



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM TERAPIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

**O Impacto da Revelação do Diagnóstico da Seropositividade no Subsistema
Conjugal. O Caso de Casais Concordantes e Discordantes**

Érica Kátia Langa

Maputo, Dezembro de 2015

Érica Kátia Langa

O IMPACTO DA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA SEROPOSITIVIDADE NO
SUBSISTEMA CONJUGAL – O CASO DE CASAIS CONCORDANTES E DISCORDANTES

Dissertação apresentada na Faculdade de
Educação da Universidade Eduardo Mondlane
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Terapia Familiar e Comunitária

Supervisores:

Prof. Doutor Hachimo Chagane
Mestre Lucena Muianga

Maputo, Dezembro de 2015

DECLARARAÇÃO DE HONRA

Declaro, por minha honra, que este trabalho de dissertação de Mestrado nunca foi apresentado na sua essência, para obtenção de qualquer grau, e que ele constitui o resultado da minha investigação, estando no texto e na bibliografia as fontes usadas.

A autora

Érica Kátia Langa

Maputo, Dezembro de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial ao meu esposo Miguel Mussa, minha filha Káira Tawila Mussa e meu pai Rufino Langa, que incansavelmente me acompanharam nesta batalha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e pelos ensinamentos divinos, imprescindíveis na nossa trajetória, para que este trabalho se tornasse uma realidade.

Ao meu pai e irmãos, que desde o início da minha caminhada estiveram presentes, amando-me e dando-me muita força para esta conquista.

Ao meu esposo, meu eterno amigo, companheiro, amado, pela sua forma carinhosa e divertida de actuar na vida, ensinando-me a viver e amar com celeridade e alegria, incentivando-me a lançar-me ao mundo.

A minha Filha, pela compreensão e dificuldades enfrentadas durante este período da minha vida.
Ao meu Supervisor Prof. Doutor Háchimo Chagane, pela sua compreensão, força, dedicação e disponibilidade na orientação do trabalho.

A Co-Supervisora Dra. Lucena Muianga pelo contributo que deu durante o trabalho.
A todos Professores e a coordenação do curso de Mestrado em Terapia familiar e Comunitária pela força e encorajamento.

A equipa do Centro de Saúde 1º de Maio, em especial a Dra. Sara Consolo que foi imprescindível neste processo.

Aos casais participantes desta pesquisa, vão os meus agradecimentos.

Aos meus Colegas do Curso, em especial a minha companheira e amiga Helena Comissar.
A Clemência Dgedge também vai o meu muito obrigado.

A Todos, A Minha Gratidão!

.

ÍNDICE

RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I.....	2
CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	2
1.1 Descrição do local de estudo.....	3
1.2 Justificativa.....	3
1.3 Definição do Problema.....	4
1.4 OBJECTIVOS.....	7
1.4.1 Objectivo Geral.....	7
1.4.2 Objectivos Específicos.....	7
CAPITULO II.....	9
REVISÃO DA LITERATURA.....	9
2.1 Conceitualização.....	9
2.1.1 HIV.....	9
2.1.2 Diagnóstico da Seropositividade.....	9
2.1.3 Revelação do diagnóstico.....	11
2.1.4 Impacto do diagnóstico da seropositividade.....	13
2.1.5 Subsistema Conjugal.....	14
2.2 Modelo Sistémico.....	15
2.3 Coesão e hierarquia.....	18
Revisão de Estudos e Publicações sobre HIV/SIDA em Moçambique.....	20
CAPITULO III.....	22
METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de estudo e desenho de pesquisa.....	22
3.2 População e amostra.....	23
3.3 Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	23
3.3.1 Entrevista.....	24
3.3.2 Genograma.....	24
3.3.3 Teste do sistema familiar (FAST).....	25
3.4 Fiabilidade e Validade do instrumento.....	26
3.5 Considerações Éticas.....	27

3.6 Procedimentos metodológicos	28
3.7 Limitações do Trabalho	31
CAPITULO IV	33
RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 Apresentação dos resultados.....	33
4.1.1 Características sociodemográficas.....	33
4.1.2 Apresentação de Casos	34
4.2 História do Subsistema Conjugal G	35
4.2.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)	37
História do Subsistema Conjugal H	42
4.3.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)	45
História do Subsistema Conjugal I	50
4.4.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)	52
História do Subsistema Conjugal J	58
4.5.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)	60
4.6 História do Subsistema Conjugal K	66
4.6.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)	69
Discussão dos casos	74
4.7.1 Conhecer o impacto da revelação do resultado da seropositividade no seio do casal	75
4.7.2 Avaliar a reacção do parceiro seronegativo após receber a revelação do resultado do diagnóstico <i>HIV</i> positivo.....	75
4.7.3 Descrever as mudanças percebidas pelo parceiro seropositivo após revelar o resultado do seu diagnóstico <i>HIV</i> positivo.....	76
4.7.4 Analisar a coesão do subsistema conjugal após a revelação do teste <i>HIV</i>	77
CAPITULO V	79
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	79
5.1 Recomendações	80
5.1.1 Aos casais	80
5.1.2 A UEM/Faculdade de Educação (Departamento de Psicologia)	80
CAPITULO VI	81
BIBLIOGRAFIA.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Teste do sistema familiar que apresenta coesão e hierarquia.....	26
Figura 2: Genograma da família G.....	37
Figura 3: Genograma da família H.....	44
Figura 4: Genograma da família I.....	52
Figura 5: Genograma da família J.....	60
Figura 6: Genograma da família K.....	68
Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes.....	34
Tabela 2: Situação típica de G1.....	37
Tabela 3: Situação típica de G2.....	37
Tabela 4: Situação ideal de G1.....	38
Tabela 5: Situação ideal de G2.....	38
Tabela 6: Situação de conflito de G1.....	39
Tabela 7: Situação de conflito de G2.....	39
Tabela 8: Valores atribuídos à hierarquia pela família G.....	40
Tabela 9: Situação típica de H1.....	45
Tabela 10: Situação típica de H2.....	45
Tabela 11: Situação ideal de H1.....	46
Tabela 12: Situação ideal de H2.....	46
Tabela 13: Situação de conflito de H1.....	47
Tabela 14: Situação de conflito de H2.....	47
Tabela 15: Valores atribuídos à hierarquia pela família H.....	48
Tabela 16: Situação típica de I1.....	48
Tabela 17: Situação típica de I2.....	53
Tabela 18: Situação ideal de I1.....	54
Tabela 19: Situação ideal de I2.....	54
Tabela 20: Situação de conflito de I1.....	55

Tabela 21: Situação de conflito de I2.....	55
Tabela 22: Valores atribuídos à hierarquia pela família I.....	56
Tabela 23: Situação típica de J1.....	61
Tabela 24: Situação típica de J2.....	61
Tabela 25: Situação ideal de J1.....	62
Tabela 26: Situação ideal de J2.....	62
Tabela 27: Situação de conflito de J1.....	63
Tabela 28: Situação de conflito de J2.....	63
Tabela 29: Valores atribuídos à hierarquia pela família J.....	64
Tabela 30: Situação típica de K1.....	69
Tabela 31: Situação típica de K2.....	69
Tabela 32: Situação ideal de K1.....	70
Tabela 33: Situação ideal de K2.....	70
Tabela 34: Situação de conflito de K1.....	71
Tabela 35: Situação de conflito de K2.....	71
Tabela 36: Valores atribuídos à hierarquia pela família K.....	72

ABREVIATURAS

CICTRA	Centro Integrado de Cuidados e Tratamento
CIBS	Comité Institucional de Bioética em Saúde
FAST	Teste do Sistema Familiar
FM	Faculdade de Medicina
<i>HIV</i>	Vírus de Imunodeficiência Humana
HCM	Hospital Central de Maputo
HMM	Hospital Militar de Maputo
ITS's	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
PVHS	Pessoas Vivendo com <i>HIV</i> /SIDA
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento Anti-Retroviral
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
US	Unidade Sanitária

RESUMO

O presente trabalho de investigação cujo título é “o impacto da Revelação do diagnóstico da seropositividade no Subsistema Conjugal”, realizado no Centro de Saúde 1º de Maio da Cidade de Maputo, de Fevereiro a Abril de 2015, visa dar a conhecer o impacto resultante da revelação do teste de *HIV* positivo no seio do subsistema conjugal.

O universo do estudo era composto por casais seroconcordantes e serodiscordantes inscritos no Centro de Saúde 1º de Maio, que tinham iniciado ou não o tratamento anti-retroviral (TARV). Como amostra, foram seleccionados 5 casais voluntários, dos quais apenas um era serodiscordante.

Para a concretização dos objectivos, foi feito um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, tendo como instrumentos a entrevista, o genograma e o teste do sistema familiar (FAST). A avaliação do impacto foi possível através da comparação dos níveis da hierarquia e da coesão familiar, depois da revelação do resultado do teste *HIV*.

Os resultados da pesquisa supriram a pergunta de partida que para a sua operacionalização foram elaboradas algumas questões de pesquisa, na medida em que trouxeram respostas as questões levantadas.

De acordo com a entrevista semiestruturada, o genograma e o FAST, foram obtidos os seguintes resultados: os quatro casais revelaram uma estrutura familiar equilibrada. Entretanto, o último casal apresentou muitos conflitos, o que corresponde uma estrutura familiar desequilibrada. De referir que verificou-se que a maioria dos casais participantes demonstrou, na situação típica e ideal, uma coesão alta. Por outro lado e nas mesmas condições a hierarquia foi média. Apenas um casal apresentou a coesão baixa na situação típica e de conflito.

Palavras – chaves: *HIV*, Diagnóstico da Seropositividade e Subsistema Conjugal.

ABSTRACT

This research work entitled "The impact of the *HIV* status of the diagnosis revelation in the marital subsystem," held at the Health Centre May 1 of Maputo City, from April to May 2015, aims to raise awareness of the impact of disclosure of positive *HIV* test result within the marital subsystem.

The total study population consisted of seroconcordant and serodiscordant couples enrolled in the Health Centre May 1, which had started or not antiretroviral treatment (ART). As a sample, five volunteer couples, of which only one was discordant.

To achieve the objectives, a descriptive study was conducted with a qualitative approach, using as research instruments interview, genogram and family system testing (FAST). The impact assessment was possible by comparing the levels of hierarchy and family cohesion, after the disclosure of diagnosis of *HIV* testing result.

Research results supplied the starting question for its implementation has been prepared some research questions, in that it brought answers to the questions raised.

According to the semi-structured interview, genogram and FAST, the following results were obtained: four couples family revealed a balanced structure. However, the last couple had many conflicts, representing an unbalanced family structure. It notes that it was found that most participants' couples demonstrated in the typical, ideal situation, a high cohesion. On the other hand, under the same conditions the hierarchy was average. Only a couple had the low cohesion in the typical situation and conflict.

Key - words: *HIV*, Diagnosis of *HIV*, Status and Marital Subsystem.

INTRODUÇÃO

O combate à epidemia do *HIV* é um desafio específico dos tempos actuais e tem sobre ela direccionados os esforços de diversas áreas científicas. Desde os primeiros anos da sua descoberta tem-se procurado a cura, mas enquanto ela não é encontrada, o objectivo principal é mitigar a sua propagação. Deste modo, há uma necessidade de desenvolver intervenções com carácter preventivo, que fortaleçam, nos diversos grupos populacionais, as condições para a redução da exposição directa à infecção e a situações de risco. Uma das alternativas de maior alcance, mas também das que mais mexe com várias sensibilidades, é o uso de preservativo e a prática de sexo seguro.

A presente pesquisa insere-se no contexto do Mestrado em Terapia Familiar Comunitária visando realizar a investigação que através da qual pretende-se compreender “*O Impacto da Revelação do Diagnóstico da Seropositividade no Subsistema conjugal, o Caso dos Casais Concordantes e Discordantes – atendidos no Centro de Saúde 1º de Maio*”.

A estrutura de trabalho está operacionalizada em cinco capítulos:

O primeiro capítulo debruça-se sobre a contextualização da pesquisa.

O segundo capítulo refere-se à revisão da literatura, estando focalizada no modelo sistémico, onde estão apresentados as definições dos conceitos-chave e a relação entre as variáveis em estudo, o subsistema conjugal e a revelação do diagnóstico.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia usada para o alcance dos objectivos, destacando o tipo de pesquisa adoptada, a análise metodológica usada, a população e a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos metodológicos e as considerações éticas.

O quarto capítulo concentra-se sobre a análise e interpretação dos resultados. Estando dividido em duas partes, nomeadamente, o de análise dos dados, onde tratamos as principais tendências dos resultados, e da interpretação dos resultados à luz dos objectivos da pesquisa.

O quinto, e último capítulo, focalizam as conclusões e recomendações do trabalho, como fruto da análise e interpretação dos dados efectuados no capítulo anterior. Por fim, deixa algumas sugestões que poderão contribuir para a melhoria do subsistema conjugal (casal).

CAPITULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

De acordo com os resultados do *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA* (INSIDA) de 2009, 15 por cento de casais que coabitam em Moçambique estão afectados pelo *HIV*, isto é, um ou ambos membros são seropositivos. Em 5 por cento dos casais, ambos membros são seropositivos (seroconcordantes positivos), e 10 por cento dos casais são serodiscordantes para o *HIV*, isto é, um membro é seropositivo e outro seronegativo. Nos últimos anos tem-se notado um grande interesse em propagação da doença de *HIV* no seio de parceiros sexuais estabelecidos.

Segundo o Conselho Nacional de Combate ao Sida, CNCS (2004), O perfil da epidemia do *HIV* em Moçambique é predominantemente heterossexual, estando mais disseminada entre as mulheres. Dentre os países da África Subsaariana, a prevalência, embora alta, é menor do que a encontrada na África do Sul e maior do que a da Tanzânia, países com quem Moçambique faz fronteira.

Segundo a informação colhida pelo INSIDA em 2009, um em cada dez casais que coabitam em Moçambique são serodiscordantes, isto é, um é seropositivo enquanto o outro é seronegativo.

Ewayo, Walque, Fort, Gakii, Lester e Mills (2010) entendem que a medida que a epidemia de *HIV* se vai amadurecendo em vários países a proporção de novas infecções ocorridas no seio dos casais poderá também ter aumentado. Evidências têm mostrado que, a volta dos países, uma grande proporção de casais com alguma infecção pelo *HIV* são serodiscordantes. Os seronegativos de casais serodiscordantes são a população com risco de infecção elevado e precisam de serviços especialmente desenhados.

A princípio acreditava-se que o problema, propagação de *HIV*, estava circunscrito a certos grupos sociais. O aumento de infecções em relacionamentos heterossexuais e as dificuldades para promover o uso de preservativo e a prática de sexo seguro em relacionamentos estáveis impõem o desenvolvimento de estudos que mudem o foco de pesquisa, do individual para o interacional, privilegiando o relacionamento conjugal.

A experiência de casais que convivem com o *HIV* é uma realidade no quadro da epidemia e nos serviços de saúde, apesar da sua pouca visibilidade. O atendimento a casais para a realização de testagem, assim como o seu acompanhamento no âmbito do serviço de saúde, têm-nos revelado a especificidade da situação e a necessidade de um modo de intervenção que não seja apenas

centrada na abordagem individualizada, como acontece na maioria dos atendimentos nas instituições de saúde.

Para Maman, Mbwapbo, Hogan, Klinzo e Sweat, (2001), a decisão de testar-se é influenciada por factores individuais, relacionais e ambientais, sendo o medo da reacção do parceiro e dificuldades de comunicação entre o casal importantes barreiras apontadas por mulheres quanto ao compartilhamento do resultado do exame.

A experiência, para o casal, de conviver com uma doença transmissível, que ainda não tem cura e que carrega consigo uma série de preconceitos e julgamentos de valor, pode interferir, não apenas na própria relação, mas também, no processo de tratamento e acompanhamento do membro seropositivo do casal. Os laços afectivos e sociais podem estar a ser influenciados por esta condição de serodiscordância, além das questões próprias à relação conjugal. Por conseguinte, o conhecimento do diagnóstico de *HIV* positivo dos cônjuges é acompanhado de sentimentos diversos e o maior ou menor impacto está relacionado a questões complexas que nos impedem tecer opiniões simples e deterministas.

1.1 Descrição do local de estudo

O Centro de Saúde 1º de Maio localiza-se na Cidade de Maputo Rua da Resistência nº 191, no Distrito de Kamaxaquene, no bairro de Maxaquene, presta cuidados primários de saúde a população residente nos bairros de Maxaquene, Malhangalene, Polana Caniço A e B.

Com uma população estimada de 232.248 habitantes e com uma superfície de 168.4 km².

O local do estudo Sector de Saúde Mental e apoio psicossocial, conta com dois gabinetes médicos, (1) um de psicologia, (1) um psiquiatria e (5) cinco gabinetes de aconselhamento.

Em termos de pessoal, tem (2) duas médicas de clinica geral, (1) uma psicóloga clinica, (1) uma técnica de psiquiatria, (7) sete conselheiros do MISAU e (3) três do parceiro. (Centro de Saúde 1º de Maio- Núcleo de Estatística e Planificação).

1.2 Justificativa

A presente pesquisa tem como propósito central o impacto da revelação do diagnóstico da seropositividade no subsistema conjugal. A presença do *HIV*/SIDA gera várias transformações na

vida dos casais, com maior incidência no parceiro que é o primeiro a saber do seu resultado, que frequentemente desenvolve uma nova forma de perceber o relacionamento conjugal nas categorias funcionais básicas da revelação (acções, comportamentos ou pensamentos). Essas transformações constituem parte da força motivadora da pesquisa, juntamente com as percepções dos casais seropositivos nos aspectos concernentes as mudanças na coesão e hierarquia.

A percepção, no paciente, pode ser baseada e sustentada em observações de comportamentos manifestados pelos restantes membros da família, mas também em projecções feitas pelo próprio paciente. Tais manifestações fazem-no desenvolver uma forma peculiar de interpretar a relação com os restantes membros da sua família. Todavia, o certo é que a infecção pelo *HIV/SIDA* cria no paciente pensamentos e sentimentos que geram uma nova imagem nos determinantes funcionais e estruturais da família e que por conseguinte podem ser determinantes na vida do paciente no que respeita ao relacionamento, podendo comprometer ou favorecer a sua qualidade de vida e da própria família como um todo.

Neste sentido, a presente pesquisa pretende trazer à superfície o impacto em casais seropositivos nos aspectos concernentes às mudanças na coesão (grau de aproximação entre o casal) e hierarquia sob ponto de vista dos pacientes, bem como o significado que os mesmos (pacientes) atribuem ao relacionamento familiar nas categorias em análise em virtude do seu estado actual de saúde.

Este estudo visa recuperar a história de alguns desses casais e procura fazer jus à complexidade de situações, compreendendo que, muitas vezes, a relação conjugal baseia-se na cumplicidade do par para a manutenção dos laços afectivos e no enfrentamento das situações impostas pela doença de um dos parceiros. De ponto de vista prático vai servir de ferramenta para consulta e complemento para trabalhos similares.

1.3 Definição do Problema

Durante o estágio realizado no Centro Integrado de Cuidados e Tratamento (CICTRA) do Hospital Militar de Maputo (HMM), fomos testemunhas de pacientes seguidos com diferentes problemas, desde situações em que as mulheres se queixavam da dificuldade de trazer seus maridos para as consultas, sem no entanto saberem se eles são ou não seropositivos, maridos que preferiam esconder a seropositividade às parceiras, passando por casos de medos de revelação do *serostatus* aos parceiros e a família por receio de repercussões, problemas de adesão ao TARV até queixas de falta de apoio, estigma e discriminação por família e outros aspectos de natureza psicossocial.

De referir que no contexto do subsistema conjugal, a situação que tem sido cada vez mais presente e desafiante para pacientes e pessoal de saúde, é a experiência de casais onde apenas um dos cônjuges é portador do *HIV*. Esta situação, que varia de caso para caso, mostra-nos por um lado a experiência mais frequente de casais conflituantes que antes do diagnóstico positivo de *HIV* estavam unidos e, por outro lado, a experiência de uniões formadas após o conhecimento do resultado positivo de um dos cônjuges.

Por outro lado, tivemos ocasião de aceder a relatórios de estágio feitos por outros estudantes que ali também fizeram as suas práticas, dos quais, escolhemos dois, um de casais seroconcordantes e o outro de serodiscordantes.

Machanguane (2007) cujo título do relatório é “*Impacto Psicológico do HIV/SIDA em Casais Discordantes*”, relata o caso de uma senhora de 33 anos de idade, que vivia maritalmente fazia 4 anos, com um filho de 3 anos, era a única fonte de sustento da família pois o marido na altura era desempregado. Um dia, o marido decidiu fazer o teste de *HIV* e que dera negativo e convidou a esposa para fazê-lo, quando ela foi, para a sua surpresa e do marido, o dela deu positivo. Intrigada, não esperava este resultado pois sabia que nunca traíra o marido, contudo, o marido deu todo o apoio e disse que não a abandonaria por esse motivo. Ficou mais tarde preocupada com a possibilidade de fazer o teste ao filho e não sabia como seria a vida dela se o resultado fosse positivo.

Disse que as únicas pessoas que sabem do resultado são o esposo e os profissionais, não contou a ninguém a respeito do resultado do teste porque não queria que as pessoas que lhe são queridas sofressem com essa realidade.

A autora conclui que não obstante a serodiscordância no casal, a dinâmica familiar neste subsistema conjugal não ficou comprometida mesmo considerando que a esposa é que é seropositiva o que tem sido raro na nossa sociedade.

Por seu turno Santos (2007) no seu relatório intitulado “*Impacto Psicológico do HIV/SIDA Pré e Pós Aconselhamento*”, fala de uma paciente que descobriu acidentalmente que o marido era

seropositivo e há muito vinha fazendo tratamento sem no entanto comunicá-la alegadamente porque não sabia qual seria a reacção dela.

De acordo com a autora, este caso revela o medo do impacto de revelação de diagnóstico no subsistema conjugal.

Sabe que no caso de doenças crónicas em geral e no *HIV/SIDA* em particular, partilhar ou não informações e sentimentos relacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico com outras pessoas é uma decisão que influencia as relações familiares, as relações sociais, a aderência ao tratamento e o autocuidado.

Com efeito, Bor, Miller e Goldman (1993) referem que depois da tendência de investigações focalizando o indivíduo, verifica-se a subida de pesquisas que enfatizam o impacto do *HIV/SIDA* no sistema familiar, destacando temas como estigma social, isolamento e segredo, stress e enfrentamento, suporte social, comunicação e revelação, respostas ao adoecimento e alterações na estrutura e nos papéis familiares.

De acordo com Moreira (2002) a revelação do diagnóstico de seropositividade para o *HIV/SIDA* contribui para explicitar rupturas e para fortalecer relações, conforme as características dos relacionamentos familiares prévios ao diagnóstico. Fioroni (2000) indica que a sobrevivência, o equilíbrio emocional e o convívio social são as principais áreas afectadas pelas transformações que a SIDA impõe para o indivíduo.

Para fazer face a estas situações, o sector de apoio psicossocial do CICTRA, desenhou e implementa várias estratégias de intervenção, como o aprofundamento do papel de confidente, figura adoptada como ferramenta de ajuda e suporte aos pacientes, a promoção de dinâmicas de grupo envolvendo não só os parceiros mas também a família como forma de reduzir a conflitualidade na vivência da epidemia bem como para gerir as situações de serodiscordância, estigma e discriminação. Para situações de parceiros que se recusam a vir fazer o teste ou acompanhar os seus parceiros nos cuidados hospitalares, faz-se convites personalizados, alguns aparecem mas a maioria ainda se mostrava resistente. A outra estratégia adoptada no CICTRA é o envolvimento dos educadores de pares constituído por pacientes em seguimento nesta unidade sanitária que voluntariamente aceitaram prestar a ajuda e o apoio aos outros pacientes, estes, para além das actividades locais, realizam visitas domiciliárias tentando convencer os parceiros dos que vem fazendo tratamento sozinhos para também fazerem o teste e darem apoio.

Nem com isso, ainda prevalecem situações de pacientes que enfrentam o seguimento hospitalar com a dificuldade e o desafio de gerir o desequilíbrio na dinâmica familiar e conjugal em relação a revelação do diagnóstico, a serodiscordância e ao impacto psicossocial da vivência da doença em segredo e no silêncio.

Assim, face ao exposto acima colocamos a seguinte pergunta de partida e que pretendemos responder com esta pesquisa:

Qual é o impacto da revelação do diagnóstico da seropositividade no subsistema conjugal?

A operacionalização da pergunta de partida foi feita através das seguintes questões de pesquisa:

Questão1: Qual é a reacção do parceiro seronegativo após receber a revelação do resultado do diagnóstico de *HIV* positivo?

Questão2: Que mudanças são percebidas pelo parceiro seropositivo após revelar o resultado do seu diagnóstico de *HIV* positivo?

Questão3: Qual é o nível de coesão do subsistema conjugal após a revelação do teste de *HIV*?

Para dar resposta ao problema de pesquisa, assim como à pergunta de partida, foram elaborados objectivos orientadores que são apresentados de seguida:

1.4 OBJECTIVOS

1.4.1 Objectivo Geral

- Conhecer o impacto da revelação do resultado da seropositividade no seio do casal.

1.4.2 Objectivos Específicos

- Avaliar a reacção do parceiro seronegativo após receber a revelação e o resultado do diagnóstico de *HIV* positivo.
- Descrever as mudanças percebidas pelo parceiro seropositivo após revelar o resultado do seu diagnóstico de *HIV* positivo.
- Analisar a coesão do subsistema conjugal após a revelação do teste de *HIV*.

Síntese:

Este capítulo foi de contextualização do tema da pesquisa, no âmbito desta contextualização foi apresentado o problema, a pergunta de pesquisa, a justificação da escolha do tema e os objectivos.

Neste capítulo delimitaram-se ainda os aspectos centrais da pesquisa em torno do tema: “*Impacto da Revelação do Diagnóstico da Seropositividade no Subsistema conjugal*”, que edificaram uma base para a pesquisa em função do encaixe dos objectivos propostos.

As transformações na vida de casais geradas pelo *HIV/SIDA* constituem parte da força motivadora da pesquisa, juntamente com as percepções dos casais seropositivos nos aspectos concernentes as mudanças na coesão e hierarquia.

CAPITULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceitualização

Neste capítulo, definimos os conceitos-chave, apresentamos o modelo teórico que serve de suporte explicativo da nossa pesquisa bem como a síntese de alguns estudos feitos em Moçambique e não só.

2.1.1 HIV

O vírus da imunodeficiência humana (*HIV*) é um agente causador da SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), sendo um vírus linfotrópico com afinidade para os linfócitos T CD4+ responsáveis, em parte, pelo controlo do sistema imunológico. (Weiss, 2007).

Segundo Kuby (2003) foi isolado pela primeira vez em 1983 pelos pesquisadores Roberto Gallo, nos EUA, e LucMontegnier, na França.

Segundo (MISAU 2010) em Moçambique, o primeiro caso foi descoberto em 1986, logo após a Organização Mundial de Saúde, ter alertado para manifestação da doença na África e particularmente, ter recomendado aos Países Africanos a constituição do combate ao *HIV*. Seguindo esta recomendação, foi criada em Moçambique no mesmo ano de 1986, a Comissão Nacional do *HIV/SIDA*, subordinada ao MISAU.

A população Moçambicana com as informações do MISAU sobre o problema da patologia do *HIV/SIDA* que tem dizimado muitas famílias razão pela qual ainda continuam a ignorar conselhos e das propagandas fornecidas nos *Mídias*.

2.1.2 Diagnóstico da Seropositividade

Segundo Penedo, Gonzalez, Davis, Dahn, Antuni, Ironson, Malow e Schneiderman (2003) o diagnóstico da seropositividade representa uma crise altamente geradora de *stress*, requerendo do indivíduo a adopção de estratégias de *coping* mais eficazes do que em situações anteriores.

Major e Eccleston (2005) dizem que o diagnóstico de seropositividade, representa uma situação de *stress*, perante a qual o indivíduo deverá reagir através de esforços cognitivos e comportamentais no sentido de lidar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas inerentes

à situação. Os esforços de confronto e as reacções emocionais desencadeados pelos indivíduos face a uma situação de *stress* são mediados pelos processos cognitivos do indivíduo, no sentido de adequar as reacções emocionais às situações, alterando determinadas condições de *stress*.

Para Flaskerud (1992) o diagnóstico da seropositividade afecta as pessoas incluídas na sua rede social como sendo, o parceiro, a família e os amigos, que têm experiência dos efeitos psicológicos e sociais inerentes a este diagnóstico.

O parceiro da pessoa seropositiva pode sentir culpa por lhe ter transmitido o vírus, pode ter receio de contágio através do contacto prévio com a pessoa ou pode apresentar ansiedade e depressão devido ao diagnóstico do parceiro. Pode ocorrer perda do equilíbrio no relacionamento devido ao aumento da dependência física, emocional e financeira do parceiro infectado. A família e os amigos também podem apresentar as mesmas reacções emocionais e sociais, isto é, choque, negação, ansiedade, raiva, medo, culpa e depressão. Os pais podem sentir culpa por se sentirem responsáveis pelo estilo de vida do familiar seropositivo. Por vezes podem surgir conflitos que fraccionam a família.

Holt, Court, Vedhara, Nott, Holmes e Snow (1998) referem que o diagnóstico da seropositividade desencadeia uma crise, durante a qual a pessoa analisa a sua vida, as relações com a família e amigos, o seu autoconceito e as suas práticas sexuais. As reacções iniciais mais frequentes são de negação e precaução. Embora a não revelação inicial da sua seropositividade confira tempo para que a pessoa se adapte ao diagnóstico sem se preocupar com a reacção dos outros ao diagnóstico, também causa maior isolamento social. No entanto, esta fase é transitória, uma vez que atingido o equilíbrio emocional, a pessoa apresenta mais estratégias para gerir o *stress* proveniente da revelação do diagnóstico à rede social.

Os mesmos autores acima dizem ainda, que o diagnóstico de seropositividade pode conduzir a mudanças de padrões sexuais. Algumas pessoas seropositivas, perante dúvidas quanto à segurança dos comportamentos sexuais adoptados e face ao *stress* associado à revelação do diagnóstico ao parceiro sexual, optam pela abstinência sexual. Em alguns casos, os doentes optam por se relacionarem com parceiros ocasionais adoptando medidas preventivas seguras, reduzindo a necessidade de informar o parceiro acerca da sua seropositividade, uma vez que não é considerada uma informação necessária durante um relacionamento ocasional.

Miguel e Borges (2002) afirmam que a adaptação ao diagnóstico da seropositividade é um processo complexo, uma vez que esta representa uma ameaça à integridade do indivíduo. Os danos

físicos e limitações funcionais poderão representar uma ameaça à integridade física, do bem-estar, qualidade de vida, com a iminência de perda de vida. A incerteza face ao desfecho da doença pode causar um reajuste nos projectos de vida, assim como a perda de autonomia e alterações da auto-imagem que podem colocar em causa a auto-estima e contribuir para a alteração do projecto existente. Os sentimentos e emoções negativos como a raiva, angústia e o desespero podem contribuir para a alteração do equilíbrio emocional e psicoafectivo.

O diagnóstico da seropositividade é um dos elementos nas variáveis do estudo, tendo em conta que este diagnóstico é que vai avaliar os níveis de hierarquia e coesão no subsistema conjugal.

As famílias actualmente quando recebem a informação através dos Profissionais da Saúde quando fazem os teste de *HIV* nas Unidades Sanitárias tem entrado em pânico e muitas das vezes em contradições entre as mesma, acusando de quem contaminou um ao outro, o que não ajuda neste momento de tristeza e angustia.

2.1.3 Revelação do diagnóstico

Estudos associam a revelação, ou seja, compartilhar ou não informações, sentimentos e dificuldades relacionadas ao diagnóstico com pessoas da rede familiar e social, com o funcionamento do sistema imunológico e a progressão do quadro clínico (Cole, Kemeny e Taylor, 1996; Ostrow, 1996; Strachan, Bennet, Russo & Roy-Byrne, 2007; Ulla & Remor, 2002), com as estratégias de enfrentamento utilizadas (Faria & Seidl, 2006; Holt et al., 2004; Seidl, 2005; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), com apoio social (Nascimento, 2002) e com a adesão ao tratamento (Ammassari et al., 2002; Herrera, Campero, Caballero & Kendall, 2008; Remor, 2002; Vasconcellos, Picard & Ichaid, 2003).

Segundo Klitzmane Bayer (2003) a revelação de diagnóstico pode ser entendida como um processo para comunicar uma informação, potencialmente estigmatizante, que antes foi omissa com a intenção de preservar o bem-estar psicológico.

Simoni e Pantalone (2004) dizem que a revelação do diagnóstico de seropositividade é influenciada pelo receio de despoletar uma crise emocional disruptiva com o receptor da informação, e de se tornar alvo de discriminação. Da mesma forma, é ponderada como impeditiva de uma estratégia de autoprotecção emocional ou vista como sobrecarga emocional para o receptor da informação.

De acordo com Holt *et al.* (1998) as pessoas seropositivas que optam pela revelação da seropositividade ao parceiro procuram retomar o controle sobre as suas vidas, procurando minimizar o *stress* associado à não revelação e à ansiedade causada por relações sexuais com um parceiro que desconhece a sua seropositividade. Em alguns casos, pode ocorrer mudança do padrão de comportamento, reduzindo o número de parceiros sexuais e reduzindo conseqüentemente, o número de revelações.

A revelação do diagnóstico da seropositividade ocorre em situações em que o indivíduo portador do *HIV/SIDA* confia na pessoa a revelar, pois só a confiança que se estabelece entre ambos garante a manutenção do segredo, pois o *HIV/SIDA* continua sendo visto como um assunto particular e não de revelia pública. Sendo assim, os indivíduos que são mais confiados e com os quais se estabelece maior cooperação e mutualidade, se tornam merecedores da revelação e aos que não existe confiança ou é baixa, não se revelam. Porém, reconhecemos que possam existir situações em que mesmo havendo confiança e reciprocidade, pode não haver a revelação, por se considerar o *HIV/SIDA* um assunto particular e privado.

Existem algumas teorias explicativas acerca da revelação do diagnóstico de seropositividade. De acordo com a teoria de progressão da doença, os indivíduos seropositivos revelam mais a sua seropositividade à medida que a doença avança, uma vez que os sintomas se vão tornando mais evidentes (Mansergh, Marks & Simoni, 1995).

Klitzmane Bayer (2003) consideram a revelação do diagnóstico da seropositividade uma informação potencialmente estigmatizante. Na mesma linha, Simoni e Pantalone (2004) dizem que a revelação pode tornar-se algo de discriminação. Não obstante, Holt *et al.* (1998) defendem que as pessoas que optam pela revelação procuram minimizar o *stress* associado à não revelação e à ansiedade causada.

Leask, Elford, Bor, Miller e Johnson (1997) constataram que as mulheres não revelaram para ninguém da família de origem nem para os filhos, preferiram compartilhar a notícia com o marido e poucos amigos, avaliando mais mudanças positivas com os amigos e negativas com os maridos.

As diferenças étnicas investigadas por Mason *et al.* (1995) fizeram estudos tentando estabelecer as diferenças étnicas em situações de revelação diagnóstica e descobriram que homens latinos tendem a não revelar sua condição serológica para familiares e rede social, acreditando que manter segredo pode promover a harmonia familiar e proteger seus familiares de possíveis conseqüências e manter valores culturais.

Por seu lado, Galvão (1998) encontrou que a maioria de homens não revelou sua condição serológica para parceiras sexuais e que os homens e mulheres que o fizeram os parceiros se afastaram.

Estas são situações comuns na nossa sociedade, principalmente no caso das mulheres que tem sido as maiores vítimas, por isso tem-se falado da feminização da epidemia em Moçambique.

Nascimento (2002) caracterizou algumas ambivalências no que concerne à revelação do diagnóstico: a) opção como escolha para quem se revela (ou não) versus obrigação que se coloca nas relações quotidianas fazendo com que as pessoas não se sintam no direito a ter segredos; b) revelação enunciada, quando se nomeia contando para alguém, versus revelação denunciada, quando os sinais e marcas no próprio corpo, a medicação específica, o facto de entrar no Serviço especializado no atendimento a pessoas com *HIV/SIDA* ou alguma situação revela por si só; c) dificuldade em estabelecer ou diferenciar o que é do âmbito da vida privada versus o que é do âmbito da vida pública.

A este respeito vale recordar que a filosofia da criação de hospitais dias especializados no atendimento as pessoas vivendo com *HIV/SIDA* que tinha sido adoptada pelo MISAU no início, foi gradualmente desencorajada alegadamente para evitar a perpetuação de discriminação sobre os pacientes, passando a integrar na rede nacional do sistema de saúde estes pacientes.

Pode-se concluir que a revelação de diagnóstico é um processo complicado, uma vez que o parceiro(a) tem receio de revelar ao seu par, por temer a estigmatização, discriminação que podem despoletar uma crise emocional disruptiva com o receptor da informação e também pode constituir uma ansiedade no parceiro que não conhece o seu estado.

Feita a abordagem da revelação do diagnóstico da seropositividade, tratar-se-á do impacto do diagnóstico da seropositividade.

2.1.4 Impacto do diagnóstico da seropositividade

Miguel e Borges (2002) acreditam que o impacto do diagnóstico da seropositividade despoleta uma crise perante a qual a condição física, social e psicológica do doente não permite responder de imediato a este confronto. O doente enfrenta o facto de as suas formas habituais de resolução de problemas não se aplicarem à crise em questão, podendo surgir reacções emocionais como

negação, ansiedade e mais tarde, a depressão. A natureza destas reacções emocionais é comum e a sua inexistência poderá pressupor uma adaptação posterior pouco eficaz.

Pode ocorrer uma diminuição da autoestima, resultante da perda de autonomia ou devido a um contacto negativo com o sistema de saúde (Serra, 2005).

Por sua vez, Serovich, Esbensen e Mason (2005) acham que a compreensão do impacto da informação do diagnóstico à família, amigos e parceiros (as) é importante pois a revelação é imprescindível para a aquisição de suporte sociofamiliar, que demonstrou melhorar as vidas de quem vive com *HIV*. A partilha desta informação poderá permitir a aquisição de suporte social, contribuindo para atenuar sintomas depressivos. O suporte sociofamiliar facilita o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Estes autores divergem em relação ao impacto do diagnóstico da seropositividade: os primeiros, Miguel e Borges (2002) dão ênfase às reacções emocionais como negação, ansiedade e depressão, enquanto Serovich, Esbensen e Mason (2005) consideram que o suporte sociofamiliar facilita o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Após ter-se falado do impacto do diagnóstico da seropositividade, vai-se fazer uma abordagem conceptual sobre o subsistema conjugal.

2.1.5 Subsistema Conjugal

Minuchin (1990) diz que a família é um sistema e o casal é um subsistema que se define em função dos limites de uma organização hierárquica. O sistema familiar diferencia-se e executa as suas funções através dos seus subsistemas.

Minuchin e Fishman (2003) definem subsistema conjugal como casal formado pela união de duas pessoas com um conjunto de valores e expectativas, tanto explícitas quanto inconscientes. Para o seu funcionamento é necessário abrir mão de parte as suas ideias e preferências, perdendo individualidade, porém ganhando em pertinência.

A formação do subsistema conjugal envolve uma conjunção entre duas individualidades, “dois sistemas individuais, que sintetizam mais dois sistemas familiares, além do transgeracional, e do contexto social mais amplo do qual participam” (Anton, 1998:57).

Como foi apresentado anteriormente, para o estudo e aprofundamento do tema, a pesquisadora consultou a literatura relevante ao tema e a problemática em estudo, que foi clarificando a medida

que a pesquisa prosseguia, o que permitiu desenvolver esforços para a compreensão do fenómeno. Neste sentido a pesquisadora tomou em consideração o modelo sistémico estrutural.

De acordo com o descrito, pode-se perceber que o modelo sistémico que de seguida se apresenta oferece um quadro teórico de referência capaz de responder as necessidades do subsistema conjugal na revelação do diagnóstico no concernente a hierarquia e coesão.

2.2 Modelo Sistémico

Os diferentes modelos de terapia familiar compartilham a noção de família como um sistema formado por diferentes subsistemas interdependentes, que se inicia à partir do estabelecimento da relação de casal.

Como um sistema, o casal desenvolve mecanismos de regulação emocional e comportamental próprio, definidos em grande parte através da comunicação. O estabelecimento da relação envolve acordos conscientes e inconscientes e a definição de regras de interacção dos indivíduos entre si, assim como do casal com os sistemas familiares e sociais circundantes.

As regras relacionais são as mediadoras da interacção, definem a qualidade da comunicação, a compreensão da realidade e o conceito de si.

Para a teoria sistémica a comunicação é um componente essencial de qualquer relacionamento.

Miermont e Cols (1994:439) afirmam que os primeiros a sistematizarem um referencial pragmático das comunicações humanas, combinando contribuições da semiótica, da teoria da informação e da cibernética, o qual influenciou de forma importante as abordagens sistémicas posteriores. As suas ideias podem ser sintetizadas na afirmação de que “a comunicação produz efeitos de sentido (ponto de vista semântico) que nascem do estabelecimento da interacção (ponto de vista pragmático) de estruturas de comportamentos (ponto de vista sintáctico)”.

Bertalanffy (1975), considerado o precursor e pai da Teoria Geral dos Sistemas, destacou que os “sistemas” são complexos de subsistemas colocados em interacção, ou seja, um conjunto de elementos que têm relações entre si e com o meio, em busca de um resultado final.

Para Minuchin (1982), a família é vista como um sistema que opera através de padrões transacionais, ou seja, padrões reguladores do comportamento dos membros da família os quais são mantidos por dois sistemas de repressão: genérico e idiossincrásico.

O sistema de repressão genérico - refere-se às regras universais que governam a organização familiar, ou seja, são as regras sociais que não são exclusivas de uma determinada família, sendo compartilhadas por inúmeras famílias inseridas num mesmo contexto. O sistema idiossincrásico engloba as expectativas mútuas de membros específicos da família.

Na óptica de Ferres-Carneiro (1996), a família é um sistema que se define em função dos limites de uma organização hierárquica, sendo que este sistema diferencia-se e executa as suas funções através dos seus subsistemas.

De acordo com Bowen (1991), a família é compreendida como um conjunto de sistemas e subsistemas, sendo que o funcionamento de todo o sistema depende do funcionamento dos sistemas mais amplos os quais formam parte de um subsistema. Além disto, a família é entendida como uma combinação de sistemas emocionais e relacionais. O primeiro refere-se à força que motiva o sistema e o segundo, à maneira que se expressa, à comunicação e à interacção.

Segundo Honwana (2002), a família africana incluía conexão entre os vivos e os mortos e também envolve a relação com a comunidade histórica e sociocultural. Pois, na situação africana, a concepção de família integra um sentido mais largo, na qual existe uma relação entre vivos e mortos.

A partir da estrutura familiar levantam-se dados relevantes para compreender a funcionalidade familiar, são estabelecidos os seguintes sistemas familiares (Minuchin, Fishman, 2003):

- **Sistema conjugal:** casal formado pela união de duas pessoas com um conjunto de valores e expectativas, tanto explícitas quanto inconscientes. Para o seu funcionamento é necessário abrir mão de parte de suas ideias e preferências, perdendo individualidade, porém ganhando em pertinência.
- **Sistema parental:** envolve a educação dos filhos e funções de socialização. Este subsistema pode ser ampliado para avós ou tios, ou então excluir completamente um dos pais desse sistema.
- **Sistema fraterno (ou filial):** sistema composto por similares, sendo o primordial aquele composto entre os irmãos, podendo ser constituído também por amigos e primos. Neste sistema desenvolve a capacidade de negociação, cooperação, pertinência, competição e reconhecimento.

Para a educação e desenvolvimentos das famílias e o crescimento sadio das crianças é preciso que os pais estejam juntos para darem a continuidade na criação dos filhos, do bom ambiente no âmbito da convivência humana do dia adia.

Em conformidade com esta abordagem, o sistema familiar discerne e executa as suas funções através de subsistemas.

Para explicar melhor o papel dos subsistemas na família, bem como a sua relação com o exterior (a sociedade no geral) definiu-se a ideia de fronteiras, que se referem aos lugares subjectivos de cada membro.

Minuchin (1982) considera que o funcionamento familiar adequado tem fronteiras nítidas, difusas e rígidas:

- **Fronteiras nítidas**, ou seja, fronteiras que permitem que cada subsistema e cada pessoa desempenhem sua função no sistema familiar, sem a interferência indevida, porém flexível ao contacto com os membros dos outros subsistemas.
- **Fronteiras difusas** são encontradas em famílias com acentuado grau de comunicação e preocupação entre os seus membros e correspondem a padrões de proximidade excessiva, vivendo muitas vezes em torno de si mesmas, o que pode sobrecarregar o sistema, ou seja, há uma proximidade e intensidade nas interações familiares acarretando no empobrecimento das percepções que um membro tem do outro e de si mesmo.

Carneiro (1996) salienta que quando as fronteiras são difusas as famílias são aglutinadas ou emaranhadas.

- **Fronteiras rígidas** são caracterizadas pela sensação de desligamento e despreocupação, sendo que a comunicação entre seus membros são prejudicados e leva ao distanciamento emocional dos mesmos. Tal fronteira caracteriza as famílias desligadas (Féres-Carneiro, 1996). É importante salientar que todas as famílias são compreendidas como incidindo em algum lugar ao longo de um *continuum*, sendo que os polos são os dois extremos das fronteiras difusas e excessivamente rígidas.

As famílias saudáveis emocionalmente apresentam fronteiras claras. Destaca-se que uma mesma família pode apresentar diferentes tipos de fronteiras entre os seus subsistemas, ou até entre um mesmo subsistema (Minuchin, 1982).

2.3 Coesão e hierarquia

Nos estudos sobre família, a coesão (proximidade emocional) e a hierarquia (estrutura de poder) são vistas como duas dimensões básicas que descrevem a organização do sistema social ou a estrutura familiar.

De Antoni e Koller (2004) definem coesão como proximidade afectiva que envolve relações de amizade, união e de pertença ao grupo.

A coesão está relacionada linearmente com o desenvolvimento saudável e bem-estar psicossocial de crianças, do adolescente e de famílias. O funcionamento familiar adequado é promovido pela relação próxima entre o casal, entre pais e filhos e entre irmãos. Ao contrário, famílias com conflitos frequentemente demonstram baixa coesão entre seus membros e colisões entre gerações, ou seja, os pais mais próximos de seus filhos do que do seu (sua) companheiro(a).

Colisão refere-se à união entre dois ou mais membros, pode ocorrer em prol de um objectivo ou para rebelar-se contra outro membro familiar (Feldman & Gehring, 1988).

Na mesma linha de pensamento, Gehring (1998), define a coesão como um vínculo emocional ou ligação entre os membros de um grupo, tal como a família ou comunidade.

Fachada (2012) considera coesão como sendo tudo aquilo que liga os indivíduos entre si, e envolve crenças, valores, ligações, verificando a esses indivíduos uma identidade e o sentimento de pertença.

Minuchin (1990) diz que os níveis de coesão extremamente elevados (emaranhados) ou extremamente baixos (desligados) tendem a ser problemáticos para o desenvolvimento de relacionamentos sustentáveis ao nível do sistema familiar.

Feldman e Gehring (1988) conceituam a hierarquia como uma estrutura de poder, que envolve influência, controle e adaptabilidade. Está relacionada ao controle e poder decisório, seja nos eventos quotidianos, como em situações adversas. O domínio de uma pessoa no sistema familiar tem sido relatado como uma habilidade de mudar papéis e regras no grupo. Um factor importante na análise desta estrutura de poder é a presença da inversão hierárquica, isto é, filhos (crianças ou adolescentes) com mais poder do que os pais.

Idem (1988) a hierarquia é como uma estrutura de poder, que envolve influência, controle e adaptabilidade. Está relacionada ao controle e poder de decisão, seja nos eventos quotidianos, como em situações adversas. Um factor importante na análise da estrutura é a inversão hierárquica onde os filhos se colocam com mais poder do que os pais.

A perda do casal por esta patologia faz com a estrutura da família chefiada pelos pais torna-se frágil dado que os líderes já não existem e os filhos ficam num total descontrolo e passam a chefiar as famílias deixando assim várias actividades tais como a escola para começarem a trabalhar sendo para o auto sustento.

Ibidem (1988) dizem que o funcionamento familiar saudável tem sido identificado por dois aspectos em relação à hierarquia: o relacionamento do casal de forma igualitária (equilíbrio de poder) e os pais tendo mais poder e influência do que seus filhos, mas com certo grau de flexibilidade frente às mudanças, no desempenho de papéis e nas regras existentes.

As dimensões de coesão e a hierarquia permitem-nos perceber se a família está saudável ou está numa situação de conflito. A coesão (proximidade emocional) e a hierarquia (estrutura de poder) são as dimensões básicas, que descrevem a organização do sistema social ou estrutura familiar. O funcionamento familiar adequado é promovido pela relação próxima do casal, entre pais e filhos e irmãos.

Minuchin (1993) diz que as dimensões de coesão referem-se aos laços emocionais que unem os membros da família, envolve relações de amizade e de pertença ao grupo. Indica igualmente o grau de autonomia que o indivíduo experimenta no sistema familiar. Ligado ao conceito de fronteiras rígidas, flexíveis ou difusas entre subsistemas.

Idem (1993) a coesão oscila entre dois extremos: o desligamento (muito baixa coesão), em famílias com conflitos, onde existem poucos laços familiares e uma elevada autonomia individual; e o emaranhamento (muito alta coesão), onde domina um sobre envolvimento familiar e fraca autonomia pessoal, passando por níveis mais moderados e saudáveis de coesão. Tem como variáveis relacionadas: dependência, interdependência, fronteiras familiares, lealdades e colisão, actividades e organização familiar e conjugal, tomada de decisão, interesse e passa tempos.

A coesão familiar associada à estrutura de poder ou hierarquia nos seus níveis extremos são maléficos para a estrutura familiar. Por exemplo, uma alta coesão, associada a uma baixa hierarquia pode levar à sobreposição ou confusão de papéis, falta de limites ou fronteiras difusas, assim como, ao prejuízo do exercício da individualidade.

Gehring (1998) refere que os dados resultantes da hierarquia e coesão podem ser combinados para classificar a estrutura familiar e determinar o nível de flexibilidade familiar, que resulta em três tipos de estrutura familiar; a estrutura familiar equilibrada ou balanceada, quando a família apresenta uma coesão média ou baixa e hierarquia média; a equilibrada - instável ou balanceada,

quando a família apresenta média coesão e baixa ou alta hierarquia; e a desequilibrada ou não balanceada, quando a família apresenta tanto a coesão como a hierarquia em valores extremos.

A estrutura familiar equilibrada apresenta uma relação de equilíbrio entre a dimensão individual a colectiva, havendo uma ligeira separação emocional entre os membros, mas não extrema. O funcionamento familiar saudável tem sido identificado através do relacionamento do casal de forma igualitária (equilíbrio de poder) e os pais tendo mais poder e influência maior do que os seus filhos, mas com certo grau de flexibilidade frente às mudanças no desempenho de papéis e nas regras existentes.

Minuchin (1990) refere que a combinação entre a coesão alta e baixa hierarquia correspondem ao relacionamento emaranhado, que implica uma extrema ligação emocional e uma elevada dependência entre os membros, sugerindo baixa diferenciação do indivíduo em relação à família. Caracterizada por um relacionamento centrado nela própria, defendendo a unidade em prol da individuação. Nelas existem papéis rígidos e sintomas por vezes psicossomáticos, e frequente um dos pais encontrar-se numa posição hierárquica baixa relativamente aos filhos - inversão hierárquica, e as fronteiras entre as gerações e indivíduos serem difusas e mal definidas (colisões).

A coesão e a hierarquia familiar são conceitos característicos da teoria estrutural e sistémica e, por isso, são importantes para determo-nos brevemente nesta teoria para extrair os pressupostos básicos que fundamentam a nossa pesquisa.

Síntese:

O segundo capítulo debruçou-se sobre os conceitos-chave relacionados ao tema em estudo, concretamente *HIV*, diagnóstico da seropositividade e o subsistema conjugal.

No contexto do modelo sistémico fez-se destaque sobre a comunicação como componente essencial do relacionamento, as fronteiras e os seus respectivos níveis de classificação, uma abordagem da família como um sistema, evidenciando que os sistemas são complexos dos subsistemas.

Revisão de Estudos e Publicações sobre *HIV/SIDA* em Moçambique

Uma das principais limitações que enfrentamos foi ter acesso a estudos, pesquisas e demais publicações relativos ao *HIV/SIDA* em Moçambique, mesmo reconhecendo que ao longo destes anos de combate desta pandemia, muitos foram trabalhos feitos, tanto em forma de trabalhos de

fim de curso a todos os níveis de ensino médio e superior quanto sob a forma de encomendas das ONG ou até das instituições públicas e privadas, contudo o seu acesso nem sempre é fácil.

A principal dificuldade que pode eventualmente explicar esta situação é apontada por Maloa (2014), ao constatar que o nosso país não tem um sistema de informação confiável e portanto, não é fácil criar-se uma base de dados contendo de forma centralizada as diversas publicações científicas e académicas.

Da revisão electrónica que fizemos encontramos alguns estudos, nomeadamente, Chagane (2004); Mudendere (2005); Júnior (2007); Brambatti (2007); Banco Mundial (2008); Fishel, et al (2009); Manuel (2011); Minzo et al (2011); Njihia; Ambasa; Parker; e Rogers (2012); Maloa (2014); Andrade e Iriarti (2015). No referente a publicações de Instituições e Organismos nacionais e estrangeiros, IESE (2008); Médicos Sem Fronteiras Moçambique (2010); ARO MOÇAMBIQUE (2011); Conselho Nacional de Combate ao SIDA (2014), HANDICAP International (2011); MISAU (2007, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014); Instituto Nacional de Estatística (2009, 2011, 2013, 2014); entre outros.

As temáticas abordadas nestes artigos vão desde as crenças, conhecimentos, comportamentos, e atitudes; estigma e discriminação; dinâmicas socioculturais; família, tradição e género em relação ao *HIV/SIDA*, a serodiscordância e repercussões resultantes da comunicação e revelação do diagnóstico de seropositividade em casais, perspectivas das pessoas que vivem com *HIV/SIDA*, até sobre os desafios em relação a prevenção e combate à epidemia, relatórios e informes sobre a vigilância epidemiológica e impacto demográfico, manuais de formação, etc.

Como se pode depreender, destes estudos poucos centram-se em revelação de diagnóstico e casos de serodiscordância.

CAPITULO III

METODOLOGIA

O presente trabalho, que visa dar a conhecer o impacto que envolve a revelação do diagnóstico da seropositividade no subsistema conjugal, enquadra-se na disposição científica em Terapia Familiar e Comunitária, que consistiu na justificativa do tema, definição do problema, pergunta de partida e questões de pesquisa e revisão da literatura de temas relacionados.

Para dar respostas às questões integradas na pesquisa, abordadas no terceiro capítulo, foram esboçados alguns critérios metodológicos que se traduziram nos seguintes componentes: tipo de estudo e desenho de pesquisa, população e amostra, técnicas e instrumento de recolha de dados, fiabilidade e validade dos instrumentos, procedimentos metodológicos e considerações éticas.

De acordo com Gil (1999), a pesquisa é um processo formal e sistemático do desenvolvimento do método científico. O objectivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

3.1 Tipo de estudo e desenho de pesquisa

Realizou-se estudo de caso com abordagem qualitativa. O estudo de caso é um subtipo de pesquisa descritiva, onde se aprofunda sobre uma família ou organização com fins de compreender melhor sobre um dado fenómeno (Fortin, 2003).

Para a realização desta pesquisa foi utilizada a pesquisa aplicada, com a finalidade de dar resposta ao problema de pesquisa, a qual tomou-se em consideração o Estudo de Caso onde buscou-se de forma exaustiva e o aprofundamento do assunto no local de estudo com os casais inqueridos pela estudante. Tomou como abordagem a pesquisa qualitativa.

O estudo de caso contribui para compreender melhor os fenómenos individuais, os processos organizacionais e políticos da sociedade. É uma ferramenta utilizada para entendermos a forma e os motivos que levaram a determinada decisão. Conforme Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo em abordagens específicas de colectas e análise de dados.

Foram realizadas a pesquisa descritiva, como o próprio nome já diz, tem o objectivo de “descrever com exatidão fatos e fenómenos de determinada realidade” (Triviños, 1987). Dada a natureza do estudo feito no Centro de Saúde 1º de Maio, com os casais.

3.2 População e amostra

O centro de Saúde 1º de Maio atende em média mensal 500 casais nas consultas TARV, dos quais cerca de 200 são diagnosticados seropositivos, representando 2.5% da população. Neste estudo foram seleccionados 5 casais voluntários, dos quais apenas um era serodiscordante.

De acordo com Fortin (1999), uma população é uma colecção de elementos de sujeitos que partilham características comuns. Face a isto, a população é constituída por casais seroconcordantes e serodiscordantes que frequentam a consulta TARV do Centro de Saúde 1º de Maio. A escolha desta população baseou-se por esta apresentar um fenómeno preocupante, que é o *HIV/SIDA* no seio dos casais.

Relativamente a amostra, esta é definida por Gil (2010), como sendo um subconjunto do universo, a amostra deve ser obtida de uma população específica e homogénea.

A amostra da pesquisa foi apresentada na base dos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, residência, profissão, e nível académico).

Para realização do estudo, optou-se por um processo de amostragem não probabilística por conveniência. Segundo Marconi e Lakatos (2011), nesta técnica, não se faz o uso de formas aleatórias de selecção e nem aplicação de fórmulas estatísticas.

O critério de inclusão na amostra foram todos os casais que aceitaram fazer parte do estudo, com idade igual ou superior a 18 anos de idade que estavam aptos a responderem no momento e que podiam responder em juízo.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Fortin (1999) diz que a recolha de dados, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, requer a elaboração de um instrumento apropriado que vá ao encontro dos objectivos inicialmente traçados e às características da população.

Neste estudo, foram usados os seguintes instrumentos de recolha de dados: a entrevista semiestruturada, genograma e o teste do sistema familiar (FAST).

3.3.1 Entrevista

Macedo (1994) define a entrevista semiestruturada como aquela de inspiração etnográfica no sentido de se estabelecer um encontro constitutivo, fundamentado na linguagem e altos, comunicativos. Pode-se constatar que se trata de um encontro ou encontros objectivando a compreensão da representação dos indivíduos entrevistados sobre as suas vidas, suas experiências, a partir da sua própria linguagem.

A entrevista semiestruturada permite que o entrevistador tenha a liberdade de desenvolver cada situação em qualquer direcção que considere adequada. Essa técnica irá permitir-nos captar os diversos sentimentos que os casais vivendo com o *HIV/SIDA* têm de estar a viver na condição de seropositividade e também os mecanismos de interacção e integração com os parceiros definidos para o estudo. A mesma possibilitou com que no processo de interacção com os entrevistados compreender melhor a forma como ocorrem as lógicas de revelação ou ocultação da seropositividade que constitui o problema desta pesquisa.

3.3.2 Genograma

McGoldrick e Gerson (2005) definem genograma como um instrumento que auxilia a família a expressar-se, e que vem somar-se a gama de instrumentos de colecta de dados, como os relatos orais para estudo de casos, histórias de vida e entrevistas reflexivas, que permitem a ampla expressão dos participantes.

O aspecto estrutural do genograma representa a arquitectura familiar, estando disposto de forma horizontal e vertical. As linhas verticais representam as gerações familiares onde deverá se registar informações sobre os membros da família por no mínimo três gerações.

O genograma é uma representação gráfica de constelação familiar, compreendendo várias gerações, permitindo uma visão global da estrutura familiar e dos modelos do funcionamento da família; numa perspectiva tanto cronológica quanto dinâmica (Machado, *et al.*, 2005). A construção do genograma pode ser realizada de forma fragmentada didacticamente em traçado da estrutura familiar; registo de informações e plano das relações familiares. Também pode ser

encontrado como genograma estrutural (o qual é representado por estrutura e informações) e genograma funcional.

Idem (2005) consideram que na terapia e no aconselhamento familiar, o genograma é utilizado como um instrumento para engajar a família, destravar o sistema, rever dificuldades familiares, verificar a composição familiar, clarificar os padrões relacionais familiares e identificar a família extensa. Frequentemente, a sua confecção identifica a razão pela qual a família procura a terapia ou seja, clarificar a demanda existente por trás da queixa esclarecida pela família.

Ibidem (2005) referem ainda que a aplicação do genograma em saúde da família é extensa. Pode ser utilizado como instrumento importante na caracterização e cadastro dos grupos familiares na estratégia de saúde e da família, com vista ao trabalho de promoção á saúde da comunidade e prevenção de agravos. Além disso, permite uma visualização do processo de adoecer e das principais enfermidades que acometem a mélia pode conectar-se ao contexto, bem como a evolução de ambos, problema e contexto, ao longo do tempo.

3.3.3 Teste do sistema familiar (FAST)

O FAST, desenvolvido por Thomas Gehring com objectivo de avaliar a coesão e hierarquia familiar, através da representação dos seus membros na situação real, ideal e de conflito (Gehring, 1998).

No contexto da presente pesquisa, avaliamos o sistema familiar, tendo em conta a percepção do subsistema conjugal em relação à coesão e hierarquia familiar, na revelação do diagnóstico, bem como na situação ideal do ponto de vista do grupo alvo da pesquisa.

Este instrumento foi usado pela primeira vez em Moçambique por Momade, (2014), numa abordagem quantitativa com 106 crianças, que tinha como objectivo: compreender o impacto da acção do Comité Comunitário de Protecção a Crianças ao nível da hierarquia e da coesão familiar da Comunidade de Ndabuenda.

O teste permite a análise dos níveis hierárquicos na família e explora os vínculos emocionais que são estabelecidos, através da mensuração da coesão familiar. A combinação entre as variáveis coesão e hierarquia possibilita a categorização dos resultados em termos de equilíbrio da estrutura familiar (equilibrada, equilibrada - instável e desequilibrada).

O teste é constituído por um bloco micrométrico, dividido em 81 quadrados (5cm x 5cm), peças confeccionadas em madeira, com 8 cm, representando figuras masculinas e femininas que

simbolizam os membros da família, e blocos cilíndricos com três níveis diferentes de alturas (1,5 cm; 3 cm e 4,5 cm), como mostra a imagem 1.

Figura1: Teste do Sistema Familiar que representa coesão e hierarquia



Fonte: Gehring (1998)

Escolheu-se o FAST como instrumento de pesquisa, porque pode ser projectado para colher dados qualitativos da coesão e hierarquia familiar nos membros, ainda, pode ser administrado de forma individual, familiar e ao nível de subsistemas. Para além destas vantagens, a outra, é o facto de ser um teste rápido e lúdico na sua aplicação, sendo ajustado ao grupo alvo da pesquisa (subsistema conjugal).

As dimensões da coesão e hierarquia na estrutura interpessoal do sistema familiar são representados em três formas: típica, ideal e frente a conflitos. A família Típica envolve as situações quotidianas (no dia a dia), isto é, como as pessoas interagem no seu dia-a-dia; a família ideal (aquela que eles gostariam que fosse) refere-se as expectativas e aos desejos sobre o funcionamento familiar; a família em situação de conflito como é que a família se comporta quando está em discussão ou de desentendimento e, ou a acção da família frente as discordâncias desavenças.

3.4 Fiabilidade e Validade do instrumento

O FAST é um instrumento soberano de diagnóstico do sistema familiar através da análise de factores de protecção e risco, que permite uma visão holística dos métodos individuais e familiares.

Apresenta características psicométricas adequadas às técnicas de figura – colocação, porque pode ser usado para medir as mudanças na organização familiar, antes, durante e depois da intervenção.

Santos (2006) *apud* De Antoni *et al.* (2005) constatou através do uso do FAST, numa amostra de 346 universitários, uma correlação positiva entre afectividade familiar, socialização e extroversão. E, exibiu uma correlação positiva entre consistência familiar e autonomia e, entre inadaptação familiar e neuroticíssimo.

Feldman e Gehring (1988) referem que numa pesquisa realizada nos Estados Unidos, em resultados obtidos numa amostra de 598 pessoas, as propriedades psicométricas e a validade do constructo do teste FAST demonstraram que têm estabilidade na sua aplicação e replicação, tanto individual, como no grupo familiar.

Na mesma linha de pesquisa, Haris e Molock (1998) *apud* Brito e Koller (1999), através do FAST, numa amostra de 187 estudantes, chegaram à conclusão que os altos níveis de coesão e de suporte familiar estavam relacionados com baixos níveis de depressão e ideação suicida.

A coesão familiar, também está correlacionada com algumas características comportamentais das crianças. Kashani *et al* (1994) *apud* Fachada (2012), num estudo de uma amostra de 100 crianças em tratamento psiquiátrico ambulatório, verificaram que, as crianças que possuíam uma baixa percepção da coesão familiar tinham maiores dificuldades de reter a atenção, eram mais violentas com os amigos, destruíam mais os bens materiais, eram pouco cooperativas em diversas actividades e possuíam menor auto-estima.

Desta forma ficam demonstradas as propriedades psicométricas, a validade e fiabilidade do constructo do teste FAST como instrumento de pesquisa, doravante, passaremos a concentrar a atenção às considerações éticas.

3.5 Considerações Éticas

O trabalho obedeceu as directrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi aprovado em 22 de Fevereiro de 2015 e registado sob o número CIBS FM&HCM\94\2014 (Anexo B) pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/ Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM).

O FAST foi previamente testado antes da sua aplicação ao grupo alvo da pesquisa, sob a orientação dos supervisores do curso de Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária, ministrado pelo

Departamento de Psicologia, na Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), que têm um forte domínio das metodologias de investigação.

De acordo com a emenda 2 de 28 de Julho de 2014 do CIBS FM&HCM, as pesquisas devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, através do consentimento livre e esclarecido, ponderar entre riscos e benefícios, garantir contra prejuízos possíveis para o grupo alvo, ter uma relevância social e fornecer os resultados às pessoas e ao local de realização das pesquisas (no caso, Centro de Saúde 1º de Maio da Cidade de Maputo).

O processo de recolha de dados foi feito a luz das directrizes da resolução do CIBS FM&HCM e garantiu a não vitimização dos participantes da pesquisa. Respeitou as especificidades do subsistema conjugal, que constitui o grupo alvo da pesquisa, foram explicitados os objectivos e os procedimentos de recolha de dados para cada um dos casais, e foi solicitado o consentimento livre e esclarecido. Também foi assegurado aos participantes que poderiam desistir a qualquer momento, e que não seria colocado em risco o seu bem-estar físico, emocional e moral, bem como garantidos o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

Após a aprovação da presente pesquisa pela UEM, Faculdade de Educação, através do Departamento de Psicologia, esta foi apresentada ao Centro de Saúde 1º de Maio (local onde decorreu a pesquisa), como forma de dar *feedback* do trabalho realizado.

Ficam assim feitas as apresentações dos procedimentos éticos, as formalidades e considerações que dão cobertura deste trabalho. No parágrafo que segue estão descritos os procedimentos metodológicos usados para a realização do estudo

3.6 Procedimentos metodológicos

Para a realização deste trabalho definiu-se neste capítulo a metodologia a ser usada, o tipo de pesquisa, a população em estudo, os instrumentos de recolha de dados, procedimentos metodológicos e considerações éticas.

A pesquisa é do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa permitiu a exploração e o conhecimento do problema, a verificação das perguntas de partida.

Durante a realização deste trabalho foram observados os seguintes passos, com vista a serem alcançados princípios éticos em pesquisas com ser humano, que resultou na elaboração de um plano de trabalho dividido em fases que incluíram: revisão da literatura, identificação de

instrumentos de recolha dos dados, pedido de autorização para a realização da pesquisa ao CIBS FM&HCM, administração do teste FAST, correcção dos testes e interpretação dos resultados

De forma sistematizada dos procedimentos foi elaborado o protocolo da pesquisa, que foi antecipadamente submetido à avaliação e autorizado pelo CIBS FM&HCM (anexo I), acompanhado pelo documento do consentimento livre e esclarecido do subsistema conjugal e dos seus tutores, como demonstra (anexo II).

No processo de recolha de dados, a revisão da literatura foi feita de forma contínua e consistiu na consulta de trabalhos cujos estudos versam na área da estrutura familiar ou que sejam relevantes para o presente trabalho. Dos trabalhos consultados, alguns destacaram-se pertinentes ao estudo e serviram de base para a problematização e operacionalização da pesquisa, bem como para sustentar a análise e interpretação dos resultados da investigação, aspecto que foi tratado no capítulo subsequente.

De entre os procedimentos metodológicos seguidos na presente pesquisa, revelou-se adequado ao uso do FAST, acompanhado da entrevista semiestruturada, com vista a recolher as representações das variáveis coesão e hierarquia familiar na perspectiva do subsistema conjugal, na situação típica, na situação ideal e na situação de conflito.

Na prática, o teste FAST foi aplicado individualmente, até cobrir o planificado número da amostra de cinco casais. Depois da aplicação do teste, foi feita a análise e interpretação dos dados, para colher as tendências do grupo alvo, de acordo com os objectivos de investigação.

O estudo foi conduzido à luz das variáveis de estudo, nomeadamente a coesão e a hierarquia no contexto familiar. O primeiro critério para a avaliação da coesão familiar consiste em verificar a proximidade entre as figuras que representam os membros do sistema familiar.

Gehring (1998) refere que a coesão familiar é observada através da proximidade das figuras, isto é, quanto mais próximas estiverem, mais alta é a coesão, o maior distanciamento entre elas significa baixa coesão, e um médio distanciamento indica média coesão. Por outras palavras, a coesão é considerada alta se todas as figuras estiverem dentro desta grade e próximas entre si. O nível da coesão média, quando os membros forem representados dentro da grade, mas com um ou mais membros, não estando um ao lado do outro. E, se algum membro estiver localizado fora desta área, a coesão pode ser considerada baixa.

A aceção quantitativa do nível de coesão familiar impõe a concepção de uma grade ou grelha, formando um quadrado com as dimensões 3 x 3, na folha de registo do inquerido encerrando nesta o máximo número de membros da família. Para a correcção do teste, recorreu-se ao teorema de

Pitágoras¹ para obter o resultado e quantificar à luz dos valores da pontuação, que variam de 0.7 à 11, sendo 11 o valor máximo de coesão (proximidade) e 0.7 o valor mínimo de coesão (distanciamento).

O esboço original do FAST foi baseado em famílias com quatro membros, portanto, torna-se difícil verificar o limiar entre baixa e média coesão em famílias com mais de cinco membros. Para adaptar a linha de raciocínio de Gehring (1998) sobre o nível de coesão para famílias numerosas, Kepler (2004) *apud* De Antonin (2005) refere que em famílias com mais de cinco membros pode ser considerada com média coesão, observando o seguinte esquema:

- Na família com cinco membros, um pode ficar fora do quadrante;
- Na família com seis membros, dois podem ficar fora do quadrante;
- Na família com sete membros, três podem ficar fora do quadrante, se estiver próximo da linha divisória;
- Na família com oito, quatro membros podem estar fora do quadrante, se estiver próximo à linha divisória.

O critério usado para avaliar a coesão em famílias numerosas recomenda que os membros que ficam fora do quadrante devem estar ao lado da linha imaginária que o delimita e em linha horizontal em relação ao outro membro dentro do quadrante.

Segundo Gehring (1998), na representação da variável hierarquia familiar, as figuras que representam os membros do sistema familiar são elevadas através de blocos cilíndricos, onde as diferentes posições verticais expressam diferenças na hierarquia. Quanto mais elevada estiver a figura que representa o membro da família, maior foi sua hierarquia no sistema familiar. A hierarquia pode ser baixa, alta ou média. O bloco mais alto possui 4,5 cm e equivale a 3 pontos, o de 3 cm a 2 pontos e o mais baixo possui 1,5 cm que corresponde a 1 ponto. Quando não colocada, a pontuação é zero. Os participantes podem colocar vários blocos sobrepostos da mesma figura. Por exemplo: um inquerido pode colocar dois blocos, um de 4,5 cm e outro de 1,5 cm sob a figura, então a soma dos pontos é igual a 4.

Ainda segundo Gehring (1998), a avaliação da hierarquia tem por base as diferenças de poder entre o subsistema parental (figuras dos pais) e o subsistema filial (figuras dos filhos). Se as figuras não têm o mesmo valor no subsistema, a hierarquia é calculada pela diferença entre o menos poderoso dos pais e o mais poderoso dos filhos.

¹ O teorema de Pitágoras diz que a soma do quadrado dos catetos é igual ao quadrado da hipotenusa.

A hierarquia é considerada alta numa família quando a diferença entre o menos poderoso pai e o mais poderoso dos filhos equivale a três ou mais pontos. A hierarquia média existe quando a diferença entre o menos poderoso dos pais e o mais poderoso filho equivale a um ou dois pontos. E, há baixa hierarquia quando não existe diferença na altura entre o menos poderoso dos pais e o mais poderoso dos filhos ou quando há inversão hierárquica – o (a) filho (a) tem mais poder do que um dos seus pais.

A opção do FAST como instrumento de pesquisa deveu-se ao facto deste poder ser projectado para a colheita de dados quantitativos e qualitativos da coesão e hierarquia familiar e pode ser aplicado de forma individual, familiar e ao nível de subsistemas e, por outro lado, é rápido na sua administração, sendo adequado ao grupo alvo da nossa pesquisa (subsistema conjugal).

Para a realização deste trabalho foi utilizada uma amostra constituída por 5 casais, dos quais as idades, mínima e máxima, variam entre 29 a 54 e 31 a 57 anos, para mulheres e homens, respectivamente. O grau de escolaridade para ambos os sexos varia entre 4^a classe ao 2^o ano da universidade.

A selecção da amostra, constituída por 5 casais, obedeceu o critério de inclusão de ser seropositivo, seroconcordantes e/ou serodiscordantes, com idade igual ou superior aos 18 anos, capazes de responder em juízo.

Foi usado o teste FAST para a recolha de dados, que avaliou as variáveis que intervêm no funcionamento do subsistema conjugal, tais como, a hierarquia, a coesão e a estrutura familiar. O FAST permitiu a analisar os níveis de coesão e de hierarquia familiar. Através das variáveis, coesão e hierarquia familiar, foi possível verificar-se o equilíbrio na estrutura familiar. Conseguiu-se colher dados qualitativos da hierarquia e da coesão familiar através do FAST. Por via deste instrumento, verificou-se o nível da coesão e hierarquia, antes e depois da revelação do diagnóstico da seropositividade.

3.7 Limitações do Trabalho

O presente trabalho teve constrangimentos concernentes de ordem financeira, de meios materiais e de pesquisas feitas neste campo. Relativamente ao último aspecto, há que considerar o facto de a pesquisa estar no âmbito da formação académica e como tal, há prazos estabelecidos para o seu término, não havendo pesquisas orientadas neste sentido e e/ou material bibliográfico, o trabalho ficou bastante limitado, com resultados não generalizáveis. Para que o estudo produza resultados

generalizáveis seria necessário mais tempo de investigação, mobilização de meios materiais e financeiros.

Síntese:

O capítulo da metodologia ajudou a investigar a coesão e hierarquia no subsistema conjugal, em torno da revelação do diagnóstico da seropositividade.

CAPITULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrevemos no capítulo anterior, a metodologia da pesquisa e os respectivos procedimentos, explicando as motivações que nos levaram à realização deste tipo de investigação, o plano de trabalho e os instrumentos que foram usados para fazer o levantamento dos dados sobre o impacto da revelação do diagnóstico da seropositividade no subsistema conjugal.

Passamos a apresentar neste capítulo, os resultados obtidos durante a pesquisa, iniciando pela caracterização sociodemográfica. Sequencialmente a apresentação dos resultados de cada caso estudado que contemplam a entrevista, genograma e FAST, dispostos em tópicos, seguidos pela discussão dos mesmos. Após, a apresentação e discussão dos casos fez-se a discussão dos cinco casos, usando autores relevantes, com maior ênfase o modelo sistémico.

A amostra estudada foi constituída por 5 casais que constituem os subsistemas conjugais que participaram no estudo de Abril a Maio do ano 2015. Como forma de preservar a confidencialidade, os nomes do sistema subsistema conjugal não aparecem, na apresentação dos dados.

4.1 Apresentação dos resultados

4.1.1 Características sociodemográficas

O intervalo da idade expresso pelo subsistema conjugal é de 31 a 57 anos de idade para os homens e de 29 a 47 anos para as mulheres. A diferença de idades nos casais varia de 1 a 17 anos, sendo mais velhos os homens. Em termos de escolaridade, constatou-se que nos homens um possui o nível pré-universitário, três com nível primário e um nível secundário básico.

Tabela 1: características sociodemográficas dos participantes

Ind.	Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão	Nível académico	Residência
G1	M	40	Marital	Electricista	10 ^a Classe	Maputo
G2	F	31	Marital	Estudante	10 ^a Classe	Maputo
H1	M	35	Marital	Mineiro	7 ^a Classe	Maputo
H2	F	29	Marital	Domestica	10 ^a Classe	Maputo
I1	M	56	Casado	Mineiro	4 ^a Classe	Maputo
I2	F	47	Casada	Curandeira	-----	Maputo
J1	M	57	Casado	Segurança	7 ^a Classe	Maputo
J2	F	40	Casada	Domestica	5 ^a Classe	Maputo
K1	M	31	Casada	Farmacêutico	2 ^o Ano universitário	Maputo
K2	F	30	Casada	Enfermeira	1 ^o Ano universitário	Maputo

Fonte: entrevista aos casais

Entre as mulheres, à semelhança dos homens, apenas uma possui o nível pré-universitário e as restantes, duas com o nível secundário básico, uma com nível primário e uma não alfabetizada. Duas mulheres são domésticas, uma é curandeira, uma estudante e uma trabalhadora-estudante e os homens todos trabalhadores.

4.1.2 Apresentação de Casos

Depois da apresentação das características sociodemográficas, vamos apresentar os resultados de cada caso do subsistema conjugal. Começando por apresentar os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas através de um roteiro de perguntas que não foram seguidas a risca de acordo com a história singular de cada elemento do subsistema conjugal através de categorias pré estabelecidas. Seguidamente o genograma e o FAST. Por último apresentamos uma breve conclusão de cada caso.

Caso 1- Subsistema Conjugal G

4.2 História do Subsistema Conjugal G

A senhora G2, tem 31 anos de idade, casada com o senhor G1 de 40 anos de idade, ambos residentes em Maputo, estudante da 10ª classe. G2 tem 1 filho de 10 anos com G1, o senhor é electricista e o filho deste casal é estudante da 4ª classe.

Este casal faz consulta TARV no Centro de Saúde 1º de Maio desde 2012, souberam do seu estado quando o filho adoeceu e ficou internado, o menino foi diagnosticado pneumonia e por sua vez fizeram o teste de *HIV* cujo resultado saiu positivo.

Consequentemente a este resultado positivo, os pais foram aconselhados a fazer o teste, cujo resultado saiu positivo para os dois. G2, depois de sair do hospital onde estava internada com o filho, convidou o marido a fazerem o teste de *HIV* em conjunto, o resultado saiu positivo para os dois.

G2 diz que não acreditou quando soube do resultado do filho, porque durante a gravidez fez o teste que tinha saído negativo.

Segundo ela custou para os dois acreditarem no resultado. Mas ao andar do tempo conformaram-se e decidiram seguir com o tratamento.

Depois da apresentação da família, segue-se a apresentação das entrevistas de conteúdos pré-estabelecidos como passamos a ver abaixo.

O que os levou a fazer o Teste de *HIV*?

G1, Devido a doença do nosso filho.

G2, Como disse o meu marido, devido a doença do nosso filho, que foi diagnosticado *HIV* positivo e aconselharam-nos a fazer o teste também.

O que sabem sobre *HIV*?

G1, É uma doença de transmissão vertical que ainda não tem cura.

G2, Para além de transmissão vertical, pode ser transmitida através de objectos cortantes.

Vocês conversam nos vossos momentos de intimidade sobre o risco de *HIV*?

G1, Sim. Acerca do uso do preservativo e da fidelidade.

G2, Conversamos sim, principalmente digo ao meu marido se por a caso andar fora deve usar o preservativo para não nos recontaminarmos e também evitar beber bebidas alcoólicas.

Comparando o momento actual da sua vida com o momento antes de conhecer o seu diagnóstico positivo, acha que houve alguma mudança no sentimento de aproximação e de poder na vossa relação. Se sim, o que acha que mudou?

G1, Sim mudou porque antes de sabermos do nosso estado, estávamos um pouco distantes. Mas agora estamos mais próximos e nos ajudamos mutuamente.

G2, O nosso relacionamento agora está mais forte, graças a Deus nós somos religiosos e conversamos muito para ultrapassar os nossos problemas.

Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal?

G1, Não há risco nenhum, como disse a minha esposa anteriormente, nós somos religiosos e agora somos muito amigos e unidos.

G2: Não há risco nenhum, eu confio no meu esposo e ele também em mim, conversamos muito.

Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo (a) e com outro na parceria conjugal?

G1, A relação de cuidado comigo e com a minha esposa está muito boa, nós ajudamo-nos mutuamente acima de tudo somos cúmplices um do outro.

G2, Está sendo bem gerida, sem nenhum problema.

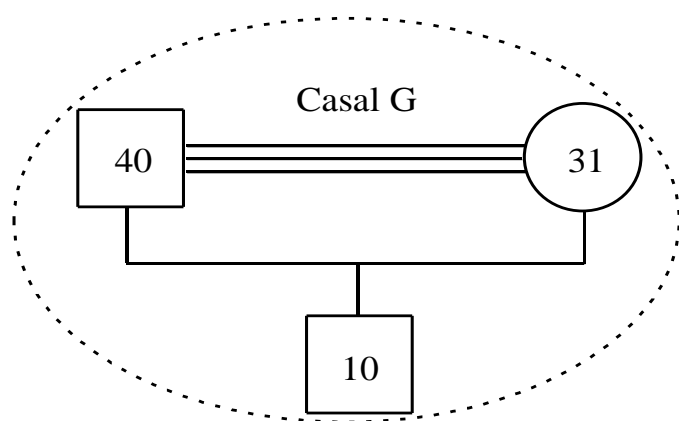
Que aspectos positivos ou negativos verifica no relacionamento conjugal que resultam do facto de você seropositivo (a)?

G1, O aspecto positivo é que nós nos damos bem e gostamos muito do nosso filho.

G2, Negativo não tem nenhum aspecto; positivo, somos amigos e conversamos muito e amamos muito o nosso filho.

Após a entrevista, podemos ver que se trata de um casal concordante, ambos são seropositivos, assim como o filho. Este casal mostrou serem amigos e têm uma cumplicidade forte. De seguida vamos apresentar a árvore genealógica desta família.

Figura 2: genograma da família G



Legenda do genograma da família G

- ≡≡≡ Relação forte
- Mulher
- Homem
- ⋯ Habitam na mesma casa

Fonte: entrevista ao casal G

Com apresentação de genograma familiar pode-se observar que este subsistema conjugal apresenta relações familiares harmoniosas e sem conflito.

4.2.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)

G1 representa no tabuleiro do FAST a sua família, esposa e 1 filho de 10 anos de idade. Os resultados mostram a existência alta coesão na situação típica e também alta no conflito. A esposa (G2) representa a família com alta coesão na situação típica e alta na situação de conflito. Ambos representam a família com alta coesão na situação ideal.

Tabela 2: situação típica de G1

9								
8		G1	G2					
7		F1						
6								
5								
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao G1 (marido)

Tabela 3: situação típica de G2

9								
8								
7								
6								
5			G1	G2				
4				F1				
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à G2 (esposa)

G1 colocou-se dentro da grade próximo da sua esposa e do seu filho, representando uma coesão alta, devido a proximidade que tem com a sua família. A esposa representou sua família dentro da grade, ela também próxima do seu filho e do seu marido representando uma coesão alta, por causa da cumplicidade que tem vivido dentro do relacionamento.

Tabela 4: situação ideal de G1

9								
8								
7								
6		G1	G2	F1				
5								
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao G1 (marido)

Tabela 5: situação ideal de G2

9								
8								
7								
6								
5			G1	G2	F1			
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à G2 (esposa)

O senhor G1 e sua esposa na situação ideal continuam a colocar todos membros da sua família próximo uns dos outros, ela ao lado do marido, eles gostariam que a família fosse ainda mais unida, do que está agora e terem uma vida partilhada representando uma coesão alta.

Tabela 6: situação de conflito de G1

9								
8								
7								
6		G1	G2					
5				F1				
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao G1 (marido)**Tabela 7: situação de conflito de G2**

9								
8								
7								
6								
5			G1	G2				
4					F1			
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à G2 (esposa)

G1 e G2 percebem que a família no momento do conflito tende a unir-se mais, uma vez que um precisa de ajudar o outro, quando têm algum conflito, eles conversam e ultrapassam o conflito sem chegarem a ofensas ou agressão física e também com ajuda de Deus uma vez que se dedicam muito a igreja.

Durante a aplicação do teste, os entrevistados revelaram que também tem apoio dos irmãos da igreja, evitam discutir em frente do filho para darem um bom exemplo e por isso o colocam um pouco distante. O casal representa a família com média coesão.

Tabela 8: valores atribuídos à hierarquia pela família G

	Situação	G1	G2	F1
G1	Típica	5	4	3
	Ideal	5	5	3
	Conflito	5	4	2
G2	Típica	5	4	3
	Ideal	5	4	3
	Conflito	5	4	3

Fonte: entrevista ao casal G

No que tange a hierarquia na situação típica, G1 colocou-se numa posição superior em relação a esposa, ele percebe que como homem deve ter mais poder dentro do seu sistema familiar, atribuiu um poder inferior ao seu filho porque este não pode ter poder igual ao dos seus pais por ele ser filho. G2 por sua vez dá a mesma pontuação do marido, colocando-se numa posição inferior em relação ao seu marido, ao filho dá uma pontuação inferior a dela achando que este deve ter algum poder na família, presumivelmente por este ser o único filho e que muitas vezes conversam com ele.

Embora que esta representação apresenta uma pequena diferença em termos de hierarquia no subsistema conjugal, pode-se considerar uma hierarquia média o que possibilita comunicação entre o casal e o seu filho.

Na situação ideal, G1 coloca a esposa ao mesmo nível que ele, com os mesmos poderes, atribuindo-lhe uma pontuação de cinco pontos, enquanto a esposa se coloca um pouco submissa a ele com quatro pontos. O esposo acha que a esposa também deve ter poder igual ao dele, porque num casal os dois é que tomam decisões, ninguém faz algo sem consultar ao outro. Esta situação possibilita-lhes serem mais comunicativos dentro do sistema familiar e conjugal. Já o filho é atribuído pelos pais um valor inferior ao dos pais (três pontos), segundo o casal ele não pode estar no mesmo nível para manter o respeito e ele saber se colocar no lugar de filho. Na situação de conflito o casal atribui-se a mesma pontuação que é idêntica a situação típica, cinco pontos para o esposo e quatro para a esposa, representando uma hierarquia média no subsistema conjugal G.

Conclusão do caso G

Entrevista

O subsistema conjugal G, em termos da sua opinião sobre o que os levou a fazer o Teste de *HIV*, o casal respondeu que foram aconselhados a fazer o teste logo após a descoberta do diagnóstico do filho que estava doente. Em relação se conversam nos momentos de intimidade sobre o risco de *HIV*, eles foram unânimes em responder que sim, conversam muito acerca da recontaminação e do uso do preservativo nas relações ocasionais e também o não consumo de bebidas alcoólicas.

Quando souberam que o filho era seropositivo, ficaram muito surpreendidos, porque a esposa durante a gravidez fez o teste e cujo resultado foi negativo e como era possível passado vários anos a criança ser positiva? Não se conformavam com a situação, mas decidiram ir fazer o teste e saiu positivo. Mesmo assim foi difícil acreditar, ganharam força e coragem e resolveram iniciar com o tratamento e o casal entende-se muito bem.

Genograma

Este subsistema representa uma família harmoniosa e com uma boa comunicação entre eles, sem conflitos.

FAST

O subsistema conjugal mostra-se muito unido, tem uma coesão familiar alta nas situações típica, ideal e conflitual. O subsistema conjugal tem uma boa comunicação, ao longo da entrevista podemos perceber que o casal fez o teste no mesmo dia e souberam do resultado na mesma altura, eles ajudassem mutuamente e vão as consultas juntos. Com estas afirmações podemos dizer que esta família tem uma estrutura equilibrada. Em termos de hierarquia o casal apresenta uma hierarquia média, o poder que o marido tem em relação a sua esposa e vice-versa, permite um bom diálogo entre eles e seu filho.

Caso 2- Subsistema Conjugal H

História do Subsistema Conjugal H

A senhora H2 é doméstica, tem 29 anos de idade, vive maritalmente com o senhor H1 de 35 anos de idade, ambos residentes em Maputo. O casal neste momento tem um filho de 1 ano de idade. Antes tiveram o 1º filho que viria a falecer quando tinha 6 meses por doença não identificada.

Este casal faz consulta TARV no Centro de Saúde 1º de Maio, o homem desde 2006 e a mulher desde 2008. H1 soube do seu estado porque ficou doente e mandaram-lhe fazer o teste e foi positivo. Este por sua vez não informou nada a esposa por temer medo da reacção dela.

H1 apenas comunicou aos pais e disse que estava com medo de informar a esposa, os pais de H1 por sua informaram a associação das senhoras do bairro onde vivem para comunicar H2. A Senhora H2 diz que não queria acreditar quando a associação comunicou-lhe do estado do marido e aconselharam também a fazer o teste. Ela ficou muito mal disposta, ao mesmo tempo já desconfiava do marido porque teve uma namorada que morreu e que tinha *HIV*.

H2 acatou com o conselho da associação em fazer o teste, quando fez o resultado saiu positivo. Ela diz que ficou muito em baixo e achava que era o fim da vida dela, ficou dois dias sem comer até pensou em suicidar-se para não sofrer por causa da doença.

Foi ultrapassando este sentimento com ajuda do pessoal de saúde, do esposo e dos sogros. Segundo ela os sogros foram muito fundamentais na altura que ela estava em crise e mesmo o esposo deu-lhe muita força. Ao andar do tempo foi percebendo que não era o fim da vida “eu não vou morrer de *HIV*, talvez duma outra doença”.

H1, diz ter-se sentido muito culpado em trazer a doença para a mulher que ele mais ama e ainda por cima não ter-lhe comunicado do seu estado. Foi uma tortura muito grande para ele.

Graças a boa compreensão da esposa e ajuda dos familiares, conseguiram ultrapassar esta situação que deixava a família desconfortável. O Senhor H1, diz que a esposa é muito maravilhosa e entende-o.

Apresentação dos conteúdos da entrevista

O que os levou a fazer o Teste de *HIV*?

H1, Porque estava doente e não melhorava.

H2, Fui aconselhada por uma comissão de senhoras do nosso bairro, quando me revelaram o estado do meu marido.

O que sabem sobre *HIV*?

H1, É uma doença de transmissão sexual que ainda não tem cura.

H2, É uma doença de transmissão sexual que não tem cura e nas palestras também ensinam-nos muita coisa sobre *HIV*.

Vocês conversam nos vossos momentos de intimidade sobre o risco de *HIV*?

H1, Conversamos muito e a minha mulher têm- me aconselhado muito a usar o preservativo e evitar perder noites para não ter recaída.

H2, Eu converso muito com o meu esposo sobre o risco de *HIV*, para não nos recontaminarmos uma vez que ainda temos um bebé pequeno por cuidar.

Comparando o momento actual da sua vida com o momento antes de conhecer o seu diagnóstico positivo, acha que houve alguma mudança no sentimento de aproximação e de poder na vossa relação. Se sim, o que acha que mudou?

H1, Antes de saber do meu sero estado, eu brincava muito, enganava a minha esposa, mas após o conhecimento do meu estado pus a mão na consciência. Mas hoje em dia dou-me muito bem com a minha esposa.

H2, Antes de saber do nosso estado, estávamos sempre em discussões e depois de saber do estado no início fiquei cheia de raiva, mas depois passou.

Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal?

H1, Penso que não há nenhum risco porque nós nos cuidamos bem.

H2, Não há nenhum risco da minha parte e acredito que do lado do meu marido também não há nenhum risco porque ele segue os meus conselhos.

Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo (a) e com outro na parceria conjugal?

H1, A nossa relação está muito boa.

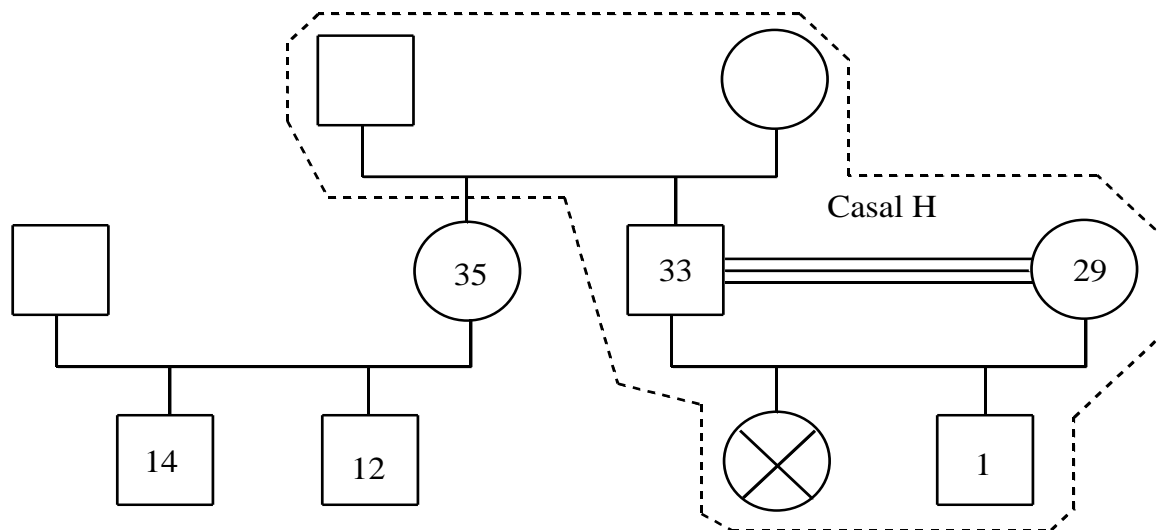
H2, Sem nenhum problema e gerimos muito bem a nossa relação.

Que aspectos positivos ou negativos verifica no relacionamento conjugal que resultam do facto de você seropositivo (a)?

H1, Aspectos negativos, nem gostaria de me lembrar que um dia escondi o meu estado serológico para minha mulher, aspecto positivo é que ela superou tudo e hoje damo-nos muito bem.

H2, Negativo, pensar em me suicidar, positivo ter tido um filho após saber do meu estado e saber que o meu filho é negativo.

Figura 3: genograma da família H



Fonte: entrevista ao casal H

Legenda do genograma da família H

- | | | | |
|---|-----------------------|---|---------------|
| ○ | Mulher | ≡ | Relação forte |
| ⊗ | Falecida | □ | Homem |
| ⋯ | Habitam na mesma casa | | |

Com apresentação de genograma familiar, podemos observar que este subsistema conjugal apresenta relações familiares harmoniosas.

4.3.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)

H1 representa no tabuleiro do a FAST sua família, esposa e 1 filho de 01 ano de idade. Coloca o filho próximo da esposa. Os resultados mostram a existência média coesão na situação típica e baixa no conflito. A esposa (H2), representa a família com média coesão na situação típica e baixa na situação de conflito. Ambos representam a família com alta coesão na situação ideal.

Tabela 9: situação típica de H1

9								
8								
7								
6		H1	H2					
5			F1					
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao H1 (marido)

Tabela 10: situação típica de H2

9								
8								
7								
6								
5			H1	H2				
4				F1				
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à H2 (esposa)

Na situação típica, H1 colocou-se próximo da esposa, e colocou seu filho próximo de H2, representando uma coesão alta. Segundo ele, o filho deve ficar próximo a mãe porque ainda é bebê, desta feita precisa de muito afecto da mãe. Mas com isso não quer dizer que não gosta do filho e sente muito afecto por ele.

A esposa (H2), coloca o marido próximo a ela assim como o seu filho, a família tem uma coesão alta, mas dentro da grade H2 colocou o filho próximo a ela justificando-se que passa mais tempo com ela e por vezes recusa ao pai. Mas isto deve-se pelo facto de este ser bebé.

Tabela 11: situação ideal de H1

9								
8								
7								
6		H1	H2	F1				
5								
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao H1 (marido)**Tabela 12: situação ideal de H2**

9								
8								
7								
6								
5			H1	H2	F1			
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à H2 (esposa)

O subsistema conjugal H colocou todos membros da sua família dentro da grade e na mesma linha, isto significa que a sua família deve ter uma coesão alta, na situação ideal.

O marido diz que gostaria que o filho também fosse muito apegado a ele e não apenas a mãe, porque afinal de contas o filho é do casal e não de uma única pessoa.

Já a esposa gostaria que a família vivesse em harmonia e que o filho também estivesse próximo do pai e apegado a ele.

Tabela 13: situação de conflito de H1

9								
8								
7								
6		H1						
5			H2	F1				
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao H1 (marido)

Tabela 14: situação de conflito de H2

9								
8								
7								
6								
5			H1					
4								
3				H2	F1			
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à H2 (esposa)

Na situação de conflito H1 coloca-se dentro da grade distante da sua esposa e do seu filho e representa uma coesão baixa. A esposa (H2) coloca-se também dentro da grade distante do seu esposo e próxima ao filho representando uma coesão baixa. Na percepção do casal eles têm baixa coesão quando discutem, a esposa sempre pega o filho e distancia-se do marido e sempre recorda-se do passado.

Para ultrapassar estes conflitos, sentam e conversam também com a grande ajuda dos pais conseguem chegar a um consenso.

Tabela 15: valores atribuídos à hierarquia pela família H

	Situação	H1	H2	F1
H1	Típica	5	4	0
	Ideal	5	4	2
	Conflito	4	3	0
H2	Típica	5	3	0
	Ideal	5	5	1
	Conflito	4	3	2

Fonte: entrevista ao casal H

Em termos de hierarquia na situação típica, H1 colocou-se numa posição superior em relação a sua esposa, ele entende que como homem deve ter mais poder dentro do seu sistema familiar, o homem é que é o chefe da família e não dá nenhum poder ao filho alegando que ainda é menor. H2 coloca o marido numa posição superior em relação a ela, tal como o marido, H2 não dá nenhuma pontuação ao filho justificando-se da mesma maneira que o marido.

Apesar desta representação que demonstra uma ligeira diferença em termos de hierarquia o subsistema conjugal pode-se considerar com uma hierarquia média o que permite uma boa comunicação no seio do casal.

Na situação ideal, H1 prossegue em frente da esposa com um pouco mais de poder assim como a esposa continua sujeita a ele. O casal diz que “Homem é Homem, mesmo que a minha mulher fosse primeira-ministra, em casa o homem é que manda e é o chefe da família”. Eles pensam que esta situação possibilita-lhes uma boa comunicação dentro do sistema familiar e conjugal.

O casal na situação ideal também atribui algum poder ao filho, sob pretexto que esta criança vai crescer e poderá interferir em alguns assuntos no subsistema. O subsistema conjugal nesta situação representa uma hierarquia média.

Na situação de conflito, H1 continua a levar vantagem em relação a esposa, apresentando hierarquia média entre o casal. Ele prefere manter-se nesta posição porque quando está em conflito com a esposa ele consegue travar uma conversa com ela e chegam a um consenso.

Já a esposa dá mais poderes ao marido, porque quando estão em conflito o marido é que consegue resolver os problemas com muita calma e sem agressão e dá também alguma pontuação ao filho.

Conclusão do Casal H

Entrevista

O casal H, na entrevista revelou sobre a causa que os levou fazer o teste de *HIV*, para o H1 foi devido a sua doença que nunca melhorava, já a esposa foi aconselhada por uma comissão do bairro que revelou a ela sobre o estado do marido.

O casal sabe que o *HIV* é uma doença de transmissão sexual que não tem cura e também ouviu muito sobre o *HIV* durante as palestras que têm tido no Centro de Saúde 1º de Maio. Conversam também sobre os riscos de *HIV* nos momentos de intimidade, acerca do uso de preservativo para evitar a recontaminação e também evitar perder noites. Antes de saberem do seu sero estado, estavam sempre em conflitos e um distante do outro, após o conhecimento do estado no início a esposa ficou muito abalada, mas depois com a ajuda do pessoal de saúde e familiares conseguiu ultrapassar esta situação e aproximou-se muito do esposo.

O casal diz ainda que leva um estilo de vida seguro, para evitarem a recontaminação, eles aconselham-se muito e são muito amigos e acima de tudo tem o filho pequeno para criar.

O esposo refere-se a esposa como uma grande mulher, mesmo sabendo que ele é que trouxe a doença conseguiu superar esta situação e aceitou a ele.

Genograma

O genograma mostra que a relação deste subsistema conjugal é saudável, pois o marido dá-se bem com a esposa.

FAST

Este revelou-nos que na situação típica a coesão é média, na situação ideal a coesão é alta e na situação de conflito a coesão é baixa. Em termos de hierarquia o marido tem um pouco mais de poder de decisão dentro do sistema familiar. De acordo com os resultados obtidos na entrevista, genograma e FAST, a estrutura da família H é equilibrada instável.

Caso 3- Subsistema Conjugal I

História do Subsistema Conjugal I

O casal I faz tratamentos no centro de Saúde 1º de Maio desde 2004, são casados e têm 4 filhos. O senhor II tem um filho do anterior casamento com uma mulher Sul-Africana já falecida vítima de baleamento.

O Senhor II tem 56 anos de idade e a sua esposa tem 47 anos de idade, ele é mineiro e ela é curandeira. II disse que a esposa foi a primeira a saber do seu estado serológico, informou ao esposo e ao mesmo tempo aconselhou a fazer o teste.

O senhor II diz que não reagiu mal com a esposa nem procurou saber onde e como tinha apanhado a doença, aceitou a ela assim e deu-lhe muita força. Apesar que foi ela primeira a saber do diagnóstico da seropositividade podia ser ao contrário e não se sabe quem contaminou ao outro.

A esposa também não reagiu mal com esposo depois de ele fazer o teste e o resultado ter sido positivo, decidiram unir-se e contar aos filhos sobre o estado deles, a reacção dos filhos também foi boa e prometeram dar todo apoio necessário aos pais.

Mais apesar de não terem reagido mal um com o outro tiveram um choque ao saber que são seropositivos e ainda por cima na idade deles, pensavam que era o fim da vida, daí que decidiram contar aos filhos.

Conteúdos da entrevista

O que os levou a fazer o Teste de *HIV*?

I1, A minha esposa é que me aconselhou a fazer o teste quando soube do estado dela.

I2, Estava com feridas no corpo tipo queimaduras e mandaram-me fazer o teste.

O que sabem sobre *HIV*?

I1, Não sei muita coisa, só sei que é uma doença que se transmite através de relações sexuais.

I2: Eu não estudei quase nada e por isso sei muito pouco sobre *HIV* que é uma doença que não tem cura.

Vocês conversam nos vossos momentos de intimidade sobre o risco de *HIV*?

I1, Sim costumo dizer a minha esposa para ter cuidado com as lâminas e também falo do uso do preservativo nas nossas relações sexuais.

I2, Conversamos muito pouco sobre isso, como sou curandeira o meu marido diz-me para ter cuidado com as lâminas.

Comparando o momento actual da sua vida com o momento antes de conhecer o seu diagnóstico positivo, acha que houve alguma mudança no sentimento de aproximação e de poder na vossa relação. Se sim, o que acha que mudou?

I1, Continuamos a ser aquele casal amigo como sempre fomos.

I2, Não mudou nada, meu marido continua o mesmo de sempre e me ajuda muito no meu trabalho.

Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal?

I1, Não, eu sou ajudante da minha mulher e passamos quase todo tempo juntos.

I2, Não nós estamos sempre juntos.

Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo (a) e com outro na parceria conjugal?

I1, Está sendo bem gerida.

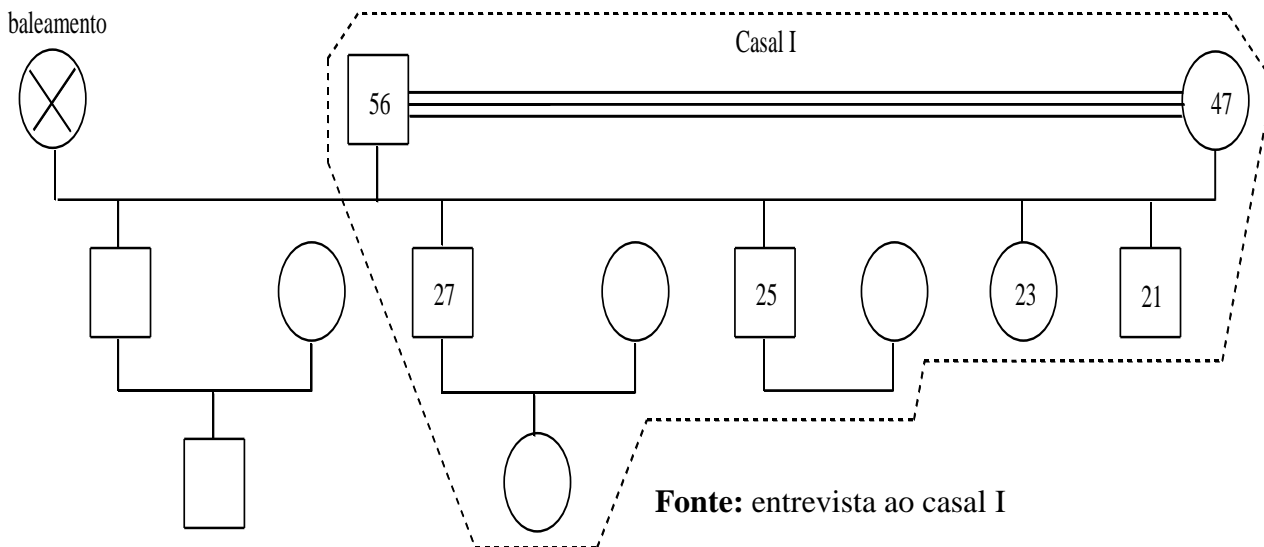
I2, Está sendo bem gerida.

Que aspectos positivos ou negativos verifica no relacionamento conjugal que resultam do facto de você ser positivo (a)?

I1, Não consigo encontrar nenhum aspecto negativo, pelo contrário eu e minha esposa somos muito amigos e nos ajudamos muito e graças a Deus temos filhos que nos apoiam.

I2, Não vejo nenhum aspecto negativo, tenho muito apoio do meu marido e dos meus filhos.

Figura 4: Genograma da família I



Legenda do genograma da família I

- Mulher
- ⊗ Falecida
- Homem
- ≡ Relação forte
- ⋯ Habitam na mesma casa

Após a apresentação de genograma familiar, conseguimos notar que este subsistema conjugal mostra relações familiares consonantes e sem conflitos.

4.4.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)

I1 representa no tabuleiro do FAST sua família, esposa e 4filhos, coloca-se próximo da esposa e dos filhos, mas não representa o filho do primeiro casamento no tabuleiro. I2 faz a mesma representação do marido, os resultados mostram a existência de alta coesão na situação típica, ideal e de conflito.

Tabela 16: situação típica de I1

9								
8								
7								
6		I1	I2	F1				
5		F2	F3	F4				
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao I1 (marido)

Tabela 17: situação típica de I2

9								
8								
7								
6								
5			I1	I2	F1			
4			F2	F3	F4			
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à I2 (esposa)

Na situação típica, I1 colocou-se próximo da esposa e dos filhos, mas não representou o filho do primeiro casamento por este não viver em Moçambique, representando uma coesão alta. I1 diz que não tem problemas com o filho, quando este vem a Moçambique hospeda-se em casa do casal e é bem recebido pela esposa e pelos irmãos.

A esposa (I2), representa a família próxima a ela e do esposo, ela também representa a família com uma alta coesão. Ela colocou os filhos na ordem de idade para mostrar que o poder vai do mais velho até ao mais novo.

Tabela 18: situação ideal de I1

9								
8								
7								
6		I1	I2	F1				
5		F2	F3	F4				
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao I1 (marido)

Tabela 19: situação ideal de I2

9								
8								
7								
6								
5			I1	I2	F1			
4			F2	F3	F4			
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à I2 (esposa)

O subsistema conjugal I colocou todos membros da sua família dentro da grade e na mesma linha, isto significa que a sua família deve continuar com uma coesão alta, na situação ideal.

O casal I diz que gostaria que a família continuasse unida e com alta coesão como tem vindo a ser desde o início, também gostariam que os filhos continuassem unidos e humildes mesmo alguns tendo a sua vida ainda ajudam aos pais.

Tabela 20: situação de conflito de I1

9								
8								
7								
6		I1	I2	F1				
5		F2	F3	F4				
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao I1 (marido)

Tabela 21: situação de conflito de I2

9								
8								
7								
6								
5			I1	I2	F1			
4			F2	F3	F4			
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à I2 (esposa)

Na situação de conflito o casal I procura unir-se mais junto dos seus filhos para ultrapassar os problemas, nunca deixam os problemas os afastar.

A esposa diz que tem-se zangado com o marido e vice-versa, mas eles conversam e resolvem o problema sem alaridos e conseguem ultrapassar esta situação por vezes os filhos nem se quer sabem que os pais discutiram, graças ao entendimento que o casal tem. Esta família representa uma coesão alta na situação de conflito.

Tabela 22: valores atribuídos à hierarquia pela família I

	Situação	I1	I2	F1	F2	F3	F4
I1	Típica	5	4	3	2	2	1
	Ideal	5	5	4	3	2	2
	Conflito	5	4	3	2	2	1
I2	Típica	5	4	3	2	2	1
	Ideal	5	5	4	3	2	2
	Conflito	5	4	3	2	2	1

Fonte: entrevista ao casal I

No que tange a hierarquia na situação típica, I1 colocou-se numa posição superior em relação a sua esposa, porque o homem é que é o chefe da família, e dá poderes abaixo da mulher aos filhos, o mais velho tem mais poderes que os que lhe seguem. A esposa também dá a mesma pontuação, ela com menos poder que o marido e os filhos com menos poder em relação aos pais.

Embora esta representação demonstra uma pequena diferença em termos de hierarquia o sistema familiar e conjugal pode-se com uma hierarquia média o que permite uma boa comunicação no seio da família.

Na situação ideal, I1 atribui a mesma pontuação que a dele a esposa, justificando-se que o casal deveria ter o mesmo poder. Apesar de a nossa sociedade ser conservadora em relação a hegemonia masculina, a hierarquia no casal deve ser compartilhada, daí que consideramos a hierarquia alta

O Subsistema conjugal I na situação ideal também concede poder aos filhos na ordem de idade, alegando que estes na ausência dos pais ou de um dos irmãos podem decidir ou resolver alguns assuntos no subsistema familiar. Nesta situação, o subsistema representa uma hierarquia alta.

Na situação de conflito, o casal atribui a mesma pontuação da situação típica, isto é hierarquia média, mostrando que há uma boa comunicação nesta família quando se trata de conflitos.

Conclusão do Casal I

Entrevista

A causa que levou a este casal a fazer o teste de *HIV*, foi devido a umas feridas tipo queimadura que a senhora I2 tinha no seu corpo e por conseguinte foi aconselhada que fizesse o teste, a senhora I2 e o resultado saiu positivo.

Quando ela soube do estado informou ao esposo e pediu para que ele também fizesse o mesmo teste, o esposo acatou com o pedido da esposa onde também o seu resultado saiu positivo.

Este casal sabe muito pouco sobre *HIV*, apenas sabem que é uma doença de transmissão sexual e que ainda não tem cura. A Senhora I2 diz que o marido tem chamado atenção a ela sobre o uso de lâminas uma vez que ela é curandeira e usa muito este objecto e tem falado do uso do preservativo durante as relações.

O casal afirma que mesmo depois de saberem dos resultados do teste de *HIV*, nada mudou na vida deles, continuam amigos e próximos um ao outro como sempre foram, a esposa assim como ele continuam a amar-se do mesmo jeito e nada mudou.

Acima de tudo a relação deles está sendo bem gerida, estão sempre juntos e ajuda a esposa no trabalho de curandeirismo e tem muito apoio dos filhos.

Genograma

O genograma mostra que a relação deste subsistema conjugal é saudável e não tem conflitos, é uma família muito unida.

FAST

Revelou-nos que na situação típica a coesão é média, na situação ideal a coesão é alta e na situação de conflito a coesão é média. No concernente a hierarquia o marido tem um pouco de poder de decisão dentro do sistema familiar. De acordo com os resultados obtidos na entrevista, genograma e FAST, a estrutura da família I é equilibrada.

Caso 4- Subsistema Conjugal J

História do Subsistema Conjugal J

O subsistema conjugal J, são casados, vivem em Maputo no bairro da Polana Caniço B, têm 5 (cinco) filhos o mais velho com 15 anos de idade e o mais novo tem 3 anos dos quais quatro são meninas e último é rapaz. O Senhor J1 tem 57 anos de idade é segurança e a sua esposa tem 40 anos de idade e é doméstica.

O casal descobriu que tinha *HIV* na gravidez do 3º filho, a mulher foi aconselhada a fazer o teste na consulta pré-natal fez o teste e o resultado saiu positivo. Após este resultado, não sabia o que fazer e como contar ao seu marido, mas contudo tomou coragem e decidiu comunicar o esposo sobre o seu estado.

Por sua vez o esposo não queria acreditar, só tremia e até ficou com febres e nem conseguiu comer direito após receber a notícia. Em seguida este também fez o teste e o resultado saiu positivo.

Contudo, o casal diz que depois dos aconselhamentos com pessoal de saúde, ficaram mais calmos e decidiram continuar a vida normalmente porque afinal de contas não era o fim.

O subsistema conjugal J faz tratamentos no Centro de Saúde 1º de Maio desde 2005, e os dois começaram a tomar o medicamento neste mesmo ano.

Conteúdos da entrevista

O que os levou a fazer o Teste de *HIV*?

J1, Fiz quando soube que a minha esposa era seropositiva.

J2, Aconselharam-me a fazer na consulta pré-natal.

O que sabem sobre *HIV*?

J1, É uma doença de transmissão sexual, transmissão vertical da mãe para o bebé também pode ser transmitida através de objectos cortantes.

J2, É uma doença que pode ser transmitida através de relações sexuais, objectos cortantes e também por via de transfusão de sangue.

Vocês conversam nos vossos momentos de intimidade sobre o risco de *HIV*?

J1, Sim conversamos, como sou segurança a minha esposa aconselha-me sempre a andar com preservativo e evitar beber bebidas alcoólicas.

J2, Sim falamos do uso do preservativo, de objectos cortantes e evitar as bebidas alcoólicas.

Comparando o momento actual da sua vida com o momento antes de conhecer o seu diagnóstico positivo, acha que houve alguma mudança no sentimento de aproximação e de poder na vossa relação. Se sim, o que acha que mudou?

J1, Nada mudou, continuamos a ser aquele casal que sempre fomos antes e depois de saber do nosso estado, no início ficamos assustados pensávamos que era o nosso fim.

J2, Não mudou nada, o meu marido continua a ser aquele homem que sempre foi antes de saber do resultado e comigo também nada mudou.

Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal?

J1, Sim sabemos que há risco se brincarmos mal, mas até agora isso não aconteceu.

J2, Sim, mas graças a deus eu e o meu marido nos comportamos bem.

Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo (a) e com outro na parceria conjugal?

J1, Está sendo bem gerida, o problema é a falta de alimentação que as vezes não temos.

J2, Está sendo bem gerida, a falta de emprego para ajudar o meu marido na nossa alimentação, precisamos nos alimentar bem para tomar o medicamento.

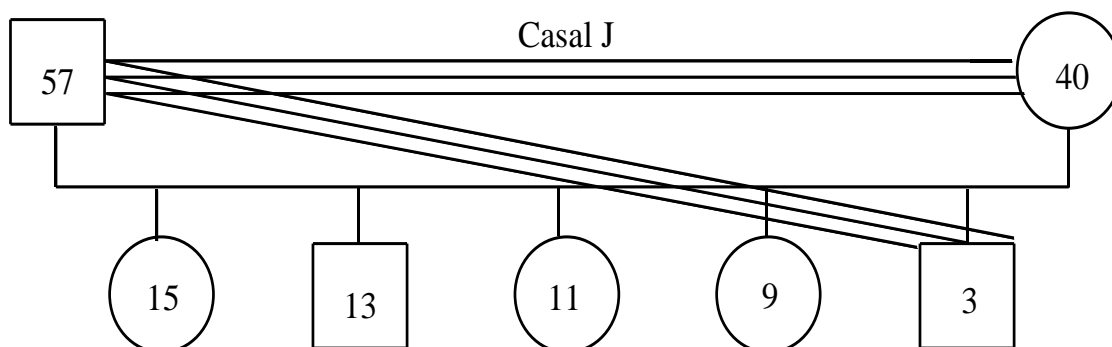
Que aspectos positivos ou negativos verifica no relacionamento conjugal que resultam do facto de você seropositivo (a)?

J1, Aspecto negativo é que as vezes não temos dinheiro para nos alimentarmos bem. Passamos fome enquanto temos que nos medicar.

O aspecto bom, é que eu e a minha esposa entendemo-nos e na hora da medicação um lembra ao outro para tomar o medicamento.

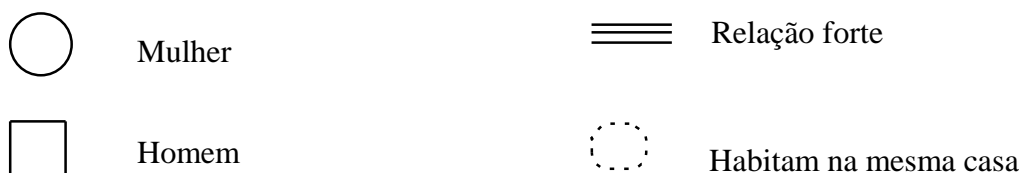
J2, O meu marido ficou um tempo sem emprego e passávamos muito mal e eu também sem emprego.

Uma coisa boa, nós damo-nos muito bem, vamos juntos ao hospital sempre que temos consulta, quando ele não pode ir eu levanto o medicamento para ele.

Figura 5: genograma da família J

Fonte: entrevista ao casal J

Legenda do genograma da família J



Após a apresentação de genograma familiar, conseguimos notar que este subsistema conjugal mostra relações familiares consonantes e sem conflitos.

4.5.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)

Este casal representa no tabuleiro do FAST a sua família, eles estão próximos um ao outro e também representam os filhos próximos a eles, durante a entrevista não falaram dos filhos.

O casal diz que preferiu não falar dos filhos durante a entrevista porque estes ainda são menores e por sua vez eles não revelaram nada aos seus filhos acerca do estado em que eles se encontram.

Mas contudo, não quer dizer que eles não gostam dos filhos, é uma questão de protecção dado que são menores.

Tabela 23: situação típica de J1

9								
8								
7								
6		J1	J2					
5		F1	F2	F3				
4		F4	F5					
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao J1 (marido)

Tabela 24: situação típica de J2

9								
8								
7								
6								
5			J1	J2	F5			
4			F1	F2	F3			
3			F4					
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à J2 (esposa)

Na situação típica, J1 colocou-se próximo da esposa e coloca os filhos por baixo do casal, mostrando que estes ainda não detêm de poder. Daí que os filhos devem ficar por baixo dos pais, para mostrar que o casal é quem manda na família e os filhos devem obedecer os pais e entre eles deve haver um respeito mútuo. J1 representa a família com uma coesão média.

Por sua vez a esposa (J2), representa a família próxima a ela e do esposo, coloca o filho mais novo próximo a ela, justificando-se que este é ainda um bebé e precisa de muita atenção dos pais representa a família com uma alta coesão. E os restantes filhos, J2 coloca na ordem de idade. Não significa que o mais novo tenha mais poderes em relação aos irmãos, apenas é pela idade dela que precisa de mais atenção dos pais.

Tabela 25: situação ideal de J1

9								
8								
7								
6		J1	J2	F1				
5		F2	F3	F4				
4		F5						
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao J1 (marido)**Tabela 26: situação ideal de J2**

9								
8								
7								
6								
5			J1	J2	F1			
4			F2	F3	F4			
3			F5					
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à J2 (esposa)

O subsistema conjugal J colocou todos membros da sua família dentro da grade e na mesma linha, isto significa que gostariam que a sua família tivesse uma coesão alta, na situação ideal.

Colocam o filho mais novo próximo a eles porque este necessita de mais atenção e acompanhamento pelo facto de se tratar de uma criança de 3anos que ainda não percebe muita coisa e precisa muito da ajuda dos pais e dos irmãos.

Tabela 27: situação de conflito de J1

9								
8								
7								
6		J1	J2					
5		F1	F2	F3				
4		F4	F5					
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao J1 (marido)**Tabela 28: situação de conflito de J2**

9								
8								
7								
6								
5			J1	J2				
4			F1	F2	F3			
3			F4	F5				
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à J2 (esposa)

O subsistema conjugal J na situação de conflito, tende a unir-se mais, colocam os filhos na linha de baixo para mostrar que estes não podem interferir quando os pais estão em conflito, com uma boa comunicação e aproximação que o casal tem, conseguem ultrapassar os seus problemas e representado uma coesão média.

A senhora J2, diz que evita muita transmitir os problemas aos filhos, uma vez que estes ainda são menores, ela os protege. Mas quando atingir a idade certa, os filhos serão envolvidos em todos os assuntos para poderem ajudar aos pais. Mas, mesmo assim, o casal quando tem um problema senta e conversa para evitar conflitos desnecessários.

Tabela 29: valores atribuídos à hierarquia pela família J

	Situação	J1	J2	F1	F2	F3	F4	F5
J1	Típica	5	4	2	2	1	0	0
	Ideal	5	5	4	3	2	0	0
	Conflito	5	4	2	2	1	0	0
J2	Típica	5	4	2	2	1	0	0
	Ideal	5	4	3	2	2	0	0
	Conflito	5	4	2	2	1	0	0

Fonte: entrevista ao casal J

De acordo com a hierarquia na situação típica, o senhor J1 está numa posição superior em relação a sua esposa a senhora J2, pois o homem é que o líder da família, na ausência do homem a esposa é que comanda a família, e por isso dá uma pontuação inferior ao da mulher aos primeiros três filhos.

Apesar de esta representação demonstrar uma pequena diferença em termos de hierarquia, pode-se considerar este sistema familiar com uma hierarquia média e que permite uma boa comunicação dentro da família.

O senhor J1 na situação ideal, gostaria de partilhar o poder com a sua esposa e por isso atribui-lhe a mesma pontuação justificando-se que deve haver igualdade de direitos dentro do casal, não se deve olhar apenas para o homem como líder da família e dá também pontuação as primeiras três filhas na disposição de idade, mostrando uma média hierarquia.

A senhora J2, prefere manter-se submissa ao marido e dá poderes também as três filhas mais velha e aos outros não dá nenhuma poder, acha que estes são muito menores. Ela diz que prefere manter-se submissa ao marido porque o homem é que manda numa família, mesmo que haja igualdade de direitos o homem sempre é o líder e a mulher é sempre submissa. Nesta situação, o subsistema representa uma hierarquia média.

O casal na situação de conflito prefere manter a pontuação da situação típica, isto significa que a hierarquia é média, mostrando que há uma boa comunicação nesta família quando se trata de conflitos.

Conclusão do Casal J

Entrevista

O motivo que levou o casal a fazer o teste de *HIV*, deveu-se ao facto da senhora J2 estar grávida, durante as consultas pré-natal, foi aconselhada a fazer o teste como todas outras mulheres que estão a fazer controlo naquelas consultas.

A senhora J2 fez o teste no local onde decorrem as consultas, e teve o resultado no mesmo dia que foi positivo, ficou triste sem saber o que dizer, porque somente só descobriu na gravidez da terceira filha.

Contudo, recebeu o resultado e quando chegou a casa não sabia como comunicar ao esposo sobre o que tinha acontecido, mas ganhou coragem e comunicou ao esposo, ele ficou também admirado por sua vez a esposa pediu-lhe que fizesse o teste cujo resultado foi também positivo.

O casal mostrou estar informado sobre o que é o *HIV*, que é uma doença de transmissão sexual, transmissão vertical da mãe para o bebé pode ser transmitido através de objectos cortantes e da transfusão do sangue.

O subsistema conjugal em relação ao relacionamento, dizem que nada mudou depois de saberem da situação serológica, continuam unidos como sempre foram, só evitaram contar aos filhos sobre a situação deles por achar que estes ainda são menores, mas prometem que um dia vão contar quando eles atingirem a idade certa.

O casal diz que a relação está sendo bem gerida, vão juntos às consultas quando um dos membros do casal não pode ir a consulta por algum motivo, um dos pares levanta o medicamento para o outro.

Lamentam-se de as vezes não terem alimentação, enquanto a toma de medicamentos requer que se alimentem bem.

Genograma

O genograma da família Já apresenta a relação deste sistema conjugal bom e sem conflitos, é uma família ligada principalmente no subsistema conjugal. O casal tem uma ligação muito forte com o

filho mais novo, segundo eles por este ser ainda bebé precisa de muita atenção e cuidado do pais, não quer dizer que não tenham afeição pelos outros filhos, gostam muito de todos eles.

FAST

Revelou-nos que na situação típica a coesão é média, na demonstração do J1 e na demonstração de J2 a coesão é média na situação ideal e na situação de conflito a coesão é média. No concernente a hierarquia o marido tem um pouco mais de poder de decisão dentro do sistema familiar, apresentando hierarquia média. De acordo com os resultados obtidos na entrevista, genograma e FAST, a estrutura da família J é equilibrada.

Caso 5- Subsistema Conjugal K

4.6 História do Subsistema Conjugal K

O subsistema conjugal K são funcionários de saúde, são casados, têm 2 filhos um menino de 5 anos e uma menina de 9 meses, vivem na cidade de Maputo no bairro da Maxaquene. O senhor K1 é técnico de farmácia e a senhora K2 é enfermeira geral, ambos estão a fazer o ensino universitário. O esposo está no 2ºano e ela no 1º ano, frequentam a mesma universidade e o mesmo curso.

O Senhor K1 tem 31 anos de idade e a sua esposa tem 30 anos de idade. A sua esposa tem 2 filhas de um anterior casamento, a mais velha tem 14 anos e a segunda 12 anos de idade.

A senhora K2, é seropositiva diz que apanhou esta doença em acidente de trabalho acerca de 1 ano. Segundo ela diz que fez a profilaxia pós-exposição e não resultou em nada.

Quando teve este acidente, informou ao esposo e ele deu-lhe muita força e coragem, após ter terminado a profilaxia foi fazer o teste e saiu positivo. Comunicou ao marido e pediu para que este não contasse a mais ninguém.

O Senhor K1, quando soube da situação da esposa decidiu também fazer o teste, onde o resultado fora negativo, logo trata-se de um casal discordante.

Conteúdos da entrevista

O que os levou a fazer o Teste de *HIV*?

K1, Fiz porque a minha esposa teve acidente de trabalho e ficou infectada.

K2, Devido ao acidente de trabalho que tive, fiz a profilaxia e não resultou em nada.

O que sabem sobre *HIV*?

K1, É uma doença que se transmite através de relações sexuais, objectos cortantes e não esterilizados, transfusão de sangue, transmissão vertical da mãe para o bebé etc.

K2, Basicamente é o que ele já disse.

Vocês conversam nos vossos momentos de intimidade sobre o risco de *HIV*?

K1, Não.

K2, Não conversamos, desde que o meu marido soube que sou seropositiva, já não há momentos de intimidade.

Comparando o momento actual da sua vida com o momento antes de conhecer o seu diagnóstico positivo, acha que houve alguma mudança no sentimento de aproximação e de poder na vossa relação. Se sim, o que acha que mudou?

K1, Sim, estamos muito distantes, a minha esposa é muito ciumenta.

K2, Mudou muita coisa, o meu esposo não para em casa, já nem quer manter relações sexuais comigo, alegando que sou seropositiva. Mesmo sabendo que contrai o *HIV* por acidente de trabalho.

Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal?

K1, Sim, a minha esposa é seropositiva, evito manter relações sexuais com ela

K2, Com meu marido, já não há praticamente nada, nós dormimos como se fossemos irmãos.

Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo (a) e com outro na parceria conjugal?

K1, Não sei o que dizer.

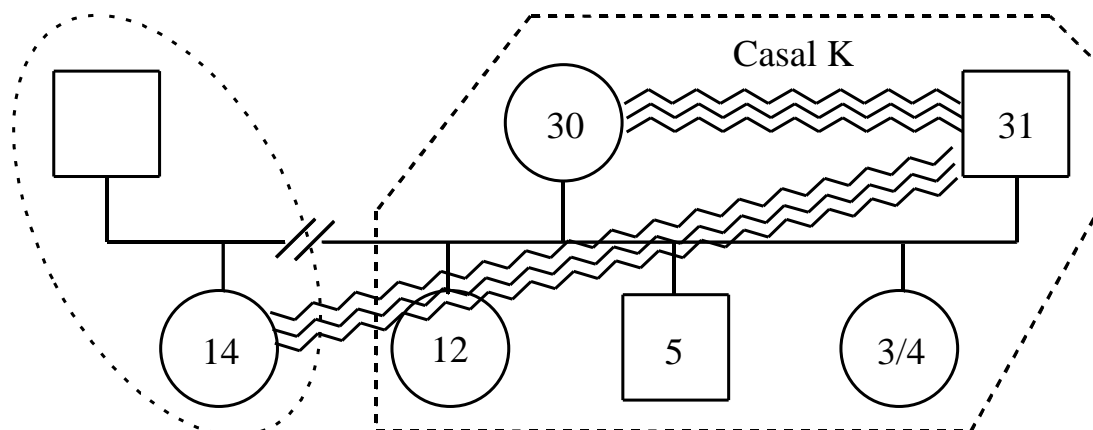
K2, Mal gerida, porque eu só tenho marido de nome, ele me despreza muito.

Que aspectos positivos ou negativos verifica no relacionamento conjugal que resultam do facto de você seropositivo (a)?

K1, Muita coisa mudou, a minha esposa depois de saber do seu estado ficou muito chata e ciumenta.

K2, O meu marido, distanciou-se muito de mim, passa mais tempo fora e chega muito tarde a casa, e sempre a receber chamadas e mensagens das amantes.

Figura 6: genograma da família K



Legenda do genograma da família K

- | | | | |
|---|-----------------------|------|---------------------|
| ○ | Mulher | ≡ | Relação forte |
| □ | Homem | ≈ | Relação de conflito |
| ⊗ | Falecida | —//— | Separação |
| ⋯ | Habitam na mesma casa | | |
- Fonte:** entrevista ao casal K

Após a apresentação de genograma familiar, conseguimos notar que este subsistema conjugal mostra relações muito conflituosas.

4.6.1 Teste do Sistema Familiar (FAST)

K1 representa no tabuleiro do FAST a sua família, esposa distante e 2 filhos, coloca-se próximo dos filhos dele e não representa as filhas da esposa do primeiro casamento. K2 representa a sua família da seguinte maneira: ela distante do marido e próxima aos filhos.

Tabela 30: situação típica de K1

9								
8								
7								
6		K1	F3	F4				
5								
4			K2					
3					F2	F1		
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao K1 (marido)

Tabela 31: situação típica de K2

9								
8								
7								
6								
5				K2	F1			
4			F2	F3	F4			
3								
2							K1	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à K2 (esposa)

Na situação típica, K1 mantém-se distante da esposa e próximo aos seus filhos. O Senhor K1 coloca as filhas da esposa fora da grade, representando uma coesão baixa. Ele diz que coloca as filhas da esposa fora da grade porque não são filhas dele então elas devem viver com o pai, durante a aplicação do FAST K1 referiu que elas são meninas estão a crescer e não lhe respeitam, sendo assim ele não quer problemas com o pai destas meninas.

Na representação da esposa (K2), esta encontra-se próxima aos filhos e todos estão dentro da grade, colocou na ordem de idade. O seu marido está bem distante isto é fora da grade, representando uma coesão baixa devido aos conflitos que ela tem vivido no dia-a-dia com o seu esposo devido ao estado em que ela se encontra e também por causa das filhas.

Tabela 32: situação ideal de K1

9								
8								
7								
6		K1	K2	F3				
5		F4						
4								
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao K1 (marido)

Tabela 33: situação ideal de K2

9								
8								
7								
6								
5			K1	K2	F1			
4			F2	F3	F4			
3								
2								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à K2 (esposa)

O senhor K1 coloca-se próximo da sua esposa e dos seus filhos, exclui as filhas da mulher, nem se quer representa a elas fora da grade como na situação típica. Representa uma coesão alta apenas com a esposa e os filhos deste casamento, de acordo com a explicação dele, gostaria que a família fosse assim porque não há conflitos e evita que a vida do casal seja sabida pelo pai das filhas, tudo que acontece na casa deles o pai das meninas sabe através das filhas.

A esposa coloca todos os membros da sua família próximos, incluindo as filhas do primeiro casamento, representado uma coesão alta, segundo ela diz gostaria tanto que o esposo fosse amigo das filhas, porque quando a conheceu ela já tinha aquelas duas meninas e ele aceitou a ela assim mesmo até contraírem o matrimônio. Não sabe porque o senhor K1 dum momento pra cá não suporta as suas filhas.

Tabela 34: situação de conflito de K1

9								
8								
7								
6		K1	F3	F4				
5								
4								
3								
2				K2	F1	F2		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST ao K1 (marido)**Tabela 35: situação de conflito de K2**

9								
8								
7								
6								
5					K2	F2		
4			F3	F4				
3								
2								K1
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Fonte: teste FAST à K2 (esposa)

Na situação de conflito K1 fica próximo aos seus filhos e coloca a esposa e as filhas dela do primeiro casamento bem distantes, isto é fora da grade, porque ele não quer que as meninas vivam com o casal somente quer os filhos dele. Diz que a esposa defende muito as filhas enquanto elas não o respeitam e levam tudo que acontece na casa deles para contarem ao pai e ele está cansado dessa situação, quando fala com a esposa ela nunca repreende as filhas apenas sai em defesa delas. Desta feita há uma coesão baixa.

A esposa mantém-se afastada do marido e próxima dos filhos, segundo a senhora quando ela está em problemas com o seu marido, os filhos é que estão sempre com ela, mesmo das vezes que ele não dorme em casa. Nesta situação de conflito, a senhora K2 não representa a filha mais velha porque esta acabou indo viver com o pai por causa da discussão da mãe com o padrasto, sempre ela ouvia o padrasto a dizer a mãe que não queria saber das duas meninas mais velha porque não são filhas dele, daí que a menina mais velha de tanto estar ouvir sempre a mesma coisa acabou indo para casa do pai. Portanto o casal nesta situação percebe que tem uma baixa coesão

Tabela 36: valores atribuídos à hierarquia pela família K

	Situação	K1	K2	F1	F2	F3	F4
K1	Típica	6	3	0	0	0	0
	Ideal	5	4	0	0	2	0
	Conflito	6	2	0	0	0	0
K2	Típica	6	2	0	0	0	0
	Ideal	5	5	3	2	1	1
	Conflito	6	1	0	0	0	0

Fonte: entrevista ao K

Em relação a hierarquia na situação típica, o marido colocou-se numa posição superior em relação a sua esposa, não dá nenhum poder aos seus filhos e nem aos filhos da esposa. Diz que não dá nenhum poder aos seus filhos porque ainda são menores e afirma ainda que o homem é que manda e põe ordens dentro da família originando hierarquia baixa.

O senhor K1 não dá poderes as filhas da esposa, segundo ele porque elas não pertencem aquela família e por isso não tem nenhum poder decisão mesmo sendo mais velhas que os seus filhos.

A esposa nesta situação atribui-se menor poder a si em relação ao marido e não dá nenhuma pontuação aos filhos todos, representando baixa hierarquia no subsistema conjugal.

Na situação ideal, K1 continua a atribuir-se poder em relação a sua esposa, mas desta vez com diferença de um ponto, dá poder a sua filha e ao mais novo não dá nenhuma pontuação sob pretexto deste ser ainda um bebé. Quanto as filhas da esposa continuam a não ter nenhuma pontuação, representado uma média hierarquia.

Por sua vez a senhora K2 na situação ideal tem os mesmos poderes que o esposo e também dá poderes aos filhos por ordem de nascimento, o que consiste numa hierarquia alta.

Na situação de conflito, o casal representa uma hierarquia muito baixa, o homem com mais poderes em relação a esposa e os filhos sem nenhuma pontuação. A esposa dá muito poder ao marido e ela continua submissa, devido ao excesso de problemas que o casal tem.

Conclusão do Casal K

Entrevista

O motivo que levou ao casal a fazer o teste de *HIV*, foi por causa do acidente de trabalho que a esposa teve, daí ela fez a profilaxia durante o período recomendado. De acordo com esposa a profilaxia não resultou em nada e o seu resultado foi *HIV* positivo.

Com esta situação o seu esposo viu-se também obrigado a fazer o teste, felizmente o seu resultado saiu negativo e tem feito o controlo de 3 em 3 meses.

Depois que se soube do estado da senhora K2, o casal não tem mais relações de intimidades andam distante um do outro e sempre em conflitos conjugais. O senhor K1 diz que a sua esposa é muito ciumenta e a esposa diz que ele não para em casa e nem conseguem manter relações sexuais.

O senhor K1 afirmou que não mantém relações sexuais com a sua esposa pelo facto de ela ser seropositiva e ele não quer apanhar a doença. Já a esposa diz que eles vivem como se fossem irmãos, porque na verdade a relação do casal está sendo mal gerida, pois a senhora K2 acha que só tem o marido psicologicamente mas fisicamente não tem.

Quanto ao relacionamento conjugal, o casal diz que muita coisa mudou logo após de se saber do diagnóstico da senhora K2. O esposo diz que a senhora se transformou numa chata e muito ciumenta que isto tira-lhe muito do sério. Por sua vez a esposa pensa que o marido distanciou-se muito dela, passa maior parte do tempo fora de casa, chega muito tarde e por vezes nem dorme em casa. Passa a vida a receber chamadas e mensagens das amantes, mesmo a dedicação que tinha pelos seus filhos mudou muito.

. Genograma

Mostrou-nos que este subsistema conjugal tem muitos conflitos devidos as discussões entre marido e mulher e também o choque que o padrasto tem com as enteadas.

FAST

Revelou-nos que na situação típica a coesão é baixa, devido aos problemas que o casal apresenta, o esposo não se entende com as enteadas alegando que elas levam informações de tudo que acontece na sua casa para o pai delas, diz ainda que estas meninas não o respeitam. Já a sua esposa diz que o marido não para em casa e não quer saber das filhas do seu primeiro casamento o que lhe deixa muito triste,

Na situação ideal a coesão é média, o esposo atribui-se um pouco mais de poder em relação a sua esposa e também dá poder ao seu filho mais velho. A esposa quer estar no mesmo pé de igualdade com esposo e dá poder a todos filhos na ordem de idade.

Na situação de conflito a coesão é baixa, o casal está muito afastado colocam-se fora da grade, de acordo com a esposa a filha mais velha acabou por ir viver com o pai de tanto ouvir o padrasto a dizer que não as quer porque não são filhas dele. Outro factor é que quando discutem o marido sempre diz que ela é seropositiva e está a fazer-lhe um favor em ficar com ela e muita das vezes fala em frente a família da esposa quando vem ajudar a resolver os problemas. Esta situação deixa muito triste a ela porque a senhora K1 pediu a esposa que não contasse a ninguém sobre o seu estado, apenas ela só havia contado a ele na qualidade de esposo.

No que diz respeito a hierarquia o subsistema conjugal nas situações típicas e de conflito demonstram que tem uma hierarquia muito baixa, enquanto na situação ideal a hierarquia tende a ser média.

De acordo com os resultados obtidos na entrevista, genograma e FAST, a estrutura da família K é desequilibrada devido aos vários conflitos que o subsistema atravessa.

Depois desta apresentação dos resultados da pesquisa, na parte que segue, faremos a discussão integrada dos casos.

Discussão dos casos

Após a apresentação dos resultados obtidos através da entrevista, genograma e FAST, vamos apresentar os resultados obtidos na parte anterior, tendo em conta os objectivos da investigação, que nos guiaram à pesquisa, neste sentido, o centro de atenção da pesquisa é de perceber qual foi o Impacto da Revelação do Diagnóstico da Seropositividade no Subsistema conjugal.

No primeiro objectivo, procurou-se conhecer o impacto da revelação do teste da seropositividade e suas consequências no seio do casal, no segundo avaliou-se o grau de percepção do parceiro seropositivo após revelar o diagnóstico ao seu par, no terceiro descreveu-se as mudanças percebidas pelo parceiro após a revelação do teste de *HIV* e por último analisou-se a coesão do subsistema conjugal após a revelação do teste *HIV*.

4.7.1 Conhecer o impacto da revelação do resultado da seropositividade no seio do casal

O impacto do diagnóstico de infecção pelo *HIV* despoleta uma crise perante a qual a condição física, social e psicológica do infectado não permite responder de imediato a este confronto. O primeiro impacto que as pessoas têm ao ser revelado o resultado da seropositividade é o choque devido ao desespero causado pelo conhecimento de se tratar de uma condição incurável e pelo estigma a ele associado e relacionado com a má conduta sexual.

Na maioria dos casos, o primeiro membro do casal a saber do seu *serostatus* receia informar ao seu parceiro por temer a reacção que possa advir deste. Corroborando com o Santos (2007), fala dum casal cuja esposa descobriu acidentalmente que o marido era seropositivo e que já vinha fazendo tratamento sem comunica-la, alegando que não sabia qual seria a reacção dela.

Para os membros de casais seroconcordantes entrevistados neste estudo, ao longo do tempo e independentemente das circunstâncias em que lhes foi revelado o diagnóstico da seropositividade, conformaram-se com o resultado e ficaram unidos numa espécie de suporte mútua.

A partilha da informação do diagnóstico à família e parceiros é imprescindível para a aquisição de suporte sociofamiliar. O suporte sociofamiliar facilita o desenvolvimento de estratégias de *coping* (Serovich, Esbensen & Mason, 2005), contribuindo para atenuar sintomas depressivos. Os autores querem com isto dizer que é importante revelar o diagnóstico ao parceiro para que possam ter uma ajuda familiar e também evitar uma depressão após o conhecimento do diagnóstico.

4.7.2 Avaliar a reacção do parceiro seronegativo após receber a revelação do resultado do diagnóstico *HIV* positivo.

Em casais discordantes, após o conhecimento do diagnóstico da seropositividade, o sentimento inicial do parceiro seronegativo/afectado em relação ao parceiro infectado pelo *HIV/SIDA* é de traição, decepção e desilusão. Garantido o suporte sociofamiliar e psicossocial, a imagem negativa gerada sobre o parceiro infectado vai dissipando, substituindo em seu lugar pela compaixão e sentimentos positivos em busca do equilíbrio de uma convivência sã.

Dentre os casais inqueridos constatou-se que apenas um era discordante, sendo a esposa seropositiva. Os depoimentos dos entrevistados, após receber a revelação do diagnóstico da seropositividade, mostram que o sentimento inicial do marido em relação à esposa infectada pelo *HIV/SIDA* foi de dor, porém com a compreensão pelo facto de ter sido infectada acidentalmente

no serviço, em exercício de enfermagem. Doravante, esta nova realidade fez emergir no marido o medo de contaminação pela esposa e adoção de práticas prejudiciais ao casal como a fuga e relacionamentos extraconjugais.

É importante referir que os sentimentos negativos no contexto do *HIV/SIDA* são geralmente substituídos por outros de superação do medo e aceitação da nova condição de vida. Entretanto, em alguns casos de casais discordantes, por vezes a pessoa afectada não encontra as devidas respostas que necessita para o entendimento dos factos, desencadeia uma crise emocional disruptiva, gera conflitos de sentimentos e desvio de comportamento.

4.7.3 Descrever as mudanças percebidas pelo parceiro seropositivo após revelar o resultado do seu diagnóstico *HIV* positivo

Cruzando entrevistas semiestruturada e as histórias de vida dos casais, constatou-se que um dos sentimentos iniciais da revelação do *HIV/SIDA* foi de desilusão que com o tempo vai se desvanecendo, dando lugar a adaptação/aceitação à sua nova condição de vida. Todavia, para alguns a experiência de viver com o *HIV/SIDA* representou um grande peso ao nível pessoal e social. As formas de superação que ficaram patentes são a convivência com outras pessoas seropositivas e a descoberta de não ser único (a) no mundo vivendo com o *HIV/SIDA*. A ideia do fim da vida, de tudo perdido e, por vezes, a dificuldade do relacionamento com o grupo de pares têm contribuído para as dificuldades de superação.

Com os casais inqueridos constatou-se que o sentimento inicial na experiência de vida com o *HIV/SIDA* foi de derrota, decepção e desilusão. Alguns não acreditavam na nova realidade, tendiam a recusa-la, adoptando práticas prejudiciais como a auto-exclusão e isolamento. Os depoimentos dos entrevistados, logo após a revelação do diagnóstico da seropositividade, são ilustrativos dos sentimentos de derrota, culpa e inconformismo, expressos por palavras como “*não esperava, foi difícil, foi doloroso, fiquei desanimada (o), a minha vontade era de tirar a minha vida*”, o que muitas vezes fazia com que vissem as suas aspirações restringidas. Esses elementos atestam a constatação feita por Ayres (2004), que afirma no seu estudo que a revelação da seropositividade constitui um dos momentos críticos, pois, emergem medos, vivem-se situações de rejeição e negligência, seja consumada ou que permaneça ainda na imaginação dos indivíduos.

Dependendo das circunstâncias e situações, o indivíduo tende a ver-se diferente, o que lhe leva a ter atitudes diferentes. Assim, vê-se que enquanto a pessoa não sabe o seu estado de seropositividade, vive dentro de um quadro comportamental que é diferente daquele que passa a viver com base nele quando sabe do mesmo. A ideia do fim da vida, a rotina hospitalar, ter que tomar comprimidos sempre, viver diante de algumas privações em relação ao modo de vida ou às suas afectividades, são elementos que tendem para a construção de novas e determinadas identidades no contexto do *HIV* o que pode permitir falar-se de identidade seropositiva.

4.7.4 Analisar a coesão do subsistema conjugal após a revelação do teste *HIV*

Dos resultados encontrados no genograma e FAST, maior parte dos subsistemas conjugais, demonstram haver uma consonância conjugal. Na situação típica e de conflito quatro casais apresentam coesão média, isto significa que estão próximos uns dos outros, mostrando que há uma boa comunicação no seio dos casais.

Os subsistemas conjugais apresentam a estrutura familiar equilibrada. Corroborando com Gehring (1998), a estrutura familiar equilibrada apresenta uma relação de equilíbrio entre a dimensão individual a colectiva, havendo uma ligeira separação emocional entre os membros, mas não extrema. O funcionamento familiar saudável, tem sido identificado através do relacionamento do casal de forma igualitária (equilíbrio de poder) e os pais tendo mais poder e influência maior do que seus filhos, mas com certo grau de flexibilidade frente às mudanças no desempenho de papéis e nas regras existentes.

Um aspecto interessante nestes subsistemas conjugais, na situação de conflito tende a ser mais coesos para ultrapassar os problemas, mostrando uma coesão alta e hierarquia média. Acordando com Minuchin (1998) as fronteiras nítidas ocorrem quando os membros dos subsistemas exercem as suas funções sem interferência indevida, admitindo contacto entre eles, para o pleno funcionamento da família, com vista a permitir que os membros gozem da autonomia e façam parte do sistema familiar.

O subsistema conjugal K apresentou baixa coesão em todas as situações, o que significa que não existe comunicação e se encontram afastados, representando uma estrutura familiar desequilibrada. Certificando Gehring (1998) quando a família apresenta tanto a coesão como a hierarquia em valores extremos considera-se uma estrutura familiar desequilibrada ou não

balanceada. As famílias que frequentemente estão com problemas demonstram baixa coesão entre seus membros e colisões entre gerações, estando os pais mais próximos dos seus filhos, do que do seu companheiro (a).

Minuchin e Fishman, (2003:48), evidenciam que, há situações em que a união entre as pessoas ocorre de uma forma disfuncional, isto é, através de colisões. Por colisão, refere-se à *“união entre dois ou mais membros em prol de um objectivo comum, rebelando-se contra um outro membro da família”*.

Minuchin (1990), refere ainda que os níveis de coesão extremamente elevados (emaranhados) ou extremamente baixos (desligados) tendem a ser problemáticos para o desenvolvimento de relacionamentos sustentáveis ao nível do sistema familiar.

Nota-se que neste subsistema conjugal as fronteiras são rígidas. Segundo Minuchin (1998), estas fronteiras estão presentes em famílias restritivas, onde a comunicação entre os membros, bem como as funções protectoras ficam prejudicadas pelo isolamento dos seus membros.

Isto revela que o subsistema não se sente próximos afectivamente, não recebem e nem fornecem apoio emocional. Além disso, percebe-se que há o fecho deste sistema, isto é, não permite trocas com outros sistemas.

CAPITULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Moçambique, como um país pobre, enfrenta problemas de várias ordens e que agravam-se com a epidemia do *HIV/SIDA*, sendo o perfil da epidemia predominantemente heterossexual e mais disseminada entre as mulheres. A realização deste trabalho, cujo objectivo é conhecer o impacto da revelação do diagnóstico da seropositividade no seio do casal, representa uma mais-valia para o subsistema conjugal, assim como para as instituições de saúde e a sociedade em geral. Pois, a compreensão do impacto da informação do diagnóstico da seropositividade leva as pessoas a adoptar uma nova forma de vida, atitudes de mitigação dos efeitos negativos da seropositividade e factores de risco de propagação do *HIV/SIDA*.

A revelação de diagnóstico da seropositividade entre os casais é ainda encarada como um assunto particular para a pessoa portadora, uma vez que esta tem receio de revelar ao seu par, por temer a estigmatização, discriminação que podem despoletar uma crise emocional disruptiva para o receptor da informação e, também, pode constituir uma ansiedade no parceiro que não conhece o seu estado. Todavia, para alguns casais a revelação é imprescindível para a aquisição de suporte sociofamiliar, para atenuar sintomas depressivos.

A definição do problema tornou possível a formulação da pergunta e objectivos da pesquisa. No processo de revisão da literatura, com as abordagens de diversos autores sobre o tema, serviu de base para a análise e interpretação dos resultados e permitiu a obtenção de respostas às perguntas da pesquisa. No capítulo da metodologia, foi possível definir o tipo estudo e desenho de pesquisa, população e amostra, técnicas e instrumentos de recolha de dados, considerações éticas e procedimentos metodológicos.

A respeito da variável coesão, os resultados demonstraram que era alta em quatro casais e baixa em um casal. Quanto a hierarquia o que reflectiu os homens têm mais poder em relação as esposas e os filhos. Em quatro subsistemas conjugais, a estrutura familiar é equilibrada e o ultimo apresenta uma estrutura familiar desequilibrada devido aos vários conflitos que o casal apresenta e o mais agravante pelo facto da esposa ser seropositiva.

5.1 Recomendações

5.1.1 Aos casais

O aumento do conhecimento e alteração dos comportamentos individuais e sociais são essenciais para a prevenção do *HIV* e subversão da actual tendência de agravamento. Devendo para tal aceitar as mudanças e adoptar formas de vida positiva, observando as recomendações dadas:

- Abster-se dos vícios e tudo aquilo que pode acarretar grande desgaste do organismo como, por exemplo, noitadas, bebedeiras, etc.
- Compartilhar as experiências com o parceiro e privilegiar a interajuda.
- Observar com rigor as medidas de prevenção para evitar a recontaminação.
- Cumprir rigorosamente com a medicação e buscar ajuda técnica sempre que for necessário.
- Integrar-se em organizações/redes sociais de interajuda que podem contribuir para a redução da manifestação de sintomas psicopatológicos ou do *stress*, inerentes a um diagnóstico de infecção pelo *HIV*.

5.1.2 A UEM/Faculdade de Educação (Departamento de Psicologia)

A revelação do diagnóstico da seropositividade torna inevitável ter que lidar com os medos relacionados com as reacções sociais de estigma enraizado do *HIV/SIDA*. Envolve factores de cariz afectivo, psicológico e sociocultural que se reflectem em reacções emocionais diversas. Sugerimos, por isso, que o Departamento de Psicologia em especial a Direcção do Curso de Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária:

- Produza mais trabalhos relacionados nos níveis de licenciatura, Mestrado e Doutoramento.
- Crie acordos de Cooperação com o Pelouro de Saúde e Acção Social (Centro de Saúde 1º de Maio), para que possam fazer mais pesquisas neste âmbito.
- Adquira literatura sobre esta temática para facilitar as consultas e auxiliar na elaboração de trabalhos similares.

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M.R. & Labronici, L.M. (2007). *A trajetória silenciosa de Pessoas portadoras do HIV contada pela história oral*. Ciência: Saúde Coletiva, 12(1) 263-274.
- Andrade, R.G. e Iriart, J.A.B. (2015). *Estigma e discriminação: Experiências de mulheres HIV positivas nos bairros populares de Maputo, Moçambique*, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(3): 565-574.
- Anton, I. L. (1998). *A escolha do cônjuge: um entendimento sistémico e psicodinâmico*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 57.
- ARO Moçambique (2011). *A SIDA em Moçambique – Por uma Sociedade Sã e Livre do HIV/SIDA*. Maputo.
- Ayres, J. R. C. (2004). *Normas e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3) 583-592.
- Banco Mundial (2008). *Relatório sobre a Situação do HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo.
- Banco Mundial, (1999). *Aumentar a Acção contra o HIV/SIDA em África: Respondendo a uma crise de desenvolvimento*. Washington DC: BIRD.
- Bellerate, B.&Prellezo, J. (1989). *Il Lavoro Scientifico in Scienze Dell'Educatione. Guida allatesidilaurea e al dottorato direcerca*. Itália. Editora La Scuola. Brescia.
- Bertalanffy, L. (1975). *Teoria Geral dos Sistemas*. (2ªed.).Petrópolis, Editora Vozes.
- Bowen, M.(1991). *De la Família al Individuo*. Barcelona: Piados.
- Brambatti, L.P. (2001). *Convivendo com a Diferença: Dinâmica Relacional de Casais Serodiscordantes para HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado (Psicologia Clínica). Universidade de Brasília.
- Brambatti, L.P. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília.

- Brito, R & Koller, S (1999). *Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afectivo*. Em A. M. Carvalho (Org.). *O mundo social da criança: Natureza e cultura em acção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caldeira, P. (1995). *Identidades dos Portadores do Vírus Sida: Reconstrução das Identidades Sociais e Formas de Inserção Social dos Portadores do HIV*. *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa. n.17, 75-95.
- Chagane, H.C. (2011). *Uso do Preservativo: Expectativas, Atitudes e Normas percebidas pelos Jovens em Moçambique*. *Revista Psique*, 1ª Edição, MISAU, CEPAP, Maputo.
- CNCS (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA) (2000). *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (1999-2004) – PEN I*. Maputo: CNCS.
- Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) (2014). *O Género e o HIV/SIDA*. Maputo.
- De Antoni, C. & Koller, S. H. (2004). *A pesquisa ecológica sobre violência no microsistema familiar*. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 267-261). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Antoni, C. (2005). *Coesão e Hierarquia em Famílias com Histórias de Abuso Físico*. Unpublished Doctoral Dissertation. Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Ewayo, O., Walque, O., Fort, N., Gakii, G., Lester, R. T & Mills, E. J. (2010). *HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis*. *The Lancet Infectious Diseases* 10, 770-777.
- Fachada, M. (2012). *Psicologia das relações Intrapessoais*. 2ªed. Lisboa. Edições sílaba.
- Feldman, S. S. & Gehring, T. M. (1988). *Changing perceptions of family cohesion and power across adolescence*. *ChildDevelopment*, 59, 1034-1045.
- Féres, C.T. (1996). *Família: diagnóstico e terapia*. Ed. Vozes.
- Fishel, J. D. Bradley, S.E.K., Young, P.W., Mbofana, F. & Botão, C. (2011). *HIV no seio dos casais em Moçambique: Estado Serológico, Conhecimento do Estado, e Factores Associados com a Serodiscordância do HIV*. *Análise Profunda do Inquérito Nacional de*

Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

- Flaskerud, J. H. (1992). *AIDS/ Infecção pelo VIH. Aspectos psicossociais e neuropsiquiátricos*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da Concepção á Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas Científicas, Lda.
- Galvão, M. T. G. (1998). *Avaliação do comportamento e das atitudes dos portadores de HIV, doentes ou não: comparação entre indivíduos adultos do sexo masculino e feminino*. Dissertação não publicada, Mestrado em Doenças Tropicais, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil.
- Garcia, F.G.P. (2001). *Análise Global de uma Guerra (Moçambique 1964-1974): Os povos de Moçambique e o seu comportamento no confronto*. O relacionamento das comunidades sócio-religiosas de Moçambique com o Poder português e com a subversão.
- Gehring, T. (1998). *FAST: Family System Test*. Zurich. Hogrefe&Humber Publishers. Disponível em: <http://www.fast-test.com>. Acessado a 13 de Maio de 2015.
- Gil, A. C. (1999). *Método e Técnicas de Pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo. Editora Atlas S.A.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 10ª ed. São Paulo. Editora Atlas S.A.
- Gonçalves, C.S., Weber, B.T. & Roso, A. (2013). *Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres*. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 21 (2), Jul-Dez, 1-11p.
- Governo de Moçambique, (2006). *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II)*. Maputo.
- HANDICAP INTERNATIONAL (2011). *Manual de Formação de Activistas em Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção do HIV*. Monde Artes. Maputo.
- Holt, K., Court, P., Vedhara, K., Nott, K.H., Holmes, J. e Snow, M.H. (1998). *The role of disclosure in coping with HIV infection*. *AIDS Care*. 10(1): 49-60.
- Honwana, A. (2002). *Espíritos vivos. Tradições modernas*. Maputo. Promédia.

- INE, MISAU, MPD, CEA, CNCS, UEM, (2008). *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Atualização – Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007*. Maputo. INSIDA (Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatísticas). (2010).
- INSIDA (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA*. Maputo.
- INSIDA (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV/SIDA em Moçambique: Relatório Final*. Maputo.
- Klitzman, R. & Bayer, R. (2003). *Tell it slant – sex, disclosure and HIV*. *Studies in Gender and Sexuality*, 4 (3), 227-262.
- Kuby, J. (2003). *Immunology, 5nd Edition, W.H.Freeman and company*, New York.
- Licença, I. (2007). *A importância do Apoio da Família na Adesão ao TARV*. Relatório de Estágio em Psicologia Apresentado à Faculdade de Educação da UEM para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações.
- Macedo, R.S.A. A. (1994). *Etnopesquisa Crítica e Multireferencial nas Ciências Humanas e na Educação*. Porto editora, Porto.
- Machado, H. B. et al. (2005). *Identificação de riscos na vida familiar a partir do genograma. Família, Saúde e Desenvolvimento*. Curitiba, v. 07. n. 2, maio/ago 149-157.
- Major, B. & Eccleston, C. (2005). *The social psychology of inclusion and exclusion. Stigma and social exclusion*. New York: Psychology Press.
- Maloa, B. (2013). *Conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos em relação ao HIV-AIDS nas escolas secundárias: um estudo comparativo entre as cidades de Maputo, Beira e Lichinga em Moçambique*, Tese de Doutoramento. Salvador.
- Maman, S., Mbwambo, J., Hogan, N. M., Kilonzo, G. P. & Sweat, M. (2001). *Women's barriers to HIV-1 testing and disclosure: Challenges for HIV-1 voluntary counselling and testing*. *AIDS-Care*, 13 (5), 595-603.
- Manjate, (2013). Disponível em <http://www.cip.org.mz/urepoter>, lido a 18 de Outubro de 2015.

- Manjate, R., Lacerda, R., Meierelles, T., Gravato, N., Gras, C., Lima, J., Durão, O., Assan, A., Sededos, T., Raman, H., Gaspar, F. & El-Sadr, W. (2005). *Avaliação qualitativa dos factores associados à adesão ao uso de anti-retrovirais em Moçambique*. Trabalho apresentado na XII Jornada de Saúde do Instituto Nacional de Saúde. Faculdade de Medicina e Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS), Maputo, Moçambique.
- Mansergh, G., Marks, G. & Simoni, M. (1995). *Self-disclosure of HIV infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status*. *AIDS*. 9: 639-644. ISSN 0269-9370.
- Marconi, M. & Lakatos. E. (2011). *Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução, análise e interpretação de dados*. 7ªed. São Paulo. Atlas.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (2005). *Genograma sen la evaluacion familiar* (5. ed.). Barcelona, España: Gedisa.
- Miermont, J. & Cols. (1994). *Dicionário de terapias familiares: Teorias e práticas* (C. A. Molina-Loza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miguel, M. C. & Borges, L. (2002). *Aspectos psicológicos da doença crónica*. Boletim do Hospital Pulido Valente. XV.3: 101-105.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Trad. Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin. S. & Fishman, H. (2003). *Técnicas e terapias familiares*. Belo Horizonte, MG.
- Minzo, A. et al (2011). *Refletindo Sobre Gênero, Educação e Sexualidade – Repensar Conceitos e Preconceitos: Contributos para a Formação Inicial de Professores na Universidade Pedagógica*. Universidade Pedagógica/CEPE. Editora Escolar. Maputo.
- MISAU (Ministério da Saúde) (1988). *Programa Nacional de Combate a SIDA: Plano de 3 anos, 1988-1990*. Maputo: INDE.
- MISAU (Ministério da Saúde) (1992). *Programa Nacional de Controlo de SIDA - Plano de Médio Termo 92/93*. Maputo: MISAU.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2004). *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2005-2009) – PEN II*. Maputo: CNCS.

- MISAU (Ministério da Saúde) (2010). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA (2010-2014) – PEN III*. Maputo: CNCS.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2012). *Manual de Referência – Formação de Provedores de Saúde em Prevenção Positiva*. Direcção Nacional de Assistência Médica. Programa Nacional de Controlo às ITS – HIV/SIDA, Maputo: MISAU.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2014). *Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária*. Maputo: MISAU.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2015). *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2015-2019) – PEN IV*. Maputo: CNCS.
- Momade, A. (2014). *Impacto da acção do Comité Comunitário de Protecção a Criança ao Nível da Hierarquia e da Coesão Familiar na Comunidade de Ndambuende*. Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, Maputo.
- MONASO (2008). *Integração do HIV/SIDA nos Sectores e Programas – Manual de Formação*, Process. Maputo.
- Mudendere, F. (2005). *Valoración del Comportamiento Sexual y de la Autoeficacia para la Protección de la Infección por el VIH/SIDA en Jóvenes/Adultos, Estudiantes de Maputo, Mozambique*. Unicersitat de Valencia. Tese de Doutoramento. Servicios de Publicaciones, Valencia.
- Nascimento, V. L. (2002). *Contar ou não contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/AIDS*. Dissertação não publicada, Mestrado em Psicologia (Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Njihia, C.; C. Ambasa; W. Parker; & S. Rogers. *Perspectivas das Pessoas que Vivem com o HIV sobre Prevenção do HIV: Oportunidades e Desafios para Fortalecimento da Resposta em Moçambique*. Washington DC: C-Change/FHI 360.
- ONUSIDA (2012). Global Fact Sheet. *Acedido a 06/05/2015 em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2015/gr2_015/20151120_FactSheet_Global_.pdf*.
- Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Davis, C., Dahn, J., Antuni, M. H., Ironson, G., Malow, R. & Schneiderman, N. (2003). *Coping and psychological distress among symptomatic HIV*

+ *men who have sex with men*. Miami: The Society of Behavioral Medicine. 25(3): 203-213.

- Petersburgo, D. & Said, R. (2010). *Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health/Center For Communication Programs*. Maputo, Moçambique. Adesão ao Tratamento Antirretroviral: Desafios Comportamentais - Análise Rápida de Situação na Zambézia e Maputo.
- Serovich, J.M., Esbensen, A. & Mason, T. L. (2005). *HIV disclosure by men who have sex with men to immediate family over time*. *AIDS Patient Care STDs*. 19(8): 506-517.
- Serra, M. N. (2005). *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Simoni, J. & Pantalone, D. W. (2004). *Secrets and safety in the age of AIDS: Does HIV disclosure lead to safer sex?* *International AIDS Society*. 4(12): 109-118.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planeamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam.

ANEXOS



FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM TERAPIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

ANEXO 1: Guião de Entrevista

A presente entrevista está no âmbito da dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Terapia Familiar e Comunitária pela Universidade Eduardo Mondlane – Faculdade de Educação. Esta entrevista tem como objectivo recolher informações sobre o Impacto da revelação do diagnóstico da Seropositividade no Sistema Casal, na visão do participante.

Neste sentido, peço a sua colaboração em responder de forma mais sincera possível as perguntas que lhe serão colocadas sobre o relacionamento que tem com o seu parceiro.

Para as questões que lhe são colocadas, não há respostas correctas ou erradas, nem boas ou más, mas sim, interessa apenas a sua percepção, os seus pensamentos e sentimento sobre certos assuntos a respeito da revelação do diagnóstico.

Código..... Data...../04/2015

Dados pessoais

- a) Idade,
- b) Sexo
- c) Estado civil
- d) Residência
- e) Profissão
- f) Nível académico

1. O que os levou a fazer o teste de *HIV*?
2. O que sabem sobre *HIV*?
3. Vocês conversam, em momentos de intimidade, sobre os riscos do *HIV*?

4. Comparando o momento actual da sua vida com o momento antes de conhecer o seu diagnóstico positivo, acha que houve alguma (s) mudança (s) no seu sentimento de aproximação e de poder na vossa relação? Se sim. O que acha que mudou?
5. Há um reconhecimento do grau de risco associado ao estilo de vida do casal?
6. Como está sendo estabelecida a relação de cuidado consigo mesmo e com o outro na vossa parceria conjugal?
7. Que aspectos positivos ou negativos verifica no relacionamento conjugal que resultam do facto de você ser seropositivo?

Muito obrigado pelas suas respostas

ANEXO 2: Declaração de Consentimento Informado dos Participantes

Após termos sido informados oralmente e por escrito pela investigadora sobre o objectivo e benefícios da nossa participação no estudo sobre: Impacto da Revelação do Diagnóstico da Seropositividade no Subsistema Conjugal no Centro de Saúde 1º de Maio, ficamos claros, aceitamos participar e vamos assinar juntamente com a investigadora.

Os participantes

Maputo,..... de Abril de 2015

A Investigadora/

Maputo, de Abril de 2015

O orientador

Maputo, de Abril de 2015

Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

Contacto: 825881101

ANEXO 3: Folha de Informação ao Participante

Título do protocolo: Impacto da Revelação do Diagnóstico da Seropositividade no Subsistema Conjugal no Centro de Saúde 1º de Maio.

Investigadores Principais: Érica Kátia Langa, Hachimo Chagane e Lucena Muianga.

Justificativa e objectivos: A pesquisa encontra a sua força motivadora no facto de que a presença do *HIV/SIDA* num casal, gera várias transformações na vida dos casais, mas com maior incidência no parceiro que é o primeiro a saber do seu resultado, que frequentemente desenvolve uma nova forma de perceber o relacionamento conjugal nas categorias funcionais básicas da revelação.

Esta percepção, no paciente, pode ser baseada e sustentada em observações de comportamentos manifestos pelos restantes membros da família, mas também em projecções feitas pelo paciente que fazem-no desenvolver uma maneira característica de interpretar a relação com os restantes membros da sua família. Quer numa como noutra situação, o certo é que a infecção pelo *HIV/SIDA* cria no paciente pensamentos e sentimentos que geram uma nova imagem nos determinantes funcionais e estruturais da família e que por conseguinte podem ser determinantes na vida do paciente no que respeita o relacionamento com a mesma, podendo comprometer ou favorecer a sua qualidade de vida e da própria família como um todo.

Tem como objectivo conhecer o impacto da revelação de teste da seropositividade e suas consequências no seio do casal

Procedimentos: Será feito através dos casais que se apresentarem as consultas de doenças crónicas (TARV) na primeira consulta e nas consultas seguintes. Nestas circunstâncias, os casais serão pedidos a participar livremente no estudo, esclarecendo antecipadamente sobre os objectivos do estudo e a congruência deste. O recrutamento e as entrevistas serão realizados pela investigadora. Os casais seleccionáveis participaram na pesquisa e as entrevistas serão em conjunto (os dois parceiros).

Riscos e benefícios: relativamente aos benefícios e riscos, estes estarão expressos por escrito e serão informados aos participantes do estudo por meio de um documento escrito, no qual estes poderão assinar em demonstração da sua concordância em participar.

Confidencialidade: no referente a confidencialidade, toda a informação relacionada com os participantes, assim como os arquivos que conterem nomes e outras formas de identificações, tais como formulários de consentimento, serão armazenados num armário trancado em local seguro com acesso limitado apenas ao pessoal envolvido na pesquisa

Voluntariedade: a participação é voluntária, de salientar que os participantes na pesquisa poderão desistir do estudo em qualquer fase e por qualquer motivo. A equipa de pesquisa irá apagar todos os dados referentes aos participantes que desejarem desistir do estudo.

Em caso de insegurança podem entrar em contacto com Dr. Háchimo Chagane através do nº 842559410 ou dra. Lucena Muianga 824101707

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o Sr.(a)-----
portador(a) do BI. Numero-----, após a leitura minuciosa das informações
constantes nesta **Folha de Informação ao Participante**, devidamente explicada pelos
profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será
submetido(a), não restando quaisquer duvidadas a respeito do lido e do explicado, firma-se sua
Folha de Informação concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar
sua INFORMAÇÃO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações
prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força do sigilo profissional.

Por estarem acordados assinam o presente termo

Maputo, Abril de 2015

Assinatura do sujeito da pesquisa