial do SCORE-15

Foi calculado a estatística de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e realizado o teste de esfericidade de Bartlett com a finalidade de avaliar se a aplicação da análise factorial é justificada. O valor encontrado para o KMO foi de 0,828 ($>0,5$) e rejeitámos a hipótese de não correlação dos itens a partir do teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) (cf. Tabela 14).

Tabela 14. KMO e teste de Bartlett.

| | |
|---------------------------|----------|
| Kaiser-Meyer-Olkin | 0,828 |
| Bartlett's Test | 1909,544 |
| df. | 105 |
| Sig. | 0,000 |

Tendo em conta à análise feita dos resultados da variância (Tabela 15) e do *scree plot* (Figura 1), observa-se um contributo mais forte para a variância total do fator 1, de 28,9%. Os resultados apontam para uma estrutura do SCORE-15 de 3 fatores, explicando 42,7% da variância total existente nos nossos dados.

Tabela 15. Valores próprios e variância explicada.

| Fator | Initial Eigenvalues | | | Rotation Sums of Squared Loadings | | |
|-------|---------------------|---------------|--------------|-----------------------------------|---------------|--------------|
| | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % |
| 1 | 4,339 | 28,924 | 28,924 | 3,265 | 21,769 | 21,769 |
| 2 | 2,234 | 14,896 | 43,820 | 1,971 | 13,137 | 34,907 |
| 3 | 1,329 | 8,859 | 52,679 | 1,166 | 7,771 | 42,678 |

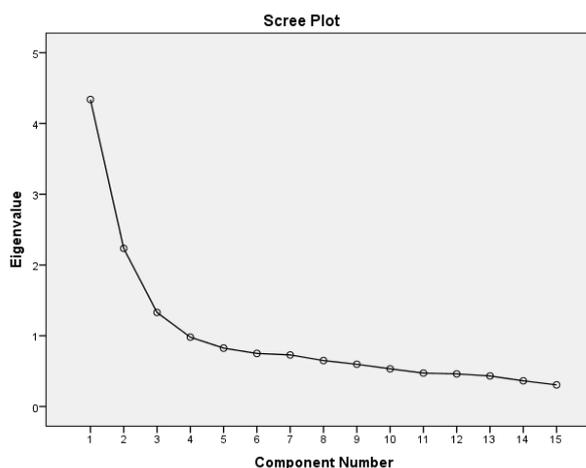


Figura 1. Screeplot

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

Na Tabela 16, estão assinaladas a negrito os valores mais elevados em termos absolutos das saturações dos itens.

Tabela 16. Estrutura fatorial e respetivas saturações dos itens.

| Itens SCORE-15 | Fatores | | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Item 1 | 0,048 | 0,708 | 0,059 |
| Item 2 | 0,294 | 0,076 | 0,498 |
| Item 3 | -0,016 | 0,688 | 0,157 |
| Item 4 | 0,367 | 0,049 | 0,368 |
| Item 5 | 0,130 | 0,011 | 0,673 |
| Item 6 | -0,013 | 0,551 | 0,223 |
| Item 7 | 0,588 | -0,006 | 0,160 |
| Item 8 | 0,554 | 0,064 | 0,204 |
| Item 9 | 0,521 | 0,112 | 0,300 |
| Item 10 | 0,170 | 0,642 | -0,136 |
| Item 11 | 0,716 | 0,130 | 0,086 |
| Item 12 | 0,831 | 0,104 | -0,029 |
| Item 13 | 0,626 | 0,060 | 0,137 |
| Item 14 | 0,663 | 0,098 | 0,174 |
| Item 15 | 0,195 | 0,463 | -0,137 |

Os resultados sugerem uma estrutura de 3 fatores composta pelos itens (7, 8, 9, 11, 12, 13, 14), (1, 3, 6, 10, 15) e (2, 4, 5), respetivamente.

4.2 - Estatísticas Descritivas e Consistência Interna dos itens do SCORE-15

Mendes (2011, ao citar Almeida e Freire 2008) refere que a consistência interna mede a correlação entre diferentes itens no mesmo teste, isto é, refere o grau de uniformidade e congruência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens.

Foi assim efetuado um estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão dos 15 itens. Desta forma, na Tabela 14 observa-se a média, o desvio – padrão, a correlação dos itens-total corrigida e o alfa de Cronbach excluindo o item para o SCORE-15.

A consistência interna dos itens que compõem a versão do SCORE-15 foi avaliada através do coeficiente de alfa de Cronbach, de forma a detetar quais os itens que apresentam um melhor ou pior funcionamento.

Sendo assim, para a nossa amostra de 280 indivíduos, o SCORE-15 apresenta um resultado de alfa de Cronbach de 0,815 (cf. Tabela 17).

Tabela 17. Alfa de Cronbach

| Alfa de Cronbach | Nº de Itens |
|------------------|-------------|
| 0,815 | 15 |

Para analisar a contribuição de cada item para a consistência interna, realizou-se um estudo da correlação item versus total da escala e o cálculo do alfa de Cronbach quando da exclusão de cada item. Os resultados

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

demonstram que ao eliminarmos qualquer um dos itens o alfa de Cronbach baixaria, pelo que é uma boa indicação da consistência interna deste instrumento. De notar contudo as correlações item-total relativamente baixas, em particular para os itens 5 “Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia” e 6 “Confiamos uns nos outros” com uma correlação de apenas 0,27 (cf. Tabela 18).

Tabela 18. Estatística Descritiva e Consistência dos itens do SCORE-15

| Itens | Média | Desvio padrão | Correlação item-total corrigida | Alfa de Cronbach sem o item |
|---------|-------|---------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Item 1 | 1,79 | 0,894 | 0,31 | 0,811 |
| Item 2 | 2,68 | 1,055 | 0,40 | 0,806 |
| Item 3 | 2,14 | 1,007 | 0,29 | 0,813 |
| Item 4 | 2,66 | 1,046 | 0,41 | 0,806 |
| Item 5 | 2,86 | 1,164 | 0,27 | 0,815 |
| Item 6 | 2,23 | 1,075 | 0,27 | 0,815 |
| Item 7 | 2,51 | 1,278 | 0,48 | 0,801 |
| Item 8 | 2,75 | 1,146 | 0,51 | 0,799 |
| Item 9 | 2,62 | 1,120 | 0,53 | 0,797 |
| Item 10 | 2,17 | 1,057 | 0,32 | 0,812 |
| Item 11 | 2,63 | 1,178 | 0,59 | 0,793 |
| Item 12 | 2,45 | 1,293 | 0,61 | 0,790 |
| Item 13 | 2,69 | 1,208 | 0,51 | 0,798 |
| Item 14 | 2,54 | 1,254 | 0,57 | 0,793 |
| Item 15 | 2,10 | 0,979 | 0,29 | 0,813 |

Neste contexto passamos à apresentação dos resultados referidos para cada um dos 3 factores em separado.

Nofator 1 encontrou-se um conjunto de 7 itens com um resultado de alfa de Cronbach igual a 0,840. A remoção de nenhum dos itens levaria a um aumento do alfa de Cronbach. Nestes itens estão incluídos os problemas relacionados com as Dificuldades Familiares passo que na versão original é constituído por 5 itens relacionados à Competências Familiares. (cf. Tabelas 19 e 20).

Tabela 19. Fator 1

| Alfa de Cronbach | Nº de Itens |
|------------------|-------------|
| 0,840 | 7 |

Tabela 20. Fator 1

| Itens | Correlação item-total corrigida | Alfa de Cronbach sem o item |
|--|---------------------------------|-----------------------------|
| 7. Sentimo-nos muito infelizes na nossa família. | 0,346 | 0,828 |
| 8. Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente. | 0,559 | 0,824 |
| 9. Na minha família, parece que surgem crisesumas | 0,524 | 0,828 |

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

| | | |
|---|-------|-------|
| atrás das outras. | | |
| 11. As coisas parecem correr sempre mal para minha família. | 0,650 | 0,810 |
| 12. As pessoas da minha família são desagradáveisumas com outras. | 0,709 | 0,799 |
| 13. Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras. | 0,563 | 0,823 |
| 14. Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal. | 0,613 | 0,815 |

O fator 2 é composto por 5 itens, tendo o resultado de alfa de Cronbach sido igual a 0,734. Também neste caso a remoção de qualquer um dos itens não leva ao aumento do alfa de Cronbach (cf. Tabela 21 e 22).

Tabela 21. Fator 2

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Alfa de Cronbach 0,734 | Nº de Itens |
| | 5 |

Tabela 22. Fator 2.

| Itens | Correlação item-total corrigida | Alfa de Cronbach sem o item |
|---|--|------------------------------------|
| 1. Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós. | 0,568 | 0,665 |
| 3. Todos nós somos ouvidos na nossa família. | 0,550 | 0,667 |
| 6. Confiamos uns com os outros. | 0,452 | 0,706 |
| 10. Quando um de nós está aborrecido/ perturbado é apoiado pela família. | 0,524 | 0,677 |
| 15. Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades. | 0,397 | 0,724 |

Relativamente ao fator 3, este é constituído por 3 itens com um valor de alfa de Cronbach igual a 0,567. Este valor é inferior ao limite aceitável de 0,6. O retirar de qualquer item não conduz a um aumento do alfa de Cronbach (cf. Tabela 23 e 24).

Tabela 23. Fator 3.

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Alfa de Cronbach 0,567 | Nº de Itens |
| | 3 |

Tabela 24. Fator 3

| Itens | Correlação item-total corrigida | Alfa de Cronbach sem o item |
|--|--|------------------------------------|
| 2. Na minha família, muitas vezes não se diz a verdade | 0,400 | 0,432 |

| | | |
|--|-------|-------|
| uns aos outros. | | |
| 4. Sinto que é arriscado discordar na nossa família. | 0,391 | 0,445 |
| 5. Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia. | 0,343 | 0,525 |

Teste- para amostras independentes e teste do Kruskal-Wallis

De forma a analisarmos se os grupos de doentes e não doentes respondiam de forma diferente ao SCORE-15, realizámos o teste-t para amostras independentes. Sempre que a falha de homogeneidade ocorreu, aplicou-se a correcção de Welch a este teste.

Concluimos que existiam diferenças estatisticamente significativas para os factores 1 ($t=4,053$; $p<0,001$) e 2 ($t=2,358$; $p<0,001$) do nosso estudo, onde o grupo de doentes apresentaem média valores superiores que o grupo dos não doentes.

Devido à natureza dos 5 estudos abordados nesta análise, pretendemos avaliar se os indivíduos provenientes dos grupos experimentais e controlo, presentes nos estudos das 4 patologias, e os indivíduos provenientes do estudo comunitário, ao qual chamaremos de grupo normativo, responderiam de forma diferente ao instrumento e relativamente aos três fatores identificados no SCORE-15 para este estudo.

Para tal, recorreu-se ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que a condição de homogeneidade das variâncias na ANOVA não foi satisfeita nas análises que seguem. Os resultados podem ser observados na Tabela 25

Tabela 25. Comparações múltiplas do teste Kruskal-Wallis

| | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|------------------------|-------------------|---------------|------------------------|-------|----------|
| Fator 1 | | | | | |
| Experimental-Controlo | 20,317 | 14,684 | 1,384 | ,166 | ,499 |
| Experimental-Normativo | 60,302 | 14,713 | 4,099 | ,000 | ,000 |
| Controlo-Normativo | 39,985 | 15,259 | 2,620 | ,009 | ,026 |
| Fator 3 | | | | | |
| Experimental-Controlo | -7,629 | 15,173 | -,503 | 0,615 | 1,000 |
| Experimental-Normativo | -51,667 | 14,628 | -3,532 | 0,000 | 0,001 |
| Controlo-Normativo | -44,038 | 14,628 | -0,11 | 0,003 | 0,008 |

Apenas nos fatores 1 ($\chi^2=17,124$; $p<0,001$) e 3 ($\chi^2=14,892$; $p=0,001$) foram apresentadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No fator 1 essa diferenças ocorrem entre o grupo de doentes e o grupo do estudo da comunidade ($p<0,001$) e entre os grupos de não doentes, controlo e normativo ($p=0,026$). Para o fator 3, as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre o grupo doente e os dois outros grupos de não doentes, controlo e normativo ($p=0,001$ e $0,008$, respetivamente) (cf. Tabela 25).

IV - Discussão

O SCORE-15 é um instrumento utilizado para avaliar o funcionamento familiar. A escala composta por 15 itens, distribuídos por 3 dimensões do funcionamento familiar, nomeadamente, as Competências Familiares, Dificuldades Familiares e Comunicação Familiar (Mendes, 2011 como citado em Santos, 2012, p. 16).

A amostra deste trabalho é referente a uma sequência de cinco estudos realizados entre militares e comunidade na província da Huíla-Lubango no ano de 2012. Reconhecendo este facto como uma limitação na interpretação dos resultados, o nosso estudo pretende mesmo assim fazer uma análise exploratória do SCORE-15 relativamente ao funcionamento familiar na população Angolana sob a presença ou não das seguintes patologias: Epilepsia, Malária, VIH/SIDA e Tuberculose.

Nesta amostra de 443 sujeitos, começamos por referir que a maior parte dos sujeitos da amostra são do sexo masculino. Este facto não é surpreendente pois, tendo a amostra sido recolhida em ambiente militar, no passado o ingresso nas forças armadas Angolanas apenas era obrigatório para os homens. As mulheres tinham medo de perder as suas vidas e dedicavam-se mais a pequenos trabalhos de cultivo para o sustento das suas famílias. Quanto à idade observa-se que os sujeitos mais representados nos cinco estudos foram pertencentes às faixas etárias dos 20-29 e 30-39 anos de idade. Isto pode ser porque tendo em conta o número mais elevado dos sujeitos militares, para a sua integração deve-se a sujeitos com idades 18-45 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, os sujeitos com o 2º ciclo do ensino secundário são os mais representativos na nossa amostra. Um possível fator dos baixos números observados no ensino superior é a guerra, ou seja, o conflito armado em que o país esteve mergulhado durante quase 3 décadas, retardando muitos sonhos e impossibilitando a formação dos homens para domínio da ciência, da técnica e da tecnologia, debilitando consequentemente a análise reflexiva sobre diversas perspetivas. Durante a guerra os jovens maiores de 18 anos eram resgatados obrigatoriamente para o ingresso às fileiras das forças armadas. Observa-se que o estado civil mais comum é a união de facto, sendo uma possível razão a maioria dos nossos sujeitos serem militares. Tendo em conta o estilo de vida militar, isto é não terem uma residência fixa, pode provocar com que eles não assumissem a relação de uma forma oficiosa. No nosso estudo verifica que uma grande percentagem dos sujeitos habita em casas de adobe, muito possivelmente devido ao elevado número de sujeitos com uma NSE baixo, reflectindo a realidade dos salários para militares ser precária. No que concerne a etnia, em 2002 Angola possuía 15,941,00 habitantes. A maior etnia é Ovibundo (residentes no Planalto Central e no Sul), seguida dos Kimbundu e Bakongos, que se situam no Norte do país, e outras etnias menos expressivas em termos quantitativos. Assim sendo, estas estatísticas vão ao encontro do que encontramos no nosso estudo, tendo em conta que a maior parte dos sujeitos do nosso estudo é Umbundo, que é a língua falada pela etnia Ovinbundu (Barreira, 2005 como citado em Correia 2012, p. 19). Do mesmo modo, no que diz respeito a religião, a maior parte dos sujeitos deste estudo

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

são da religião católica. Este facto poderá ser uma questão histórica, há 500 anos para cá surgiram, em particular em Angola, missionários católicos espalhados em diversas cidades com o objetivo de evangelizar a população. Desde então a igreja católica foi considerada como a primeira igreja no mundo e a maioria da população faz parte da religião católica. Na variável área de residência é um aspeto que decorre do fator da guerra e do baixo nível socioeconómico. É importante explicar que esses fatores podem influenciar os resultados a serem salientados. Os conflitos armados levaram a um êxodo populacional no sentido campo/cidade, originando muitas vezes conflitos vividos por muitas famílias. A falta de formação profissional e académica dos militares sendo o salário mensal fixo a única fonte de rendimento, implica que a maioria destes indivíduos pertence a um NSE baixo, podendo desta forma influenciar uma baixa sustentabilidade e a origem de conflitos familiares.

A respeito da análise fatorial do SCORE-15 no nosso estudo, os resultados encontrados mostram-nos que o instrumento está estruturado em 3 fatores, tal como nos estudos de Stratton e colaboradores (2010) e Mendes (2012 como citado em Cardoso, 2012, p. 21). Verifica-se que dos três fatores encontrados nesta análise do SCORE-15, apenas o fator “Forças familiares” é identificado na sua totalidade (fator 2 do presente estudo). Os fatores 1 e 3 neste estudo, são uma combinação das estruturas anteriormente encontradas e definidas como “Dificuldades familiares” e “Comunicação familiares”. Em particular, 3 itens do fator “Comunicação familiar” (8, 12 e 13) reuniram-se no fator 1 deste estudo, enquanto que um item do fator “Dificuldades familiares” encontra-se agora no fator 3 (item 5). Salientamos ainda o valor de alfa de Cronbach abaixo do limite de 0,6 para o fator 3. Sendo assim, pensamos ter indícios da necessidade de reestruturação do instrumento segundo a realidade particular da população de angolana.

É de salientar que cada sociedade tem as suas culturas que diferem umas das outras no que toca a parte de organização, maneiras, comunicação e também na forma como as dificuldades são encontradas. Para a sua resolução, os angolanos podem encarar os problemas de maneiras diferentes ou semelhantes a outras sociedades. Salientamos ainda o facto da educação também poder influenciar os resultados, pois a maior parte dos sujeitos da nossa amostra são do nível de escolaridade médio. Isto pode justificar-se porque quanto maior o nível de escolaridade, maior poderá ser a facilidade de compreensão, comunicação e forma de as superar.

Relativamente à consistência interna, o coeficiente do alfa de Cronbach obtido para o SCORE-15 é de 0,815 que significa dizer que tem uma boa consistência interna, mesmo superior ao valor de 0,766 obtido nos estudos de Cardoso (2012). Ao analisarmos esses itens sugere-se uma possível reestruturação do instrumento do SCORE-15 adaptada à realidade da população Angolana. Note o valor alfa de Cronbach de 0,567 relativo aos 3 itens que compõem o fator 3: “ Na minha família, muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros”, “Sinto que é arriscado discordar na nossa família”, “Sentimos que é difícil enfrentarmos os problemas do dia-a-dia.

Tendo em conta os problemas da guerra vividos pelos angolanos,

Validação do SCORE-15 no funcionamento familiar da população Angolana nos estudos realizados em sujeitos com Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade na província da Huíla-Lubango

José Queba (e-mail: jqlavi1@hotmail.com) 2014

muitas famílias tiveram muitos problemas em enfrentar os problemas do dia-a-dia por parte dos seus membros familiares. Isso deve-se à guerra ter provocado uma grande morbidade nos civis. Estes conflitos mudaram radicalmente vários aspetos da vida quotidiana dos angolanos, contribuindo, direta ou indiretamente, para a criação de novas identidades dos angolanos e a mudança da visão que estes tinham sobre os lugares e a realidade material em que cada grupo se encontrava durante a guerra (Luandino, 2011).

Por fim, os resultados do teste-t e do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis indicam que o SCORE-15 pontua de maneira diferente os grupos de doentes e não doentes, sendo o primeiro o que manifesta um grau mais elevado de problemas. Salientamos apenas as diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de não doentes das pontuações medianas obtidas no fator 3 do nosso estudo. Poderá este resultado ser uma limitação do nosso estudo pois, sendo ambos os grupos de indivíduos sem a pressão da doença, deveriam de uma certa forma responderem de forma semelhante ao SCORE-15.

VI – Conclusão

O estudo da validação do SCORE-15 constata a existência de diferenças entre a versão Portuguesa no funcionamento familiar e os resultados obtidos com base nos estudos de Epilepsia, Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Comunidade no Lubango.

Foi feito um estudo factorial e de análise de consistência interna do SCORE-15 onde reestruturamos o instrumento original, tendo sido observado a troca de itens em alguns dos fatores da versão original. Apesar dos resultados deste estudo encontrar uma boa consistência interna, igual a 0,815, deverá contudo ser indicado uma adaptação do SCORE-15 à realidade Angolana.

Todo trabalho de investigação é inacabável e como tal, este não é exceção. Novos estudos são necessários sobre este tema, de forma a podermos validar este instrumento de funcionamento familiar à diversidade cultural e étnica de Angola.

Bibliografia

Angelina, M. D. (2012), *Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de Vida em Doentes com Tuberculose: Estudo Exploratório em Contexto Militar Angolano. (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Augusto, J. P. d C. (2012) *Jogos Patológico e Congruência. Estudo Exploratório Sobre o Funcionamento do Jogador Patológico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Sistémica, Saúde e Família. UC/FPCE. Coimbra. Portugal.

Cardoso L.J.G.G. (2012) *Impacto das variáveis Sócio demografias e Familiares no funcionamento familiar, Avaliado pelo SCORE-15:Estudo Exploratório numa Amostra Angolana Não-Clínica. (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Chamuene E.B. (2012) *Qualidade de Vida e Resiliência Familiar na Malária: Estudo Exploratório numa amostra Angolana em Contexto Militar. (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Correia P.A.F.G. (2012) *Estratégias de Coping Familiar e Qualidade de Vida em Angola: Estudo Exploratório com Doentes com VIH e SIDA em Contexto Militar (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Costa E. M. B. (2011) *Práticas Parentais, Funcionamento Familiar e Comportamento dos Adolescentes (Tese do mestrado publicado)*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Lisboa. Lisboa.

Costa J.A. (1999) *Dicionário de Língua Portuguesa* (Porto editora. Porto).

Cunha, G. S. (2012) *Estudos de adaptação e validação da Escala de Congruência (EC) para a população portuguesa. (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Doron, R. P. François (2006) *Dicionário de Psicologia* (Editora Ática. Paris).

Gimeno, A. (2001), *A Família o Desafio da Diversidade. Epistemologia e Sociedade*, sob a direcção de António Oliveira Cruz. Instituto Piaget. Lisboa.

Joaquim B.P.M. (2012) *Qualidade de Vida e Forças Familiares em famílias com sem Epilepsia. Estudo Exploratório na Província de Huíla-Lubango. (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Luandino, H. (2011), *A. N. aprova Lei contra a Violência Doméstica*. Disponível em radioeclesia.org./index.php.

Mendes, A. R. (2011) *Impacto das Variáveis Sócio demográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-29: Estudo Exploratório numa amostra não Clínica (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Pereira, F.A.F. (2011) *Estudo de Validação da Versão Portuguesa do SCORE-28 e 15 numa amostra não-Clinica (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

República de Angola. Ministério da Educação. Lei nº 13/01, de 31 de Dezembro. Lei de Bases do Sistema de Educação. Diário da República 1ª Série.

Rodrigues, R. C. S. (2012) *Estudo exploratório de caracterização de uma amostra de Jogadores patológicos em função de variáveis familiares (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Santos, P. D. (2012) *Recursos à Medicina Tradicional no Tratamento de Crianças Angolanas: Estudo Exploratório no Hospital Pediátrico do Lubango (Tese de mestrado não publicada)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.