



2014

UC/FPCE

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

F-COPES: Estudo de validação para a população da região sul de Angola, província da Huíla

Menezes Muango Nambongue Chamale
(menezes_chamale@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em sistémica, Saúde e Família sob a orientação do Doutor Bruno de Sousa.

F-COPES: Estudo de validação para a população da região sul de Angola, província da Huíla

Resumo

O presente estudo tem como objectivo a validação do instrumento F-COPES na região sul de Angola província da Huíla, por forma a comparar as estratégias de *coping* que as famílias doentes e não doentes utilizam perante situações stressantes da família.

A amostra foi composta por 280 sujeitos de ambos os sexos, cuja idade varia de 18 a 70 anos, maioritariamente 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, subdivididos em dois grupos: 140 doentes (grupo experimental) e 140 não doentes (grupo de controlo).

Os resultados estatísticos apresentam valores aceitáveis de confiabilidade do instrumento (F-COPES) aplicado nesta região, porém o estudo de validação da estrutura fatorial do instrumento demonstrou diferenças em relação ao estudo de validação do instrumento em Portugal.

Palavras-chave: F-COPES, *Stress*, *coping*, estratégias internas e externas.

F-COPES: A validation study for the Angolan population in the south region of Huíla province

Abstract

The objective of the following study is to validate the F-COPES for the South region of Angola at the Huíla province, in order to compare coping strategies that families with healthy or non-healthy individuals use when dealing with a stressing situation.

The sample of this study was 280 people, males and females, with age between 18-70 years old, mostly soldiers that came to the military hospital and are part of the 5ª Região Sul and 60ª Brigada, in the Matala municipality at Huíla's province. The sample was divided into two groups: 140 unhealthy individuals (case group) and 140 healthy individuals (control group).

The data analysis show acceptable results regarding the confiability of the F-COPES, though a diferent distribution of the itens is shown when compared to the portugues vercion of the instrument.

Key Words: F-COPES, *Stress*, *coping*, internal and external strategies.

Agradecimentos

Nestes 4 anos de pós-graduação e mestrado, foram muitas as pessoas que contribuíram para a conclusão do meu percurso académico e, também, para a realização desta investigação, pelo que agradeço.

Agradeço também ao ISPT, pela formação tanto a nível pessoal como académico, onde conheci pessoas fantásticas e fiz amizades.

Agradeço ao Senhor Abel Guerra Paulo, pela ajuda, paciência e por ter sido um dos que sempre se mostrou compreensível com as minhas ausências no local de serviço, percorrendo 540 quilómetros para assistir às aulas de mestrado.

Aos professores, especialmente ao Doutor Bruno de Sousa, pela simpatia, disponibilidade, apoio e pelo excelente trabalho que tem desenvolvido, muito obrigado. Sem ele, a realização deste trabalho não seria possível.

Ao Senhor Emanuel Francisco André, António Sachindele, Eduardo Cauindima e tantos outros que faltam aqui, mas que sabem que são importantes por todo o apoio, ajuda, amizade e coragem que transmitiram ao longo destes 2 anos.

Embora já não faça parte do mundo dos vivos, o meu especial agradecimento ao colega, companheiro e amigo que em vida respondia pelo nome de Trindade Feleda, pelo espírito de equipa que transmitia aos colegas do Bié.

Dedico à minha mãe e a meus filhos pois, a pesar de não perceberem o trabalho que uma tese envolve, espero que depois disto percebam o porquê de não poder estar disponível quando precisaram de mim.

Índice

RESUMO	
AGRADECIMENTOS	
INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	1
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	5
II - OBJETIVOS	6
III - METODOLOGIA	6
3.1 - PROCEDIMENTOS DE SELEÇÃO E RECOLHA DA AMOSTRA	7
3.2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	7
3.3 - CARACTERIZAÇÃO DAS SUBAMOSTRAS: VIH/SIDA, MALÁRIA, TUBERCULOSE E EPILEPSIA	10
ESTUDO DO VIH/SIDA	10
ESTUDO DA MALÁRIA	12
ESTUDO DA TUBERCULOSE	14
ESTUDO DE EPILEPSIA	16
IV - RESULTADOS	18
4.1 - ESTUDO DE VALIDADE	18
4.2 - ANÁLISE DA SOLUÇÃO DE SETE FATORES	21
4.3 - ESTUDOS DE PRECISÃO	22
ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA PARA CADA UM DOS 7 FATORES	23
TESTE-T PARA DUAS POPULAÇÕES	24
V - DISCUSSÃO	25
VI - CONCLUSÕES	26
BIBLIOGRAFIA	28

Introdução

Coping familiar refere-se aos esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as exigências criadas pelo stress.

O F-COPES é um instrumento que permite avaliar as estratégias de enfrentamento (externo e interno) familiar perante o stress. Para além deste, existem outros instrumentos de identificação e adaptação familiar ao stress, como é o caso do ABC-X *Family Crisis Model*.

Decidiu-se trabalhar com o F-COPES para a validação de dados para a população da região sul de Angola, por ser o instrumento mais utilizado para a identificação das estratégias de *coping* familiar. Neste estudo, fizeram parte da amostra 280 sujeitos, subdivididos em dois grupos, 140 doentes e 140 não doentes, com idade compreendida entre 18 e 70 anos.

A estrutura deste trabalho encontra-se organizada em duas secções principais, sendo que a primeira destina-se ao enquadramento teórico, contemplando uma revisão de literatura no âmbito da temática do F-COPES, fazendo-se uma reflexão acerca da qualidade de vida e o *coping* em concreto; na segunda parte, apresentamos a metodologia utilizada, seguida dos resultados obtidos e sua respetiva discussão. Por fim, as principais conclusões inerentes ao presente estudo e questões levantadas sobre possíveis linhas de investigação futura.

I – Enquadramento concetual

Coping familiar é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, internas e externas, que uma determinada família usa para responder a uma situação considerada stressante.

Segundo Shaffer (1982 como citado por Serra, 1988, p.4) o termo stress recebido, ao longo da história, diversas atribuições. Detetando-se a sua existência no decurso do século XV, sabe-se que foi inicialmente utilizado para designar tensões ou pressões de natureza física. No começo do século XVIII começou a ter uma conotação humana, referindo-se a tensões ou adversidades.

No século seguinte, o termo passou a usar-se em ligação com a tensão exercida sobre um órgão corporal (Serra, 1988 como citado por Lopes, 2007, p.4). Porém, no século XX o seu significado foi revertido, através dos estudos de um endocrinologista canadiano, Hans Selye. O autor do conceito de stress definiu-o como sendo uma resposta específica do corpo a qualquer exigência (síndrome geral de adaptação que comporta três fases bem delineadas: reação de alarme, resistência e exaustão), isto é, qualquer estímulo pode constituir uma forma de stress. Foi deste modo que o conceito de stress transitou do domínio biológico para o psicológico. Selye começou a utilizar este conceito para designar um estado do organismo no contexto em que tal estado se gera, nomeadamente quando é marcadamente ambíguo (Pereira, 1988 como citado por Lopes, 2007, p. 4).

Reconhecido em 1993 pela Organização Internacional do Trabalho

(OIT) como um estorvo para o potencial humano nas organizações, o stress acarreta elevados custos quer a nível individual, quer a nível organizacional (Câmara, Guerra & Rodrigues, 1997, citado por Sapata, 2012, p. 12).

Considerado como a epidemia do séc. XX, o stress é um estado emocional que suporta diversas emoções, isoladas ou aglomeradas, caracterizado por um longo período de permanência, que está diretamente ligado ao estilo de vida exigido pela sociedade atual (Guerra, 2000 como citado por Sapata, 2012, p.13).

O stress é um fenómeno biológico, psicológico e social, que se define na relação do indivíduo com o seu mundo, em toda a sua vivência, como um encontro que comporta um desafio (Ramos, 2001 como citado por Sapata, 2012, p.13). Este representa uma relação estabelecida entre a "carga" sentida pelo indivíduo e a sua resposta psicofisiológica, ou seja, a interação que se estabelece entre o indivíduo e o meio é o que vai ditar as consequências e a evolução da resposta ao stress.

O stress não é uma doença, mas sim um encontro entre o indivíduo e o seu mundo. Quando esse encontro compreende um desafio bem-sucedido, fortalece o indivíduo, porém se o mesmo for mal abordado, pode ter consequências negativas, desencadeando o stress (Ramos, 2001 como citado por Sapata, 2012, p. 13).

O stress está intrínseco à condição humana, fazendo parte do processo da adaptação, desenvolvimento e ajustamento às condições adversas e reequilíbrio do mesmo (Ramos, 2001 como citado por Sapata, 2012, p. 11). O indivíduo encontra-se cada vez mais exposto a situações indutoras de stress, como tal, sempre que estas ocorrem, todo um processo de estratégias de *coping* é activado, envolvendo todo o organismo, para que este possa lidar com as situações indutoras de stress (Vaz Serra, 2007 como citado por Sapata, 2012, p. 11)..

Uma vez que o stress é sinónimo de uma relação desfavorável entre o indivíduo e o ambiente, o *coping* descreve as ações dirigidas para alterar as condições dessa relação ou a forma como é avaliada, de modo a torná-la mais favorável (Ramos, 2001 como citado por Sapata, 2012, p. 32).

A teoria de *coping* é fundamentada por vários autores como (Antoniazzi, Dell Aglio & Bandeira, 1998; Câmara & Carlotto, 2007; Leske & Jiricka, 1998; Reis & Hepper, 1993 como citados por Martins, 2008, p. 4), onde definiram o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos, afetivos e comportamentais que, para além de possibilitarem lidar com demandas internas e externas, contribuem para manter ou fortalecer a organização do sistema, as relações familiares e sociais, e para assegurar a estabilidade emocional e o bem-estar de todos os elementos.

As estratégias de *coping* adaptadas a cada família são como mediadores de uma situação de crise, variam conforme as variáveis psicossociais que se interligam num processo complexo e multifatorial (Santos, 2006). Logo, as estratégias de *coping* não devem ser consideradas em si mesmas como adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Santos, 2006 como citado por Pereira,

2012, p. 5).

Apesar de existirem diversas definições, numa linha geral, o termo *coping* designa assim as estratégias utilizadas para lidar com eventualidades que induzem o stresse (Vaz Serra, 2007 como citado por Sapata, 2012, p. 32).

Os autores Lazarus e Folkman (1984) definem o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, instáveis e variáveis, que o indivíduo pratica para organizar a exigência interna ou externa feita pela transação sujeito-meio ambiente que excede os recursos do mesmo (Graziani & Swendsen, 2007 comocitado por Sapata,2012, p. 32). Dois pontos-chave estão contidos nesta definição. Em primeiro lugar, o *coping* é um processo orientado, centrado na forma como a pessoa pensa e age durante uma situação stressante. Nesta conceção o *coping* não é considerado como um traço ou uma característica, mas como um conjunto de cognições e comportamentos reativos ao stresse. O *coping* é um processo que pode alterar-se com o tempo. Em segundo lugar, o *coping* está relacionado com o contexto, visto que é influenciado pela avaliação que o sujeito faz quanto à exigência da situação, ou seja, o indivíduo poderia utilizar habitualmente uma determinada estratégia de *coping* mas a situação pode colocar outras exigências que, conseqüentemente, possam impor outras escolhas quanto às estratégias utilizadas (Sapata, 2012).

O *coping* focado no problema refere-se aos esforços para administrar, alterar o problema ou melhorar o relacionamento indivíduo-meio. Tais estratégias são mais adaptativas e voltadas à realidade, indo ao encontro da fonte de stresse na tentativa de a remover ou minimizar.

O *coping* focado na emoção descreve uma tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do stresse, sendo, em geral, um processo defensivo que tem como objetivo regular a sensação física desagradável de uma situação potencialmente agressiva (Nascimento, Castro, Amorim & Bicudo, 2011 como citado por Santos, 2013, p. 42).

O conceito de stresse familiar pode ser definido como o conjunto de tensões e pressões ocorridas nesse sistema (Boss, 2002 como citado por Antunes, 2013, p. 1). Para se adaptarem ou ultrapassarem as situações de stresse as famílias recorrem a um conjunto de estratégias de enfrentamento ou *coping* (Relvas, 2005 como citado por Antunes, 2013, p. 1), tornando indissociável estes dois conceitos (stresse e *coping*). Independentemente da distinção entre pressões internas e externas, o stresse familiar é maior nos períodos de transição do ciclo vital da família e as manifestações desse stresse tendem a aparecer quando há alguma interrupção no desenvolvimento do ciclo de vida familiar (Carter & McGoldrick, 1995 como citado por Lagarelhos, 2012, p. 8). O sistema familiar raramente é confrontado por um único acontecimento stressante, a acumulação de tensões preexistentes contribui para um aumento das exigências colocadas à família e conseqüentemente, para um acréscimo dos níveis de stresse e sensação de mal-estar. Esta dinâmica que percorre toda a unidade familiar está ainda presente no impacto que um evento aparentemente insignificante (como a entrada de um filho na escola) pode ter ao desencadear profundas alterações e pressões no sistema familiar, um exemplo de como as mudanças individuais podem ter repercussões a nível

global (Olson, McCubbin, Barnen, Muxen & Wilson, 1983; Plunkett, Henry & Knaub, 1999; Relvas, 2004; Sanzovo & Coelho, 2007 como citados por Martins, 2008, p. 2).

Numa situação de crise, o objetivo fulcral da família é reconquistar o equilíbrio, quer a nível do funcionamento individual, quer a nível sistémico. Assim sendo, uma boa adaptação familiar é definida pela estabilidade desses dois tipos de funcionamento, resultando no reforço da integridade familiar, na promoção do desenvolvimento de cada elemento e sistema, assim como também na sensação de controlo e de independência que a família ganha relativamente ao seu meio (McCubbin & Patterson, 1983 como citado por Raquel & Ribeiro, 2013, p.13). Mais recentemente, a investigação sobre o tema tem-se dedicado aos processos que se verificam no sistema familiar (Lopes & Lourenço, 2007; Walsh, 2003 como citado por Antunes, 2013, p. 2).

O stresse familiar, visto como uma pressão ou tensão neste sistema (Boss, 2002 como citado por Antunes, 2013, p. 2), é constituído por um conjunto de interações e transições entre o sujeito/família e o seu meio ambiente, especialmente quando é observada uma incompatibilidade entre os seus recursos e a sua perceção acerca do desafio ou necessidade que enfrenta (Aldwin, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; Olson *et al.*, 1982; Patterson & McCubbin, 1983 como citado por Antunes, 2013, p. 2).

O stresse familiar pode ser estudado à luz de diferentes modelos e, focando-nos numa perspetiva sistémica, em realce no presente estudo, podemos referir os modelos propostos por Hill (1949; ABCX Model) e por McCubbin e Patterson (1982 e 1983; Double ABCX Model) como os mais unânimes e vantajosos na literatura (Relvas, 2005 comocitado por Antunes, 2013, p. 3).

Em 1958, Hill elaborou um modelo de crise familiar intitulado ABC-X, com o objetivo de compreender a resposta da família a um acontecimento stressante. Este modelo era constituído por um processo envolvendo quatro fatores fulcrais, chamados de A, B, C e X (McCubbin & Patterson, 1983). O fator (A) é o evento stressante, que interage com (B), os recursos familiares, interagindo assim com (C), o significado que a família atribui ao fator (A), que resulta no (X), a crise (McCubbin & Patterson, 1983; Smith, 1984 como citados por Raquel & Ribeiro, 2013, p. 13).

McCubbin e Patterson, procederam, contudo, a reformulações no seu modelo, por considerarem que este se focava apenas na pré-crise, não abordando os esforços de adaptação que a família faz ao longo do tempo. Consequentemente, criaram o Modelo ABC-X Duplo reformulando os quatro fatores existentes, ou seja, o fator (aA) relativo à acumulação de fatores de stresse e exigências necessárias, o fator (bB) relativo aos recursos familiares adaptativos existentes, o fator (cC) associado à perceção familiar acerca da situação de crise e, por fim, o fator (xX) referente à adaptação da família (Lavee, McCubbin, & Patterson, 1985 comocitado por Raquel & Ribeiro, 2013, p.13).

Dois dos instrumentos de medida destas variáveis mais utilizados são o FILE e o F-COPES. O FILE (*Family Inventory of Life Events and Changes*)

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

foi criado por McCubbin, Patterson e Wilson (1981) para medir o nível de stresse familiar ou *pile-up* (Patterson & McCubbin, 1983) e o F-COPES (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale*). Este último, criado por McCubbin, Olson e Larsen (1981), pretende identificar as estratégias de *coping* familiar (internas e externas) mais utilizadas pelo sistema familiar (Fischer & Corcoran, 2007 como citado por Antunes, 2013, p. 1 e a forma como são utilizadas pelo sistema familiar para responder às adversidades (Grotevant & Carlson, 1989). O F-COPES contém 30 itens com declarações relativas às possíveis respostas da família face a problemas e dificuldades que lhe são colocados, tendo a versão portuguesa sido proposta e desenvolvida por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira, e Canavarro em 1990 (versão adaptada por Mendes & Relvas, 1999). A partir de uma escala de Likert de 5 níveis, o sujeito deverá referir em que medida concorda ou discorda com a afirmação apresentada. O seu preenchimento é indicado para indivíduos a partir dos 12 anos.

Baseando-se nas dimensões de *coping* do Double ABC-X Model, o F-COPES expõe cinco fatores distintos: “aquisição de apoio social”, “reenquadramento”, “busca de apoio espiritual”, “mobilização de família” e “avaliação passiva” (Grotevant & Carlson, 1989; Olson *et al.*, 1982 como citados por Antunes 2013, p. 8).

Especificamente, as estratégias internas medidas pelo F-COPES são o “reenquadramento” (aptidão da família para redefinir as experiências desencadeadoras de stresse) e a “avaliação passiva” (atitudes menos ativas da família no confronto com o stresse, englobando um nível menor de responsabilidade e auto-iniciativa. No que concerne às estratégias externas, podemos, então, referir: “adquirir apoio social” (competência da família em ativar recursos provenientes das redes primárias e secundárias); “procura de apoio espiritual” (capacidade do sistema familiar para se envolver na procura de auxílio espiritual); “mobilizar a família para conseguir e aceitar ajuda” (competência da família para procurar recursos na sua comunidade e aceitar a ajuda de terceiros que lhe é facultada. (Antunes, 2013).

O F-COPES surge como instrumento de grande relevância ao permitir a identificação das estratégias de *coping* familiar (internas e externas) mais usuais, e que são determinantes no desenrolar deste processo. Deste modo, torna-se necessário a validação e aferição do inventário para a população da região sul de Angola na província da Huila, recorrendo para isso a estudos de precisão, validação do instrumento.

Instrumento de avaliação

O F-COPES é um questionário de escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família, criado por McCubbin, Olson e Larsen (1982), revisto para a população Portuguesa por Vaz Serra, *et al.* (1990).

No estudo de validação do F-COPES para a população portuguesa (Martins, 2008), as características psicométricas do instrumento revelam uma consistência interna de 0.85. Além disso, foi encontrada uma solução de sete fatores (com exclusão do item 18), tendo o fator 1, Reenquadramento, um alfa

de Cronbach, $\alpha = 0.79$ (a capacidade da família para redefinir os eventos stressantes, tornando-os assim mais controláveis); o fator 2, Procura de apoio espiritual, um $\alpha = 0.85$ (a família recorre à fé/religião para lidar com os eventos stressantes); o fator 3, Aquisição de apoio social, relações de vizinhança, um $\alpha = 0.82$ (a família procura apoio/ajuda nos vizinhos para lidar melhor com os eventos stressantes); o fator 4, Aquisição de apoio social, relações íntimas, um $\alpha = 0.77$ (procura de apoio e aconselhamento com os familiares e amigos mais íntimos); o fator 5, Mobilização de apoio formal, um $\alpha = 0.70$ (a família recorre a uma ajuda profissional); o fator 6, Atitude passiva, um $\alpha = 0.59$ (aceitação dos acontecimentos stressores, diminuindo assim o seu impacto) e o fator 7, Avaliação passiva, um $\alpha = 0.49$ (a família quando confrontada com o evento stressor, desvaloriza-o) (Martins, 2008 como citado por Raquel & Ribeiro, 2013, p. 20).

Os instrumentos utilizados para avaliar o enfrentamento dos indivíduos frente a uma situação stressante, geralmente foram desenvolvidos em países cuja língua mãe não é o português. A maioria desses questionários foram criados e desenvolvidas em língua inglesa e para ser aplicado em português é necessário submetê-los às regras internacionais de tradução, adaptação cultural e validação para a língua alvo. Essas etapas são necessárias para avaliar a equivalência dos questionários em diferentes idiomas

Neste estudo procurámos caracterizar as estratégias de *coping* internas/externas usadas por algumas famílias da região sul de Angola, na província da Huíla. De forma particular, procuramos avaliar as diferenças entre diferentes tipologias familiares e percepções do rendimento familiar, nas estratégias de *coping* das famílias. A escolha destas variáveis é fundamentada por vários autores (Ghate & Hazel, 1995; Wadsworth *et al.*, 2010), que referem que viver com dificuldades económicas tem um papel significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos e das famílias. A estrutura familiar é também considerada uma variável relevante, uma vez que, muitas vezes, a própria família pode ser uma fonte de stresse dado que constitui “uma unidade, em que as ações de uma das partes se repercutem nas restantes” (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987, p. 135). Dessa forma, parece-nos assim fundamental analisar o papel da estrutura e das interações familiares no desenvolvimento dos sujeitos (Raquel & Ribeiro, 2013).

II - Objetivos

O presente estudo, possui como objetivo a aferição das qualidades psicométricas do F-COPES para a população da região sul de Angola, na província da Huíla. Assim pretende-se verificar os índices descritivos, sobre a tendência central e de dispersão, o índice de fidelidade da escala e subescalas, a identificação de uma estrutura multidimensional subjacente à escala, e se esta coincide com a proposta dos autores proponentes desta escala.

III - Metodologia

A análise estatística foi realizada no software IBM-SPSS, Versão 20. O

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

nível de significância α considerado em todos os testes estatísticos foi de 5%.

3.1 - Procedimentos de Seleção e Recolha da Amostra

A amostra geral deste estudo é constituída por 280 sujeitos, resultantes de 4 trabalhos de investigação realizados na província da Huíla entre o ano de 2011 e 2012.

Os participantes são populações civis e militares das forças armadas angolanas, pertencentes à Região Militar Sul de Angola, sendo:

- Sessenta sujeitos de um grupo de militares com e sem VIH/SIDA, divididos em dois subgrupos com 30 indivíduos cada, (Correia, 2012).

- Sessenta utentes militares que acorreram ao Hospital Militar da 5ª Região Sul e à 60ª Brigada da mesma Região, situada no Município da Matala, internados com a malária e sem a malária, respetivamente, sendo 30 o número de sujeitos em cada grupo, (Chamuene, 2012).

- Sessenta sujeitos militares que acorreram ao Hospital Militar da 5ª Região Sul e à 60ª Brigada da mesma Região, divididos em dois subgrupos, com 30 indivíduos cada, com e sem tuberculose, respetivamente (Angelina, 2012);

- Cem sujeitos de nacionalidade angolana, distribuídos por duas amostras; uma amostra de 50 com sujeitos epiléticos e uma segunda amostra de 50 sujeitos sem epilepsia, de ambos os sexos selecionados através de uma amostragem de conveniência, residentes maioritariamente nas zonas rurais e periurbanas (das comunas do Hoque e Arimba), pertencentes ao município do Lubango, província da Huíla (Neto, 2012).

3.2 - Caracterização da amostra

Quanto a metodologia apresentaremos, os procedimentos de recolha da amostra, sua caracterização, assim como os instrumentos e as análises estatísticas efetuadas.

A presente pesquisa teve como sustento a consideração de uma amostra total de 280 sujeitos, de entre estes, 140 foram doentes que contraíram o VIH/SIDA, epilepsia, malária ou tuberculose, e os outros 140 sujeitos são não doentes. Em seguida apresentamos os dados descritivos da amostra do nosso estudo.

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas da amostra. Verificou-se que 77,5% (n= 217) dos sujeitos são do sexo masculino e 22,5% (n= 63) do sexo feminino. Quanto ao grupo de sujeitos doentes, 32,9% (n=46) das idades situam-se entre os 30-39 anos, enquanto que, para o grupo de não doentes, esta percentagem é de 39,3% (n=55) .

Quanto ao estado civil, nota-se o predomínio em sujeitos em união de facto, sendo de 52,9% (n=74) para não doentes e de 46,4% (n=65) para doentes.

A etnia mais predominante em ambos os grupos é a Umbundo com 40,0% (n= 56), seguida da Nhaneca com 39,3% (n=55) para os doentes e 20,7% (n=29) para os não doentes.

Quanto à religião, verificou-se que ambos os grupos são maioritariamente católicos, sendo a percentagem igual a 57,1% (n=80) para o

grupo de doentes, enquanto que para os não doentes é de 67,6% (n=94).

Tabela 1. Caracterização geral da amostra: idade, sexo, estado civil, etnia e religião

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Idade	18-19	4	2,9	0	0,0	4	1,4
	20-29	44	31,4	45	32,1	89	31,8
	30-39	46	32,9	55	39,3	101	36,1
	40-49	32	22,9	33	23,6	65	23,2
	50-59	12	8,6	6	4,3	18	6,4
	60+	2	1,4	1	,7	3	1,1
Sexo	Masculino	110	78,6	107	76,4	217	77,5
	Feminino	30	21,4	33	23,6	63	22,5
Estado civil	Solteiro	37	26,4	25	17,9	62	22,1
	Casado	20	14,3	34	24,3	54	19,3
	União de facto	65	46,4	74	52,9	139	49,6
	Separado	5	3,6	5	3,6	10	3,6
	Divorciado	3	2,1	0	0,0	3	1,1
	Viúvo	10	7,1	2	1,4	12	4,3
Etnia	Nhaneca	55	39,3	29	20,7	84	30,0
	Umbundo	56	40,0	56	40,0	112	40,0
	Quimbundo	7	5,0	16	11,4	23	8,2
	Nganguela	9	6,4	11	7,9	20	7,1
	Cuanhama	7	5,0	7	5,0	14	5,0
	Outras	6	4,3	21	15,0	27	9,6
Religião	Católica	80	57,1	94	67,6	174	62,4
	Evangélica	32	22,9	20	14,4	52	18,6
	Adventista 7º dia	13	9,3	5	3,6	18	6,5
	Tokuista	0	0,0	2	1,4	2	,7
	Igreja Univ.RD	2	1,4	5	3,6	7	2,5
	Kimbanquista	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Testemunha	0	0,0	3	2,2	3	1,1
	Jeóva						
	Outra	13	9,3	10	7,2	23	8,2

Em relação à fonte de rendimento, nível de escolaridade, área de residência, tipo de habitação e NSE, a Tabela 2 complementa a descrição que se segue. No que toca ao nível de escolaridade, 48,5% (n=65) dos sujeitos doentes tem o ensino primário, enquanto que para os não doentes esta percentagem é de 24,3% (n=34).

Em relação a área de residência, 75,7% (n= 106) da amostra do grupo de doentes vivem nos arredores da cidade/bairro e 10% (n= 14) vivem no centro da cidade. Para o grupo de não doentes 74,3% (n=104) vivem nos arredores da cidade e 22,1% (n=31) no centro da cidade.

Na variável tipo de habitação, as casas de adobe são o tipo de habitação que tem maior representatividade nos sujeitos doentes com 74,3% (n=104) e nos sujeitos não doentes 52,1% (n=73).

Para calcular o nível socioeconómico (NSE) elevado, médio e baixo, foi criado um resultado compósito atendendo a uma série de variáveis (e.g., área de residência, fonte de rendimento e tipo de habitação) enquadradas na realidade Angolana. Nesta amostra, podemos assim dizer que 72,1% (n=101) dos sujeitos doentes tem um NSE baixo, sendo de 51% (n= 71) para os sujeitos não doentes. As percentagens decrescem para 23,6% (n=33) no grupo de sujeitos doentes com NSE médio e para 41,4% (n=58) para o grupo de sujeitos não doentes.

Tabela 2. Caracterização geral da amostra: Nível de escolaridade, fonte de rendimento, área de residência, tipo de habitação e NSE

Doentes	Controlo	Total
---------	----------	-------

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

		n	%	n	%	n	%
Nível de escolaridade	Ensino primário	65	48,5	34	24,3	99	36,1
	1º ciclo	39	29,1	36	25,7	75	27,4
	2º ciclo	27	20,1	24	17,1	51	18,6
	Ensino superior	3	2,2	46	32,9	49	17,9
Fonte rendimento	Riqueza herdada/adquirida	2	1,4	1	,7	3	1,1
	Lucros, invest.ordenados	5	3,6	0	0,0	5	1,8
	Vencimento mensal	112	80,0	138	98,6	250	89,3
	Remuneração semana, dia, tarefa	20	14,3	1	,7	21	7,5
	Apoio social público/privado	1	,7	0	0,0	1	,4
	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Área residência	Centro cidade	14	10,0	31	22,1	45	16,1
	Arredores cidade/Bairro	106	75,7	104	74,3	210	75,0
	Aldeia/Quimbo	12	8,6	2	1,4	14	5,0
	Comuna/Sede	8	5,7	3	2,1	11	3,9
	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tipo habitação	Apartamento	3	2,1	11	7,9	14	5,0
	Vivenda	22	15,7	49	35,0	71	25,4
	Pau-a-Pique/cubata	10	7,1	6	4,3	16	5,7
	Casa adobe	104	74,3	73	52,1	177	63,2
	Outro	1	,7	1	,7	2	,7
Nível socioeconómico	Baixo	101	72,1	71	50,7	172	61,4
	Médio	33	23,6	58	41,4	91	32,5
	Elevado	6	4,3	11	7,9	17	6,1

A Tabela 3 refere-se à caracterização da amostra no que diz respeito às variáveis familiares, completando a seguinte descrição. Verificou-se que 80% ($n=112$) do grupo de sujeitos doentes e 90,7% ($n=127$) dos sujeitos não doentes tem filhos, sendo de 1 a 3 filhos a classe modal para ambos os grupos.

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). Para o grupo de sujeitos doentes temos 37,9% ($n=53$) dos sujeitos com famílias com filhos adultos e, para o grupo de sujeitos não doentes, 27,9% ($n=39$) dos sujeitos com famílias com filhos em idade escolar.

A respeito do agregado familiar, a maioria dos sujeitos doentes, 50,7% ($n=71$), pertencem a famílias compostas por 1 a 5 elementos, enquanto esta percentagem para os sujeitos não doentes corresponde a um agregado familiar de 6 a 10 pessoas.

Tabela 3. Características gerais da amostra: filhos, número de filhos, agregado familiar e etapa do ciclo vital

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Filhos	Sim	112	80,0	127	90,7	239	85,4
	Não	28	20,0	13	9,3	41	14,6
Nº Filhos	Sem filhos	28	20,0	13	9,3	41	14,6
	1 - 3	66	47,1	68	48,6	134	47,9
	4 - 6	38	27,1	54	38,6	92	32,9
	7+	8	5,7	5	3,6	13	4,6
Agregado Familiar	1 - 5	71	50,7	67	47,9	138	49,3
	6 - 10	63	45,0	71	50,7	134	47,9
	11+	6	4,3	2	1,4	8	2,9
Etapa Ciclo Vital	Formação casal	12	8,6	3	2,1	15	5,4
	Família filhos pequenos	24	17,1	32	22,9	56	20,0
	Família filhos escola	22	15,7	39	27,9	61	21,8
	Família filhos	28	20,0	33	23,6	61	21,8

adolescentes						
Família filhos adultos	53	37,9	32	22,9	85	30,4
Outros	1	0,7	1	0,7	2	0,7

3.3 - Caracterização das subamostras: VIH/SIDA, Malária, Tuberculose e Epilepsia

Estudo do VIH/SIDA

Para a subamostra do VIH e SIDA, apresentamos os dados descritivos da subamostra do nosso estudo (cf. Tabela 4, 5 e 6).

Os sujeitos participantes do presente estudo foram 28 (93,3%) do sexo masculino e dois (6,7%) do sexo feminino, para cada um dos grupos, respetivamente. Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 63 anos, verificando-se que 33,3% ($n=20$) das idades dos sujeitos situam-se entre os 30-39 anos, a classe modal. Por sua vez, a minoria dos sujeitos encontra-se na classe etária mais velha (3,3%, $n=2$). Quanto ao estado civil, 63,3% ($n=38$) da subamostra vivem em união de facto. Ao nível das etnias, verificou-se que a etnia Umbundu é a mais prevalente em ambos os grupos, com 35,0% da totalidade da subamostra (cf. Tabela 4).

Tabela 4. VIH/SIDA: Caracterização das variáveis idade, sexo, estado civil, etnia e religião

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
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
Sexo	Masculino	28	93,3	28	93,3	56	93,3
	Feminino	2	6,7	2	6,7	4	6,7
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
Etnia	Nhaneca	7	23,3	2	6,7	9	15,0
	Umbundu	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 Univ.RD	1	3,3	1	3,3	2	3,3
	Kimbanquista	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Testemunha	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Jeóva						
	Outra	2	6,7	1	3,3	3	5,0

No que concerne ao nível de escolaridade, no grupo de militares com VIH/SIDA, 42,9% ($n=12$) tem o 1º ciclo do ensino secundário e no grupo dos militares que não têm VIH/SIDA temos uma percentagem de 23,3% ($n=7$) para este grupo, sendo este o nível de escolaridade ensino primário o grau

mais representativo neste grupo. Da subamostra total, 18,3% (n=11) vivem no centro da cidade e 81,7% (n=49) vivem nos arredores/Bairro. Relativamente ao rendimento dos militares, 96,7% (n=58) da subamostra total vive do vencimento mensal. O seu nível socioeconómico (NSE) é distribuído por 48,3% (n=29) no NSE baixo, 41,7% (n=25) para o NSE médio e 10,0% (n=6) no NSE elevado. Verificou-se que 53,3% dos sujeitos no grupo de militares com VIH/SIDA possuem um NSE médio (n=16) e no grupo de militares sem a doença temos 56,7% no NSE baixo (cf. Tabela 5).

Tabela 5. VIH/SIDA: Caracterização das variáveis nível de escolaridade, fonte de rendimento, área de residência, tipo de habitação e NSE

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nível de escolaridade	Ensino primário	11	39,3	11	36,7	22	37,9
	1º ciclo	12	42,9	7	23,3	19	32,8
	2º ciclo	5	17,9	8	26,7	13	22,4
	Ensino superior	0	0,0	4	13,3	4	6,9
Fonte rendimento	Riqueza herdada/adquirida	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Lucros, invest.ordenados	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	Vencimento mensal	28	93,3	30	100,0	58	96,7
	Remuneração semana, dia, tarefa	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	Apoio social público/privado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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
Tipo habitação	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	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
Nível socioeconómico	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	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

A Tabela 6 refere-se à caracterização da subamostra no que diz respeito às variáveis familiares. Verificamos que 95,0% da subamostra total (n=57) tem filhos. Quanto à etapa do ciclo vital da família, 25,0% (n=15) são famílias com filhos pequenos, 23,3% (n=14) famílias com filhos em idade escolar, 21,7% (n=13) dos sujeitos pertencem a famílias com filhos adolescentes, 18,3% (n=11) têm filhos adultos e 11,7% (n=7) formação casal sem filhos. A respeito do agregado familiar, a maioria dos sujeitos (51,7%, n=31) pertence a famílias compostas por 6 a 10 elementos (cf. Tabela 6).

Tabela 6. VIH/SIDA: Caracterização das variáveis filhos, número de filhos, agregado familiar e etapa do ciclo vital

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Filhos	Sim	28	93,3	29	96,7	57	95,0
	Não	2	6,7	1	3,3	3	5,0
Número de Filhos	Sem filhos	2	6,7	1	3,3	3	5,0
	1 - 3	14	46,7	13	43,3	27	45,0
	4 - 6	12	40,0	12	40,0	24	40,0

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

	7+	2	6,7	4	13,3	6	10,0
Agregado	1 - 5	13	43,3	14	46,7	27	45,0
	6 - 10	16	53,3	15	50,0	31	51,7
	11+	1	3,3	1	3,3	2	3,3
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

Estudo da Malária

Para a Malária a pesquisa teve como sustento a consideração de uma subamostra total de 60 sujeitos, de entre estes, 30 são indivíduos que contraíram malária e os outros 30 sujeitos não tinham malária.

A caracterização da subamostra deste trabalho encontra-se na Tabela 7, 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. No estado civil, a união de facto é a categoria mais representada na nossa amostra com 36,7% ($n=22$), seguida de solteiro com 33,3% ($n=20$), casado com 18,3% ($n=11$), viúvo com 6,7% ($n=4$) e divorciado com 5,0% ($n=3$). Relativamente à etnia, 46,7% ($n=28$) é Umbundo, 26,7% ($n=16$) Nhaneca, 8,3% ($n=5$) é Quimbundo, 6,7% ($n=4$) Nganguela ou Cuanhama e 5,0% ($n=3$) dos sujeitos são classificados com “Outras”. Em termos da religião, 53,3% ($n=32$) dos sujeitos inquiridos são Católicos, 23,3% ($n=14$) é Adventista do 7º dia e as categorias menos representadas, Tokuista e Igreja Universal do Reino de Deus, correspondem a 1,7% ($n=1$).

Tabela 7. Malária: Caracterização das variáveis idade, sexo, estado civil, etnia e religião

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
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
Sexo	Masculino	26	86,7	26	86,7	52	86,7
	Feminino	4	13,3	4	13,3	8	13,3
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
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 Univ.RD	0	0,0	1	3,3	1	1,7
	Kimbanquista	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Testemunha	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jeóva						
Outra	1	3,3	3	10,0	4	6,7

No que toca às habilitações literárias, 36,7% ($n=22$) dos sujeitos têm apenas o ensino primário, 33,3% ($n=20$) o 1º ciclo do ensino secundário, 23,3% ($n=14$) o 2º ciclo do ensino secundário e apenas 6,7% ($n=4$) têm o ensino superior. Relativamente à área de residência, 76,7% ($n=46$) vivem nos arredores da cidade/bairro, 15,0% ($n=9$) vivem no centro da cidade, 5,0% ($n=3$) 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, 5,0% ($n=3$) 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 que apenas 1,7% ($n=1$) dos sujeitos indicam como fonte de rendimento os lucros e investimentos ordenados ou 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% ($n=1$) um NSE médio (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Malária: Caracterização do nível de escolaridade, fonte de rendimento, área de residência, tipo de habitação e NSE

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	
Nível de escolaridade e	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
Fonte rendimento	Riqueza herdada/adquirida	0	0,0	1	3,3	1	1,7
	Lucros, invest.ordenados	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	Vencimento mensal	29	96,7	29	96,7	58	96,7
	Remuneração semana, dia, tarefa	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Apoio social público/privado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Área residência	Centro cidade	5	16,7	4	13,3	9
	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
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
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

Conforme é possível verificar pela análise da tabela 9, no que tange ao agregado familiar, 58,3% ($n=35$) tem um agregado de 1-5 elementos, 41,7% ($n=25$) de 6-10 elementos. De referir ainda que 98,3% ($n=59$) dos inquiridos têm filhos e apenas 1 indivíduo (1,7%) não tem filhos. Quanto ao número de filhos, a classe modal é de 1-3 filhos com um percentagem de 55% ($n=33$). Quanto à etapa do ciclo vital da família, salientamos que a maioria dos sujeitos

da nossa subamostra se encontra na etapa do ciclo vital das famílias com filhos adolescentes com uma percentagem de 35% ($n=21$), seguida de imediato pela classe de famílias com filhos na escola com um valor de 30,0% ($n=18$).

Tabela 9. Malária: Caracterização das variáveis filhos, número de filhos, agregado familiar e etapa do ciclo vital

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Filhos	Sim	29	96,7	30	100,0	59	98,3
	Não	1	3,3	0	0,0	1	1,7
Nº Filhos	Sem filhos	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	1 - 3	19	63,3	14	46,7	33	55,0
	4 - 6	10	33,3	16	53,3	26	43,3
	7+	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Agregado	1 - 5	21	70,0	14	46,7	35	58,3
	6 - 10	9	30,0	16	53,3	25	41,7
	11+	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

Estudo da Tuberculose

Quanto à Tuberculose, participaram no estudo um total de 60 sujeitos: uma subamostra composta de 30 sujeitos com diagnóstico de tuberculose e outra de igual número sem o diagnóstico de tuberculose. Todos os sujeitos são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e 54 anos de idade. Constatou-se que 46,7% ($n= 14$) dos sujeitos do grupo de militares com tuberculose têm idades entre os 30-39 anos. Quanto ao grupo de militares sem tuberculose, a classe modal é coincidente com a do grupo de militares com a doença (cf. Tabela 10).

Ainda na Tabela 10, o estado civil predominante em ambos os grupos é a união de facto (com tuberculose 88,3% e sem a tuberculose 93,3%). A etnia mais predominante em ambos os grupos é a Umbundo com 43,3% ($n= 26$), seguida da Nhaneca com 23,3% ($n=14$), Outras com 15,0% ($n= 9$) e Kimbundo com 10,0% ($n= 6$).

Tabela 10. Tuberculose: Caracterização das variáveis idade, sexo, estado civil, etnia e religião

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Idade	10-19	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
Sexo	Masculino	30	100,0	30	100,0	60	100,0
	Feminino	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

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

	Separado	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	Divorciado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Viúvo	2	6,7	0	0,0	2	3,3
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 Univ.RD	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Kimbanquista	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Testemunha	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Jeóva						
	Outra	9	30,0	2	6,7	11	18,3%

Nesta subamostra, 95% (n= 57) dos sujeitos vive nos arredores da cidade/bairro e 3,3% (n= 2) vive no centro da cidade, havendo ainda 1 indivíduo (1,7%) que vive em comuna/sede. Todos os sujeitos que compõem esta subamostra têm um vencimento mensal. Quanto ao nível socioeconómico (NSE), 83,3% (n=50) dos militares em ambos os grupos têm um NSE baixo, com 10,0% (n= 3) dos militares com tuberculose e 16,7% (n=5) dos militares sem tuberculose a pertencerem a um NSE médio e, finalmente, 6,7% (n=2) dos militares com tuberculose a pertencerem a um NSE elevado (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Tuberculose: Caracterização do nível de escolaridade, fonte de rendimento, área de residência, tipo de habitação e NSE

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	
Nível de escolaridade e	Ensino primário	15	57,7	8	26,7	23	41,1
	1º ciclo	5	19,2	19	63,3	24	42,9
	2º ciclo	6	23,1	3	10,0	9	16,1
	Ensino superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fonte rendimento	Riqueza herdada/adquirida	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Lucros, invest.ordenados	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Vencimento mensal	30	100,0	30	100,0	60	100,0
	Remuneração semana, dia, tarefa	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Apoio social público/privado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	
Tipo habitação	Apartamento	1	3,3	0	0,0	1	1,7
	Vivenda	3	10,0	2	6,7	5	8,3
	Pau-a-Pique/cubata	1	3,3	2	6,7	3	5,0
	Casa adobe	25	83,3	25	83,3	50	83,3
Outro	0	0,0	1	3,3	1	1,7	
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

No que tange ao ciclo vital, 6,7% (n=4) do total da amostra corresponde à formação de casal, 20,0% (n=12) são famílias com filhos pequenos, 31,7% (n=19) famílias com filhos na escola, 21,7% (n=13) família com filhos

adolescentes, 18,3% ($n=11$) famílias com filhos adultos e 1,7% ($n=1$) forma classificadas como outros. Verificamos que 95% ($n=57$) dos indivíduos tem filhos, sendo a classe modal de 1-3 filhos (46,7%, $n=28$), seguida muito próxima pela classe de 4-6 filhos (43,3%, $n=26$). Os sujeitos estão quase igualmente distribuídos entre um agregado familiar de 1 a 6 e de 6 a 10 indivíduos (cf. Tabela 12).

Tabela 12. Tuberculose: Caracterização das variáveis filhos, número de filhos, agregado familiar e etapa do ciclo vital

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Filhos	Sim	27	90,0	30	100,0	57	95,0
	Não	3	10,0	0	0,0	3	5,0
Nº Filhos	Sem filhos	3	10,0	0	0,0	3	5,0
	1 - 3	16	53,3	12	40,0	28	46,7
	4 - 6	8	26,7	18	60,0	26	43,3
	7+	3	10,0	0	0,0	3	5,0
Agregado	1 - 5	20	66,7	9	30,0	29	48,3
	6 - 10	9	30,0	21	70,0	30	50,0
	11+	1	3,3	0	0,0	1	1,7
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

Estudo de Epilepsia

Para a Epilepsia, a subamostra é composta por 100 sujeitos, dos quais $n=49$ (49,0%) são do sexo masculino e 51 (51,0%) são do sexo feminino. A subamostra total está dividida em dois grupos, sendo 50 sujeitos com epilepsia e 50 sujeitos na condição de grupo de controlo, ou seja, indivíduos sem epilepsia (cf. Tabela 13).

As idades variam entre os 18 e os 70 anos de idade, sendo a faixa etária dos 20-29 a que tem maior número de participantes (45,0%).

Em relação ao estado civil verificou-se que 44,0% ($n=22$) são solteiros, enquanto no grupo de sujeitos não doentes 42,0% ($n=21$) são casados (cf. tabela 13).

Tabela 13. Epilepsia: Caracterização das variáveis idade, sexo, estado civil, etnia e religião

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
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
Sexo	Masculino	26	52,0	23	46,0	49	49,0
	Feminino	24	48,0	27	54,0	51	51,0
Estado civil	Solteiro	22	44,0	13	26,0	35	35,0
	Casado	12	24,0	21	42,0	33	33,0

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

	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
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 Univ.RD	1	2,0	3	6,1	4	4,0
	Kimbanquista	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Testemunha	0	0,0	3	6,1	3	3,0
	Jeóva						
	Outra	1	2,0	4	8,2	5	5,1

No que concerne ao nível de escolaridade, no grupo de sujeitos com Epilepsia, 62,% ($n=31$) tem o ensino primário e no grupo dos sujeitos não doentes temos uma percentagem de 2,0% ($n=1$) para este grupo. O nível de escolaridade mais representativo da subamostra pertence ao grupo de sujeitos não doentes com 78,0% ($n=39$) para o ensino superior. Da subamostra total, 23,0% ($n=23$) vivem no centro da cidade e 58,0% ($n=58$) vivem nos arredores/Bairro. Relativamente ao rendimento, 74,0% ($n=74$) da subamostra total vive do vencimento mensal. O seu nível socioeconómico (NSE) é distribuído por 34,0% ($n=34$) no NSE baixo, 57,0% ($n=57$) para o NSE médio e 9,0% ($n=9$) no NSE elevado (cf. Tabela 14).

Tabela 14. Epilepsia: Caracterização das variáveis nível de escolaridade, fonte de rendimento, área de residência, tipo de habitação e NSE

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	
Nível de escolaridade e	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
Fonte rendimento	Riqueza herdada/adquirida	2	4,0	0	0,0	2	2,0
	Lucros, invest.ordenados	3	6,0	0	0,0	3	3,0
	Vencimento mensal	25	50,0	49	98,0	74	74,0
	Remuneração semana, dia, tarefa	19	38,0	1	2,0	20	20,0
	Apoio social público/privado	1	2,0	0	0,0	1	1,0
	Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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
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
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

Conforme é possível verificar pela análise da Tabela 15, no que tange ao agregado familiar, 48,0% ($n=48$) tem um agregado de 6-10 elementos, 47,0% ($n=47$) de 1-5 elementos. De referir ainda que 66,0% ($n=66$) dos inquiridos têm filhos e (34,0%) não tem filhos. Quanto ao número de filhos, a classe modal é de 1-3 filhos com uma percentagem de 46,0% ($n=46$). Quanto à etapa do ciclo vital da família, salientamos que a maioria dos sujeitos da nossa subamostra se encontra na etapa do ciclo vital das famílias com filhos adultos com uma percentagem de 54,0% ($n=54$), seguida de imediato pela classe de famílias com filhos pequenos com um valor de 18,0% ($n=18$).

Tabela 15. Epilepsia: caracterização das variáveis filhos, número de filhos, agregado familiar e etapa do ciclo vital

		Doentes		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Filhos	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sim	28	56,0	38	76,0	66	66,0
	Não	22	44,0	12	24,0	34	34,0
Nº Filhos	Sem filhos	22	44,0	12	24,0	34	34,0
	1 - 3	17	34,0	29	58,0	46	46,0
	4 - 6	8	16,0	8	16,0	16	16,0
	7+	3	6,0	1	2,0	4	4,0
		1 - 5	17	34,0	30	60,0	47
Agregado	6 - 10	29	58,0	19	38,0	48	48,0
	11+	4	8,0	1	2,0	5	5,0
		Formação casal	1	2,0	2	4,0	3
Etapa Ciclo Vital	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

IV - Resultados

4.1 - Estudo de validade

Quanto ao estudo da validação do instrumento para a nossa amostra total de 280 indivíduos, recorreu-se a uma análise factorial exploratória segundo o princípio da máxima verosimilhança e recorrendo a uma rotação varimax.

Para tal calculámos a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), indicando a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um fator comum, e o teste de esfericidade de Bartlett para verificar a estrutura de correlação dos itens é diferente da identidade (Tabela 16). O resultado obtido em ambos testes, apresenta um bom índice de adequação da amostra ($KMO=0,850>0,5$), rejeitando a hipótese da não correlação entre os itens ($p<0,001$).

Tabela 16. KMO e Teste de Bartlett

<i>KMO and Bartlett's Test</i>

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.</i>		,850
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	<i>Approx. Chi-Square</i>	3860,102
	<i>df</i>	435
	<i>Sig.</i>	,000

Pela análise do *Scree plot* na Figura 1, verificamos pela estabilização do gráfico que o número de fatores recomendado é igual a 7. Podemos também observar na Tabela 17 que o total da variância explicada por esta estrutura de 7 fatores é igual a 53,2%.

Tabela 17. Valores próprios e variância explicada.

Fator	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	<i>Total</i>	<i>% of Variance</i>	<i>Cumulative %</i>	<i>Total</i>	<i>% of Variance</i>	<i>Cumulative %</i>
1	8,392	27,972	27,972	7,886	26,287	26,287
2	2,762	9,205	37,178	2,315	7,715	34,002
3	2,133	7,109	44,287	1,644	5,479	39,481
4	2,006	6,688	50,975	1,605	5,351	44,831
5	1,444	4,814	55,788	1,058	3,526	48,358
6	1,347	4,490	60,279	,850	2,835	51,193
7	1,041	3,471	63,749	,603	2,011	53,203

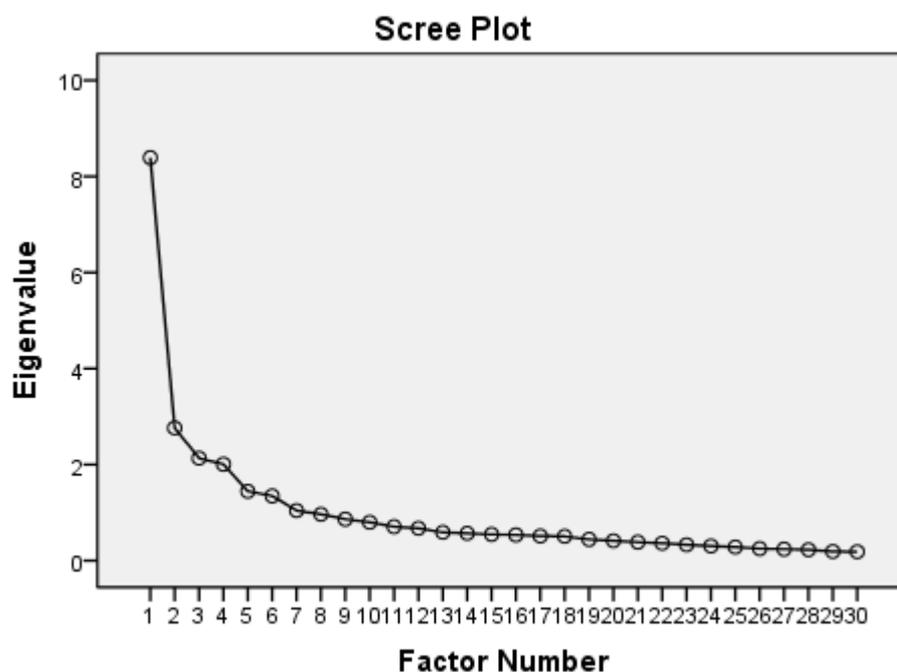


Figura 1. Scree plot

Quanto à saturação dos itens, estão assinalados a negrito os valores mais elevados em termos absolutos (Tabela 18). Considerou-se como limiar de aceitabilidade psicométrica correlações com magnitude acima de 0,300 (McCrae & Costa, 1994; Lima, 1997; Miguel, 2006 como citados por Martins, 2008, p. 15).

Tabela 18. Matriz de Rotação dos Sete Componentes

Itens	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
FCOPES1	,113	,202	,045	,047	,782	,034	,155
FCOPES2	,068	,186	,290	,040	,542	,292	,038
FCOPES3	,134	,690	,010	,071	,288	,155	,131
FCOPES4	,073	,283	,196	,043	,176	,762	,059
FCOPES5	,096	,152	,113	,075	,085	,711	,106
FCOPES6	,365	-,003	,485	,140	-,054	,408	-,043
FCOPES7	,402	,522	,128	-,025	,113	,065	,053
FCOPES8	,243	,018	,766	,167	,152	,149	-,013
FCOPES9	,604	,071	,219	,089	,315	,025	-,028
FCOPES10	,241	,001	,731	,114	,185	,082	,076
FCOPES11	,428	,542	,005	-,010	,261	-,050	,080

F-COPES: Estudo de validação para a população do sul de Angola, província da Huila.

Menezes Chamale (email: menezes_chamale@yahoo.com.br) 2014

FCOPES12	,594	,342	,123	,036	-,148	,045	-,060
FCOPES13	,417	,504	-,013	,054	-,137	,070	,133
FCOPES14	-,004	,069	,187	,794	,007	,021	,006
FCOPES15	-,032	,452	,179	,206	,138	,117	,214
FCOPES16	,156	,084	,283	,110	,307	,298	,116
FCOPES17	,442	,098	,169	,118	,217	,104	,530
FCOPES18	,601	,170	,207	-,042	,090	,013	,152
FCOPES19	,588	,147	,006	,043	,090	,085	,320
FCOPES20	,478	,331	,062	,190	,210	,165	,091
FCOPES21	,549	,094	,219	,290	-,018	,259	,002
FCOPES22	,191	,540	-,036	,159	-,033	,131	-,044
FCOPES23	,017	,224	,138	,771	,068	,106	,042
FCOPES24	,111	,627	-,084	,186	,241	,200	,128
FCOPES25	,126	,291	,201	,072	,371	,301	,304
FCOPES26	,111	,251	,156	,001	,274	,187	,484
FCOPES27	,068	,063	,420	,362	,144	,113	,410
FCOPES28	,131	,223	,449	-,128	-,189	-,100	,401
FCOPES29	-,006	-,037	,692	,100	,072	,161	,208
FCOPES30	,191	,078	,000	,588	,036	,030	,027

4.2 - Análise da Solução de Sete Fatores

A versão portuguesa do F-COPES proposta por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Sousa Canavaro (1990) tem a seguinte estrutura fatorial:

- Fator 1 (Reenquadramento): itens 3, 7, 11, 13, 15, 22, 24.
- Fator 2 (Procura de apoio espiritual): itens 14, 23, 27, 30.
- Fator 3 (Aquisição de apoio social-relação de vizinhança): itens 8, 10, 29.
- Fator 4 (Aquisição de apoio social relações-íntimas): itens 1, 2, 4, 5, 16, 25.
- Fator 5 (Mobilização de apoio formal): itens 6, 9, 18, 21.
- Fator 6 (Ativação passiva): 12, 13, 19, 20.
- Fator 7 (Avaliação passiva): 17, 26, 28.

Quanto ao fator 1 do presente estudo, engloba 6 itens (9, 12, 18, 19, 20, 21) que pertencem aos fatores 5 (mobilização de apoio formal itens 6, 9, 18, 21) e 6 (aceitação passiva itens 12, 19, 20) da versão Portuguesa.

Em relação ao fator 2, engloba 7 itens (3, 7, 11, 13, 15, 22, 24) do fator 1 (reenquadramento), sendo assim idêntico a este fator da versão portuguesa.

O fator 3 no estudo actual possui 6 itens (6, 8, 10, 27, 28, 29) que pertencem aos fatores 2 (procura de apoio espiritual item 27), 3 (aquisição de apoio social-relação de vizinhança, itens 8, 10, 29), 5 (mobilização de apoio formal, item 5) e 7 (avaliação passiva, item 28) na versão portuguesa.

Quanto ao fator 4 do presente estudo engloba 3 itens (14, 23, 30) do fator 2 (procura do apoio espiritual) da versão portuguesa.

O fator 5 do estudo engloba 4 itens (1, 2, 16, 25) do fator 4 (aquisição

de apoio social –relação íntima) da versão portuguesa.

Em relação ao fator 6 do presente estudo, possui 2 itens (4 e 5) do fator 4 (aquisição de apoio social-relação íntima) da versão portuguesa.

Quanto ao fator 7 do estudo, engloba 2 itens (17 e 26), com a exceção de, na versão portuguesa, ter 1 item a mais (o item 18 - fazemos exercícios físicos com os amigos para nos mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão).

4.3 - Estudos de Precisão

A fidelidade da escala total foi determinada pelo coeficiente de alfa de Cronbach, para o qual se obteve um valor de 0,908, indicador de uma boa consistência interna (Pestana & Gameiro, 2005 como citado por Martins 2008, p. 11). Nota-se a semelhança existente entre este resultado e o que caracteriza a versão original da escala, que é de 0,86 (McCubbin *et al.*, 1996 como citado por Martins, 2008, p. 11).

Pela análise da Tabela 19, verificamos que nenhum dos cálculos do alfa de Cronbach sem o item conduzem a um aumento do alfa de Cronbach do instrumento, ou seja, uma indicação de uma boa consistência do instrumento. De notar contudo que os itens 28 e 30 são os que apresentam valores mais baixos de correlação como total do instrumento.

Tabela 19. Estatística descritiva e consistência interna dos itens

Item	Média	Desvio padrão	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1	95,24	381,274	,416	,906
2	95,49	379,971	,493	,905
3	95,08	381,571	,541	,904
4	95,22	380,128	,529	,904
5	95,16	383,086	,427	,906
6	96,31	375,733	,504	,904
7	95,78	376,902	,533	,904
8	96,47	373,762	,558	,903
9	95,95	372,990	,523	,904
10	96,39	374,039	,533	,904
11	95,42	378,932	,509	,904
12	95,83	375,963	,442	,906
13	95,09	383,769	,437	,906
14	94,90	389,412	,315	,907
15	95,14	387,688	,440	,906
16	95,42	382,954	,470	,905
17	95,65	375,556	,580	,903
18	96,44	375,852	,503	,904
19	95,55	379,338	,494	,905
20	95,53	373,849	,593	,903
21	95,97	372,723	,555	,903

22	95,37	385,818	,365	,907
23	95,24	383,812	,412	,906
24	95,27	383,976	,496	,905
25	95,52	377,304	,566	,904
26	95,59	380,781	,475	,905
27	95,75	374,520	,508	,904
28	96,20	387,097	,311	,908
29	96,08	381,381	,405	,906
30	94,57	391,909	,311	,907

Análise de consistência para cada um dos 7 fatores

O fator 1, cuja consistência interna tem o alfa de Cronbach de 0,800, reúne itens relacionados com situações stressantes, merecendo assim o nome de *reenquadramento*. No presente estudo comporta 6 itens (Tabela 20).

Tabela 20. Fator 1: Estatística descritiva e consistência interna dos itens

Item	Média	Desvio padrão	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
9	15,09	25,375	,575	,765
12	14,98	25,035	,556	,770
18	15,58	25,871	,583	,763
19	14,70	27,243	,558	,770
20	14,68	27,546	,514	,779
21	15,12	26,133	,554	,770

O fator 2 possui um alfa de Cronbach 0,818, o que demonstra ser um bom indicador para o nosso estudo. Este fator é composto por 7 itens recebendo a denominação *procura de apoio espiritual* (cf. tabela 21)

Tabela 21. Fator 2: Estatística descritiva e consistência interna dos itens

Item	Média	Desvio padrão	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
3	21,23	23,566	,658	,778
7	21,93	22,848	,569	,792
11	21,56	22,949	,585	,789
13	21,24	23,989	,534	,798
15	21,28	26,375	,428	,813
22	21,51	23,620	,521	,801
24	21,42	24,015	,630	,783

O fator 3 comporta seis itens e é denominado *aquisição de apoio social relações de vizinhança*, possui um alfa de Cronbach ,813. A tabela 21 apresenta os dados descritivos dos itens. Nesta análise verificamos que a remoção do item 28 conduziria a um aumento do valor do alfa de Cronbach, sendo o item que apresenta valores mais baixos de correlação com o total.

Tabela 22. Fator 3: Estatística descritiva e consistência interna dos itens

Item	Média	Desvio padrão	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
6	13,53	27,275	,508	,798
8	13,69	25,045	,712	,753
10	13,62	24,961	,689	,758
27	12,97	26,816	,518	,797
28	13,42	29,263	,391	,821
29	13,30	25,695	,645	,768

O fator 4 comporta três itens, está representado por um alfa de Cronbach de 0,780, o que significa ainda ser um indicador razoável para o nosso estudo. A Tabela 23 apresenta os valores descritivos dos itens que o compõem. Verificamos ainda que a remoção do item 30 conduziria a um aumento do valor do alfa de Cronbach.

Tabela 23. Fator 4: Estatística descritiva e consistência interna dos itens

Item	Média	Desvio padrão	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
14	7,95	3,818	,667	,647
23	8,30	3,564	,674	,641
30	7,63	4,873	,530	,793

Quanto ao fator 5 verifica-se que possui 4 itens, cujo alfa de Cronbach é de 0,730, mais baixo que os anteriores mas ainda aceitável. A Tabela 24 descreve a análise realizada.

Tabela 24. Fator 5: Estatística descritiva e consistência interna dos itens

Item	Média	Desvio padrão	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1	10,23	7,838	,528	,668
2	10,47	7,963	,606	,619
16	10,40	9,209	,464	,701
25	10,50	8,767	,492	,686

O fator 6 e 7 são factores com apenas dois itens, apresentando valores de alfa de Cronbach de 0,792 e 0,622, respetivamente. Apesar deste último resultado ser bastante baixo, ainda pode ser considerado como aceitável.

Teste-t para duas populações

Por forma a determinar se o instrumento, em todos os seus fatores/dimensões, pontua de forma diferente nos dois grupos de sujeitos da nossa amostra, doentes e não doentes, recorremos ao Teste-t para duas populações. Queremos assim testar a hipótese nula de igual dos valores médios dos totais obtidos em cada um dos 7 fatores nos dois grupos em análise. De notar que sempre que foi rejeitada a homogeneidade das variâncias

entre os grupos, o valor-p utilizado foi o do teste-t com a correcção de Welch.

Para os fator 1 ($t=-3,735$; $p<0,001$), fator 2 ($t=-3,469$; $p=0,001$), fator 3 ($t=-2,101$; $p=0,037$), fator 4 ($t=-2,302$; $p=0,022$) e fator 5 ($t=-4,176$; $p<0,001$) rejeitamos a hipótese de igualdade dos valores médios dos totais obtidos para cada um dos grupos em análise. Salientamos que em média o grupo dos doentes pontua mais baixo que os sujeitos não doentes.

No caso dos fatores 6 ($t=-0,136$; $p=0,892$) e 7 ($t=-0,056$; $p=0,955$) a diferença entre os valores médios não é estatisticamente significativa, apesar de os sujeitos doentes pontuarem, nestes factores, em média mais baixo que os indivíduos não doentes.

V - Discussão

O estudo realizado, que visa a validação do instrumento F-COPES para a população do sul de Angola, província da Huíla, ter por base uma amostra composta por 280 sujeitos, subdivididos em dois subgrupos, sendo 140 doentes diagnosticados com o VIH/SIDA, malária, epilepsia e tuberculose e 140 não doentes, com idades que variam dos 18 aos 70 anos, maioritariamente militares do sexo masculino.

Para a obtenção dos resultados deste estudo recorreu-se ao programa estatístico IBM-SPSS versão 20.0 para verificar a precisão e validade do instrumento. Quanto à análise de consistência interna, verificou-se uma consistência interna geral dos itens de 0,908 para os 30 itens da escala, o que demonstra ser bom indicador. Para a validação, recorreu-se a análise factorial (AF), cujo resultado do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett confirmaram a adequação desta abordagem. Por forma a identificar a estrutura do F-COPES nas suas dimensões, recorreu-se ao princípio da máxima verosimilhança na AF seguindo uma rotação varimax. O resultado apresentou algumas diferenças na distribuição dos itens da escala pelos 7 fatores identificados. A sua estrutura é a seguinte:

Quanto ao fator 1 do presente estudo, compõe-se pelos itens dos fatores 5 (mobilização de apoio formal) e 6 (aceitação passiva) da versão Portuguesa. Salientamos ainda o possível desajuste à realidade Angolana nos itens 9 (procuramos informação e conselho junto do médico de família) e 18 (fazemos exercícios físicos com os amigos para nos mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão).

Em relação ao fator 2 do estudo, compõe-se de todos os itens do factor 1 (reenquadramento) da versão Portuguesa.

Quanto ao factor 3 do estudo, verificou-se que os itens 8, 10 e 29, coincidem com o factor (aquisição de apoio social relação com vizinhança) na versão Portuguesa. Porém na escala em estudo apresenta mais três itens 6, 27 e 28 provindos de 3 dimensões identificadas na versão portuguesa. Para estas questões, o item 6 (procuramos auxílios de instituições criadas para ajudar família numa situação como a nossa) possivelmente carecerá de uma adaptação à realidade de Angola.

O fator 4 do estudo compõe-se quase na sua totalidade dos itens do factor 2 (procura de apoio espiritual) da versão Portuguesa.

Em relação ao fator 5 do estudo, os itens que o compõe estão contidos no fator 4 (aquisição de apoio social – relações íntimas) da versão Portuguesa.

O fator 6 do nosso estudo possui os itens 4 e 5 do fator 4 (aquisição de apoio social – relações íntimas) da versão Portuguesa. De notar que os factores 4 e 5 do nosso estudo são a totalidade da dimensão 4 (aquisição de apoio social – relações íntimas) da versão Portuguesa.

O fator 7 tem os itens 17 e 26, quase a totalidade dos itens da dimensão 7 (avaliação passiva) da versão Portuguesa, com exceção do item 28 (acreditamos que se deixar passar o tempo o problema desaparecerá).

Considerando as estatísticas sociodemográficas da amostra geral, verificou-se que os sujeitos têm maioritariamente um nível de escolaridade médio e baixo, o que pode influenciar na capacidade de interpretação das questões da escala do instrumento. Também devemos considerar o baixo nível socioeconómico da maioria dos sujeitos da amostra. Estes indicadores poderão ser uma limitação nas conclusões deste nosso estudo.

Finalmente realizou-se o teste-t para amostras independentes com o objetivo de verificar as diferenças entre o grupo de sujeitos doentes e não doentes. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados médios do F-COPES dos dois grupos nos factores 6 e 7. Este resultado poderá ser uma indicação para a possível adaptação das dimensões (aquisição de apoio social – relações íntimas) e (avaliação passiva).

O F-COPES, apesar de ser um instrumento que melhor viabilidade fornece para avaliação das estratégias de *copings* familiares, os resultados obtidos no presente estudo revelam que a sua aplicabilidade (F-COPES) deverá possivelmente ser acompanhada de estudos futuros que adaptem este instrumento à situação contextual da região de Angola.

VI - Conclusões

Dada a capacidade do instrumento (F-COPES) de avaliação das estratégias familiares perante situações stressantes, é de extrema importância a validação deste instrumento em populações como a de Angola.

Os resultados do presente estudo demonstraram bons níveis de consistência interna para a aplicação do instrumento (F-COPES) na região sul de Angola. Porém, verificou-se também algum desajustamento dos itens nos factores apresentados na versão Portuguesa, dificultando a sua interpretação num contexto da população de Angola e indiciando a possível necessidade de adaptação deste instrumento à realidade da população em análise.

Como qualquer investigação, este estudo tem vantagens e limitações, realçando como limitação, as particularidades da amostra analisada vantagem o facto de ser possivelmente o primeiro estudo a tratar da validação do F-COPES na região sul de Angola, servindo assim de ponto de partida para futuras investigações em Angola.

Perante as constatações do presente estudo, pensamos que este estudo permitirá a futuros investigadores uma mais profunda análise do tema,

recomendando-se que em estudos posteriores se vise assegurar a reorganização dos itens a partir de uma adaptação do instrumento em função da realidade contextual 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*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Antunes, C.S.C. (2013). *Estudo do Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças(FILE) e das Escalas de Avaliação Pessoal orientadas para a crise em Família(F-Copes) numa amostra da população geral Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Correia, P.A.F. (2012). *Estratégias de Coping familiar e Qualidade de Vida em Angola: Estudo Exploratório com doentes com VIH/ SIDA em Contexto Militar*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Chamuene, E.B. (2012). *Qualidade de Vida e Resiliência familiar na Malária. Estudo Exploratório numa amostra Angolana em Contexto Militar*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Joaquim, B.P.M. (2012). *Qualidade de Vida e Forças familiares e famílias com e sem epilepsia. Estudo Exploratório na Província de Huíla-Lubango*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Lagarelos, J.P.P.(2012). *Stress, Coping e qualidade de vida familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007- 2010*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. Portugal.

Lopes, A.F.A. (2007). *Generalidade e Singularidades da doença em família: Perceção da qualidade de vida, Stress e Coping*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Martins, C.(2008). *F-Copes: Estudo de Validade para a população Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Neto, D.V.L.F. (2012). *Epilepsia, Funcionamento e Coping familiar. Um estudo Exploratório na província da Huíla*. (Dissertação de Mestrado não Publicada). Universidade de Coimbra. Portugal.

Pereira, P.R.A. (2012). *Perceção da dor Crónica e Estratégias adaptativas e, famílias de doentes oncológicos* (Dissertação de Mestrado não Publicada). Instituto Superior Torga. Coimbra. Portugal.

Santos, Q.N. (2013). *Estratégia de Enfrentamento(Coping) da Família ante um membro familiar hospitalizado: Uma revisão de Literatura Brasileira*. Mudanças- Psicologia da Saúde. p. 40-47.

Sapata, A.F.R. (2012). *Stress e Estratégia de Coping em Enfermeiros: Estudo Comparativo entre Portugal e Espanha*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Faculdade de Psicologia. Lisboa.