

PERCEPÇÕES DE COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/SIDA

Alfredo Maposse¹ & Eliane Seidl²

¹Departamento de Psicologia e Centro de Estudos e Apoio Psicológico, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique, alfredo.maposse@uem.mz

²Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, seidl@unb.br

RESUMO: Esta pesquisa investigou as percepções de coesão e hierarquia familiar em pacientes que vivem com HIV/SIDA em atendimento ambulatorio em Maputo, Moçambique, no que se refere às representações típica e ideal. O estudo teve 16 participantes de ambos os sexos e usou as técnicas do genograma e do Teste do Sistema Familiar - FAST, uma técnica de aplicação espacial. Os resultados indicaram alta e crescente coesão familiar nas representações típica e ideal. Porém, a hierarquia apresentou-se decrescente nas díades da mãe com os filhos e a condição de HIV/SIDA pareceu exercer pouca influência nas percepções de coesão e hierarquia familiar dos participantes. A pesquisa contribuiu para ressaltar a necessidade de mais atenção às constelações familiares no atendimento a pacientes com HIV/SIDA, no sentido de encontrar estratégias que fortaleçam o apoio familiar que de forma ‘natural’ é característico das famílias moçambicanas guiadas por valores e condutas geralmente coletivistas. Contudo, mais pesquisas congêneres e com amostras maiores precisam de ser realizadas para melhor compreensão das associações identificadas no presente estudo.

Palavras-chave: coesão familiar, hierarquia familiar, família, HIV/SIDA.

PERCEPTIONS OF COHESION AND FAMILY HIERARCHY IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

ABSTRACT: This research investigated family perceptions about cohesion and hierarchy amongst HIV/AIDS patients under ambulatory care in Maputo - Mozambique. Sixteen participants, both male and female were involved in the study, which was conducted using the genogram technique and the Family System Test, a spatial application technique. The results indicated high and growing scores of family cohesion in both typical and ideal representations. Nevertheless, hierarchy showed a decreased growth from typical to ideal, especially on mother and siblings dyads, and the HIV/AIDS illness seems to have less influence in the perception of cohesion and hierarchy among the family members. The research contributed to highlight the need for

□ Av. Julius Nyerere, nº 3453, Campus Principal, UEM. Telefone: +258 842134210 - email: alfredo.maposse@uem.mz

more attention to the family constellations in the care of patients with HIV / AIDS, in order to find strategies that strengthen family support that is characteristic of Mozambican families guided by collectivist values and behaviors. However, more congeners studies and larger samples need to be performed to better understand the associations identified in the present study.

Keywords: family cohesion, family hierarchy, family, HIV/AIDS.

Recebido em 28 de Janeiro de 2019/ Aceite em 02 de Junho de 2019

O impacto psicológico, social e económico do HIV/SIDA é largamente conhecido, quer em indivíduos, famílias, comunidades e países. De igual forma, a literatura que aborda os constructos do funcionamento familiar (coesão e hierarquia) vem sendo desenvolvida por diferentes estudiosos (De Antoni, Teodoro, & Koller, 2009; De Antoni, 2005; Eryuksel, Marti, Smith, & Gehring, 2005; Feldman & Gehring, 1988; Gehring, Debry, & Smith, 2001; Gehring, Marti, & Sidler, 1994).

No entanto, apesar da produção científica de estudos no campo do HIV/SIDA e sobre coesão e hierarquia em famílias, ainda são raras, se não inexistentes, pesquisas que estudaram a coesão e a hierarquia de pessoas vivendo com HIV/SIDA nas famílias, quer na literatura internacional quer moçambicana, mesmo considerando que cerca de 11,5% da população de Moçambique padece da doença, segundo dados do Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (ONUSIDA, 2013).

Neste contexto vislumbra-se importante e oportuno uma pesquisa que investigue e traga à superfície as percepções de coesão e de hierarquia que este grupo populacional têm em virtude da sua condição de saúde, pois a vivência com um membro familiar infetado e/ou doente de HIV/SIDA gera transformações no indivíduo e na família que impactam os constructos de coesão e de hierarquia familiar - estrutura familiar em última análise. Assim, este estudo objetivou analisar as percepções de coesão e de hierarquia familiar de pessoas que vivem com HIV/SIDA, quanto às representações típica e ideal.

Família

Tradicionalmente, as famílias eram pensadas como geneticamente relacionadas e circunscritas à consanguinidade (Viera, Góes, & Gusmão, 2010). Atualmente, as famílias são definidas de maneira mais ampla. Esta amplitude é vasta e inclui desde famílias que seguem o modelo tradicional (pai, mãe e filhos), até casais que partilham os cuidados dos filhos e da organização familiar, mulheres e homens que assumem sozinhos o sustento financeiro da família (monoparentalidade), famílias reconstituídas/recasadas, casais sem filhos, casais homossexuais, casais com filhos adotivos, casais vivendo em casas separadas, entre outras formas familiares (Oliveira, Siqueira, D' Aglio, & Lopes, 2008). Assim, influenciada pelas novas configurações, a família atual é caracterizada por redefinições de papéis, hierarquia e sociabilidade, permitindo diferentes formatos familiares que estão centrados na valorização da solidariedade, da fraternidade, da ajuda mútua, nos laços de afeto e de amor, em detrimento da exigência de consanguinidade (Oliveira et al., 2008).

Conceitualmente, o termo 'família', segundo Chadda e Deb (2013), deriva do latim "famulos", denotando o estabelecimento dos cuidados da casa e refere-se ao grupo de indivíduos que vivem juntos durante fases importantes de suas vidas e ligados um ao outro por laços biológicos e/ou por relacionamentos sociais e psicológicos. O grupo inclui, também, pessoas em uma relação social corrente aparentemente de carácter sexual, suficientemente precisa e duradoura para permitir a procriação e o cuidado dos filhos. O grupo família, segundo De Antoni et al. (2009) e De Antoni

COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM HIV/SIDA

(2005), é formado por pessoas unidas por um parentesco e/ou por se considerarem integrantes da família. Minuchin e Fishman (1990) definem família como um grupo natural que ao longo do tempo desenvolve padrões de organização que formam a estrutura familiar, e esta governa o funcionamento dos membros e define os comportamentos e interações.

Num olhar mais africano, Iwelunmor, Airhihenbuwa, Okoror, Brown e Belue (2006) assinalam que família representa círculos concêntricos do entorno social do indivíduo e carrega um imenso potencial de forças e apoios em momentos de necessidades e crises. A característica fundamental do sistema familiar africano é uma forte ligação emocional entre os membros e promove-se a partilha e a dependência mútua. Estas ligações não incluem somente os membros da família biológica mas, também, a família alargada que pode incluir filhos, primos, tios, tias, avós, amigos e vizinhos. Honwana (2002) afirma que, em Moçambique como em toda a África, a família integra os vivos e os mortos e inclui a relação com a comunidade histórica, geográfica e sociocultural. Portanto, neste contexto, a família incorpora um sentido mais amplo e inclui a esfera transcendental dos vivos, o que lhe confere um sentido mítico-cultural, que controla e orienta a conduta dos membros familiares. No entanto, esta conceção tradicionalista está sujeita a choques e transformações, muitas vezes resultantes do cruzamento com os ideais de globalização e do desenvolvimento. A ideia do desenvolvimento muitas vezes carrega uma visão unidirecional e desigual, significando o ensino e assimilação de culturas de povos considerados civilizados em detrimento de culturas próprias de certos povos normalmente tidos como subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Família e HIV/SIDA

Pequegnat et al. (2001) consideraram a SIDA uma doença familiar. Os autores notaram que em cada uma das aproximadamente 700.000 pessoas diagnosticadas com SIDA nos EUA havia sempre a presença de constelações familiares de pai, irmãos, parceiro e uma união de membros afetados psicossocialmente. Contudo, apesar da importância da família no apoio aos membros com HIV/SIDA, os autores observaram que as pesquisas no campo da intervenção têm se concentrado mais no indivíduo e não no sistema familiar.

Murray, Kelley e Murray (2007) notaram que se a família for capaz de lidar efetivamente com a enfermidade, ela verá as exigências para lidar com o doente como manejáveis e pode desenvolver um sistema de significados coerente e adaptativo, relacionado às condições e desafios de saúde. Thompson (2009), por sua vez, observou que ter amigos e familiares com visão positiva e que fornecem apoio social e familiar era importante para criar um senso de normalidade e confiança em pessoas com doença crónica. De forma concordante, as pesquisas de Li et al. (2006) e Maman, Rooyen e Groves (2013) revelaram que o apoio familiar em pessoas infetadas pelo HIV é fundamental para a revelação do diagnóstico e para o tratamento dos pacientes.

Coesão e hierarquia familiar

O conceito de coesão e hierarquia familiar tem como base a Teoria Estrutural da Família (TEF) de Salvador Minuchin. Contudo, Smith (1996) observou que os constructos derivados da TEF de Minuchin são abstratos e não estão estritamente ligados a uma descrição comportamental concreta necessária para o desenho de uma pesquisa consistente. Assim, os estudos sobre coesão e hierarquia familiar surgem como alternativa operacional.

O conceito de coesão é definido como proximidade afetiva entre os membros familiares e envolve relações de amizade, de união e de pertença ao grupo (De Antoni et al., 2009; De Antoni, 2005; Bowers et al., 1992; Feldman & Gehring, 1988; Gehring et al., 2001; Smith, 1996; Wood &

Talmon, 1983). A coesão é relacionada linearmente com o desenvolvimento saudável da família e o funcionamento familiar adequado é promovido pela relação próxima entre o casal, entre pais e filhos e entre irmãos. Ao contrário, famílias conflituosas demonstram baixa coesão entre seus membros e coalizões entre gerações (De Antoni et al., 2009). Feldman e Gehring (1988) definem coalizão como a união entre dois ou mais membros familiares de subsistemas diferentes (pais e filha ou mãe e filho) contra um membro da família.

O conceito de coesão reúne consenso quase total sobre o seu significado, em termos práticos e teóricos entre pesquisadores e clínicos. Contrariamente, o conceito de hierarquia não é tão claro. Este engloba aspetos tais como: quem toma decisão? Quem determina os limites? Quem tem influência? O significado real que este conceito tem nos respondentes não é sempre consistente e necessita de mais aprofundamento (Gehring et al., 2001; Gehring & Marti, 1993). Conceitualmente, a hierarquia tem sido definida como estrutura de poder, envolve a influência, controlo e adaptabilidade, e está relacionada ao controlo e ao poder decisório, seja em eventos quotidianos ou em situações adversas. O domínio de uma pessoa é relacionado à habilidade de mudar papéis e regras no grupo e o exercício de poder é adaptativo quando auxilia a manter o equilíbrio no sistema familiar (De Antoni et al., 2009; Feldman & Gehring, 1988).

O funcionamento familiar saudável tem sido identificado por dois aspetos com relação à hierarquia: o relacionamento do casal de forma igualitária e os pais tendo mais poder e influência do que seus filhos, mas com certo grau de flexibilidade com relação às mudanças no desempenho de papéis e nas regras existentes (De Antoni et al., 2009; Feldman & Gehring, 1988; Gehring & Marti, 1993). Assim, estes autores notaram que apesar da inconsistência do conceito de hierarquia, clínicos e pesquisadores concordam que famílias funcionais têm fronteiras geracionais claras, de tal modo que a díade pai-mãe seja mais coesa do que as díades formadas pelos pais e filhos.

No que concerne à avaliação quantitativa, a coesão é baseada na distância entre as figuras no tabuleiro do FAST e a hierarquia é avaliada pela diferença de altura entre as representações dos membros da família tendo em conta a posição vertical das figuras em relação uma à outra. Na avaliação da coesão, o funcionamento saudável de uma família foi relacionado a configurações muito próximas.

A coesão e hierarquia podem ser avaliadas tendo em consideração as representações: típica (situação atual da família); ideal (situação desejada); conflitual, bem como representações passadas (Gehring et al., 2001; Gehring & Marti, 1993). No que concerne à designação dos escores de coesão e hierarquia, estes classificam-se em baixa, média e alta e a combinação dos resultados da coesão e da hierarquia resulta na estrutura familiar e esta pode ser designada em: equilibrada (balanced) quando a família é funcional; instável (instable) quando a família apresenta oscilações e desequilibrada (unbalanced) quando a família é disfuncional.

A coesão e a hierarquia são variáveis independentes entre si e há evidências da validade destes constructos avaliados em diferentes situações ou representações e em diferentes culturas (Gehring et al., 2001; Gehring & Marti, 1993; Marti, Kappler, Eryuksel, & Gehring, 2004). Em um estudo com uma amostra branca europeia de classe média, Gehring e Marti (1993) encontraram famílias coesas e moderadamente hierárquicas na representação típica. Na representação ideal encontraram maior coesão e diminuição da estrutura hierárquica e a representação conflitual foi marcada por baixa coesão e baixa hierarquia familiar. Em outro estudo com amostras do Brasil com famílias economicamente debilitadas, Marti et al. (2004) observaram menor coesão e alta hierarquia familiar na situação típica do que na ideal e o inverso foi observado com amostra de famílias economicamente estáveis.

Por outro lado, Eryuksel, Smith, Marti e Gehring (2005), na Turquia, em um estudo envolvendo crianças e adolescentes de famílias economicamente em desvantagem e outras bem sucedidas encontraram, em geral, famílias coesas e pouca diferenciação hierárquica na rerepresentação ideal do

COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM HIV/SIDA

que na típica, mas notaram variação da coesão e da hierarquia com a idade, sexo e status socioeconómico, sendo que as crianças mais velhas representaram a família ideal mais coesa e menos hierárquica, os homens representaram maior diferenciação de poder do que as mulheres; e as crianças de famílias pobres representaram as relações com os pais como menos coesas e altamente hierárquicas na rerepresentação típica, sendo que o contrário foi observado em famílias economicamente estáveis.

MÉTODO

Este é um estudo com delineamento quantitativo e qualitativo, baseado na recolha de dados empíricos no Hospital Militar de Maputo, concretamente no Centro Integrado de Cuidados e Tratamento (CICTRA). A disponibilidade de serviços de atendimento a pessoas com HIV/SIDA, a localização geográfica, bem como, a proximidade de relações que o pesquisador tinha com a equipa técnica do hospital foram as razões da escolha deste local.

Participantes

Foram selecionados 16 participantes seropositivos de ambos os sexos, por conveniência, desde que reunissem critérios tais como: estar inscrito/a na unidade sanitária a, pelo menos, três meses; completar ou ter 20 anos de idade no ano da pesquisa e não exceder 35 anos de idade e não estar separado/a da família por um período superior a um ano. Os participantes foram designados pela letra P seguido de número de ordem.

A idade dos participantes variou de 25 a 35 anos. Dos 16 participantes, cinco não tinham a figura de pai na família e dois a de mãe. O agregado familiar variou de quatro a 14 membros. Em termos de escolaridade, os homens apresentaram os níveis mais baixos (primário e secundário) e as mulheres os mais altos. Profissionalmente, sete participantes estavam desempregados, dois eram comerciantes e os restantes faziam trabalho assalariado. Na revelação do diagnóstico de HIV, três participantes disseram que não tinham revelado para nenhum membro da família, sete tinham revelado a toda família, um somente ao pai e cinco apenas ao parceiro/a. Na categoria “família de proveniência”, oito participantes viviam na família de origem, três nas famílias de casamento, quatro na família nuclear e apenas um era de família reconstituída/recasada. Quanto à situação conjugal, quatro participantes informaram que eram casados/as, uma era divorciada, três separadas, sete em união marital e uma informou que era viúva. Os participantes que estavam separados, divorciados e viúva informaram que a infeção e/ou doença do HIV/SIDA propiciou a atual situação conjugal em que se encontravam. Todos os participantes tinham entre um a três filhos, com exceção de P2 que tinha seis filhos.

Material

Os instrumentos usados na pesquisa foram o Genograma e o Teste do Sistema Familiar (FAST). O genograma é uma representação gráfica ou mapa da família. Costa (2013) e Kennedy (2010) consideram o genograma uma representação gráfica aparentemente simples e universal de uma família, diferente de uma árvore genealógica, e comporta uma multiplicidade de informação, tais como: relações biológicas, sociais e emocionais; relações familiares e historial médico, e inclui todos os membros da família nuclear e alargada, como também elementos significativos que não sejam necessariamente familiares, até mesmo instituições e animais.

Teste do sistema familiar

O teste do sistema familiar (FAST) é derivado da clínica para representar as relações familiares de forma espacial (Feldman & Gehring, 1988; Gehring et al., 2001). O FAST representa um avanço nas técnicas de avaliação espacial pois pode ser usada com pais e filhos de forma interativa ou individual e garante uma uniformidade na avaliação dos membros da família nos constructos interpessoais. O FAST não requerer habilidades de escrita nem de leitura, pode ser usado com todo tipo de populações, a partir de crianças na idade escolar em diante, bem como em culturas e contextos diferentes. O teste avalia a família sob várias condições atuais – típica, ideal, conflitual –, bem como em situações passadas.

Em termos de materiais, o teste era composto por um tabuleiro de formato quadrangular 45 x 45cm, dividido em 81 quadrados 9x9, de 5x5cm cada. Faziam ainda parte do teste, 12 esculturas de madeira com convenções masculino e feminino com oito cm de altura, blocos cilíndricos de 1,5cm, 3 cm e 4,5cm de altura (Figura 1).

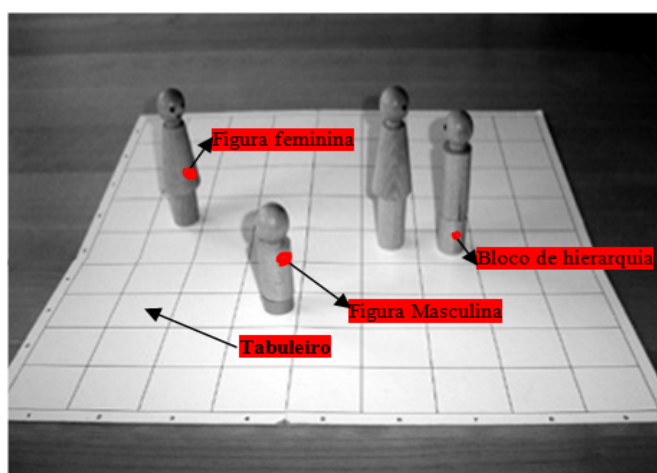


Figura 1.
Materiais do Teste do Sistema Familiar (Gehring, 1988)

Procedimento

Antes do início da pesquisa, o projecto teve aprovação ética pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde do Ministério da Saúde, bem como foi credenciado pela unidade hospitalar onde ocorreu a pesquisa. A pesquisa iniciou da mesma forma para todos os participantes. Primeiro explicou-se a natureza do estudo, os objectivos, benefícios, riscos, o carácter sigiloso e voluntário e o direito à recusa ou interrupção da participação e foram esclarecidas possíveis dúvidas e/ou receios.

O genograma foi o primeiro a ser construído com recurso a entrevista não estruturada, papel A4 e caneta. Para além da imagem esquemática, o genograma permitiu a recolha de dados sociofamiliares, tais como idade, profissão, situação conjugal, padrões de relacionamento familiar, agregado familiar, escolaridade, família de proveniência e a contribuição financeira na família.

A construção do genograma iniciou, com a questão: “*Para começar, gostaria de conhecer a sua família, peça que me fale das pessoas que fazem parte da sua família começando pelos mais velhos*”. Depois de produzido o esboço esquemático, fez -se a pergunta: “*Como é a sua relação com cada um dos membros da família?*”?

COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM HIV/SIDA

Depois do genograma seguiu-se a administração do FAST. Cada participante foi avaliado em representação típica ("como é a sua família?") e depois a ideal ("como gostaria que a sua família fosse?"), antecedido por uma explicação e exemplificação sobre como proceder com o FAST.

Para todos os participantes, a questão de início foi "quem são os membros da sua família?". Esta pergunta era para o participante separar do conjunto das esculturas aquelas que representavam sua família, identificando o nome de cada membro ao separar. Devido a existência de famílias relativamente largas, orientou-se aos participantes que incluíssem apenas os membros da família com os quais mantinham contactos frequentes (saúdavel ou conflituoso) ou aqueles com quem tinham uma ligação afectiva importante, mesmo que distantes fisicamente.

Na avaliação da coesão na representação típica fez-se a pergunta: "como é que é a sua família?" e, em seguida foi avaliada a hierarquia na mesma representação com a pergunta: "como é o poder ou influência na sua família?". A pergunta sobre a hierarquia foi apresentada de várias formas, mas sempre no sentido de encontrar o melhor entendimento para que o participante posicionasse os blocos cilíndricos em conformidade ao poder ou influência percebida em cada membro da família. Para a representação ideal, as perguntas iniciaram acrescentando "como gostaria que....?".

Análise de dados

Para a análise foram criadas quatro categorias de representações e seis díades validadas, como mostra o Quadro 1. Em termos de conteúdos foram considerados os dados sociofamiliares e demográficos colectados através do genograma, a dispersão dos membros familiares no tabuleiro do FAST e os dados numéricos da coesão e da hierarquia familiar.

A interpretação dos dados foi feita com base na análise clínica dos padrões interaccionais (dados do genograma e dispersão dos membros familiares no FAST) e análise estatística dos dados numéricos por meio da introdução destes num processador electrónico para o cálculo dos valores da coesão e da hierarquia em díades. Os escores de coesão variam de 0,7 a 11, onde 0,7 corresponde à coesão mais baixa e 11 à coesão mais alta. No caso da hierarquia, os escores variam de zero para hierarquia baixa a três ou mais, para a hierarquia alta. Um membro poderoso na família pode ser representado pelo bloco correspondente a três pontos ou pela sobreposição de dois ou mais blocos. Os resultados de cada participante foram transferidos para o programa SPSS juntamente com os dados sociofamiliares e demográficos, tendo se efectuado análises descritivas: média, moda, mediana e desvio-padrão, bem como o cruzamento de variáveis com recurso ao *crosstabulation*.

Quadro 1.

Categorias de Representações e Díades Correspondentes

Representações	Díades					
Coesão na Representação Típica - CRT	pai/mãe	pai/P	pai/M2	mãe/P	mãe/M2	P/M2
Coesão na Representação Ideal - CRI	pai/mãe	pai/P	pai/M2	mãe/P	mãe/M2	P/M2
Hierarquia na Representação Típica - HRT	pai/mãe	pai/P	pai/M2	mãe/P	mãe/M2	P/M2
Hierarquia na Representação Ideal - HRI	pai/mãe	pai/P	pai/M2	mãe/P	mãe/M2	P/M2

Nota: P = participante; M2 = irmão/ã do participante

RESULTADOS

Os dados demográficos e sociofamiliares mostraram que havia mais mulheres ($n=10$) do que homens na pesquisa e as mulheres, apesar de estarem em vantagem numérica, estavam relativamente em desvantagem nas categorias de profissão e contribuição financeira na família, isto é, as mulheres eram mais dependentes do que os homens. Em dez mulheres seis estavam desempregadas sem contribuição financeira na família; quanto aos homens, apenas um participante dos seis estava desempregado no momento da pesquisa. No entanto, as mulheres eram mais escolarizadas do que os homens (Quadro 2).

Quadro 2.

Dados Demográficos e Situação Sociofamiliar dos Participantes ($N=16$)

P	Sexo	Idade	Situação empregatícia	Situação Conjugal	Escolaridade	Revelação do Diagnóstico	Contribuição Financeira
1	M	31	Vendedor	Un. Marital	Primário	Todos sabem	Contribui
2	M	35	Militar	Casado/a	Secundário	Parceiro/a	Contribui
3	M	25	Desempregado	Un. Marital	Primário	Todos sabem	Não contribui
4	F	35	Desempregada	Divorciado/a	Secundário	Todos sabem	Não Contribui
5	F	32	Secretária	Casado/a	Médio	Todos sabem	Contribui
6	F	35	Desempregada	Separado/a	Superior	Ninguém sabe	Não contribui
7	M	35	Pedreiro	Un. Marital	Primário	Todos sabem	Contribui
8	F	30	Administrativa	Separado/a	Médio	Os pais	Contribui
9	F	32	Desempregada	Un. Marital	Médio	Parceiro/a	Não contribui
10	M	35	Vendedor	Casado/a	Primário	Parceiro/a	Contribui
11	F	28	Desempregada	Casado/a	Primário	Parceiro/a	Não contribui
12	F	30	Desempregada	Un. Marital	Secundário	Todos sabem	Não contribui
13	F	35	Desempregada	Viúvo/a	Primário	Ninguém sabe	Não contribui
14	F	35	Secretária	Un. Marital	Médio	Parceiro/a	Contribui
15	F	35	Secretária	Separado/a	Médio	Todos sabem	Contribui
16	M	28	Marinheiro	Un. Marital	Secundário	Ninguém sabe	Contribui

No que concerne à revelação do diagnóstico, três dos 16 participantes mantinham o segredo do serostatus (pelo menos no seio da família) e 13 deles o revelaram total ou parcialmente. Os participantes que revelaram o serostatus de forma parcial eram na sua maioria de famílias nucleares e reconstituída que viviam com filhos menores, e regra geral, a revelação do diagnóstico de HIV positivo dos pais aos filhos pequenos constitui uma dificuldade para ambos (pais e filhos) e, muitas vezes, os pais optam pela não revelação.

O Quadro 3 mostra os resultados (média e desvio-padrão) de coesão e hierarquia familiar nas representações típica e ideal dos participantes. Em geral os dados apontaram a ocorrência de famílias coesas e moderadamente hierárquicas e o HIV teve pouca influência na percepção de coesão e hierarquia familiar, sendo que ambos (coesão e hierarquia) revelaram um crescimento inversamente proporcional comparando as duas representações (representação típica - RT e representação ideal - RI). A coesão variou de moderada a alta na RT com uma média global de 9,8. Na RI, a média global foi alta, situando-se em 10,5. Contrariamente, a hierarquia foi moderada a

COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM HIV/SIDA

baixa, em termos absolutos. Na RT a média foi de 1,5 (hierarquia média) e na RI a média foi de 1,35 (hierarquia baixa).

Quadro 3.

Médias e Desvios-padrão da Coesão e da Hierarquia nas Representações Típica (RT) e Ideal (RI) nas Díades

Variáveis		Pai/Mãe	Pai/P	Pai/M2	Mãe/P	Mãe/M2	P/M2
Coesão RT	Média	9,9	9,9	9,3	10,3	9,6	10
	DP	1,4	1,3	1,3	0,8	2,1	1,6
Coesão RI	Média	10,7	10,6	10,5	10,3	10,3	10,6
	DP	0,48	0,48	0,45	0,93	1,3	0,54
Hierarquia RT	Média	1,7	1,5	1,7	1,5	1,6	0,8
	DP	1,3	1,4	1,3	2,0	2,2	0,9
Hierarquia RI	Média	1,9	2,0	1,9	0,9	0,7	0,7
	DP	1,2	1,6	1,9	1,7	2,0	0,9

De forma contrária, na percepção de hierarquia familiar (poder), as díades que envolveram a mãe com os filhos registaram um decréscimo significativo da RT para RI, saindo da hierarquia moderada na RT para baixa na RI. As díades da mãe com P e mãe com M2 tiveram médias de 1,5 e 1,6 na RT, mas na RI decresceram para 0,9 e 0,7, respectivamente. As díades dos pais com P e pais com M2, apesar de terem mantido a hierarquia moderada, registaram um ligeiro aumento (RT = 1,5 e 1,7; RI = 2 e 1,9), o que reitera a diferenciação baseada no género, onde se espera que as mães sejam mais carinhosas e emocionalmente mais próximas dos filhos/as principalmente em situações de doença, daí que nas mães ideais espera-se mais proximidade afectiva reflectida em menos barreiras hierárquicas, diferentemente dos pais dos quais se espera mais hierarquia e poder, eventualmente menos afecto.

Entre os irmãos (P e M2) as relações foram percebidas como coesas e com pouca diferenciação hierárquica nas duas representações (RT = 0,8 e RI = 0,7). No tocante aos pais entre si, também ocorreram relacionamentos moderadamente coesos, no entanto, na hierarquia a figura de pai teve relativamente mais poder do que a de mãe.

DISCUSSÃO

Apesar da não representatividade dos dados sociodemográficos do presente estudo, tendo em vista que os participantes foram selecionados por conveniência e eram em número reduzido, estes vão ao encontro de dados oficiais do país que apontam para uma maior prevalência de HIV e SIDA entre as mulheres (IEPVHIV/SIDA, 2013), facto que pode ser explicado, em parte, pelos factores de natureza biológica da mulher, pois estas são biologicamente mais vulneráveis comparativamente aos homens no que tange ao risco de infecção pelo HIV (Gari, 2014). Aliada à vulnerabilidade biológica, há que considerar também a pobreza, principalmente nas mulheres, que muitas vezes as levam a usar o próprio corpo, por via da prostituição, como forma de geração de renda.

Há que considerar ainda os ideais da globalização – que interferem e desestruturam os aspectos de natureza cultural naturalmente protectivos na relação entre homens e mulheres – e as práticas culturais, por meio da sugestão de práticas exógenas à cultura, tais como combate à poligamia, emancipação e independência das mulheres, muitas vezes mal compreendidas (Oyewumi, Kotanyi, & Krings-Ney, 2009). As sugestões emanadas pela globalização no concernente às relações conjugais em algumas famílias moçambicanas resultam no aumento dos conflitos conjugais e,

consequentemente, no aumento dos casos de divórcios e separações, o que coloca as pessoas na possibilidade de iniciar um novo relacionamento (conjugal ou extraconjugal) com maior probabilidade de infecção pelo HIV.

Ademais, no presente estudo, as desvantagens/vantagens baseadas no género perpetuaram-se nas categorias de emprego: as mulheres estavam mais desempregadas, sem fonte de rendimento, enquanto que os homens, apesar de estarem em menor número apresentaram-se empregados e/ou com alguma fonte de rendimento, o que em parte ilustra o domínio da divisão tradicional do trabalho, onde a mulher tende a actuar mais no campo doméstico (intrafamiliar) e o homem no trabalho fora de casa, geralmente assalariado (Ferreira et al., 2012).

No que se refere à revelação do diagnóstico, o dado mostra, em parte, um crescimento na tomada de consciência das pessoas vivendo com HIV/SIDA quanto à partilha da sua condição de saúde com a família, pois é na família onde se busca o apoio fundamental para fazer face ao HIV e SIDA. Ademais, é na família onde se encontra o apoio mais significativo de natureza psicossocial, emocional e económico, facto que é sustentado por Li et al. (2006) ao considerarem que a revelação do diagnóstico pode resultar num maior apoio familiar que, por sua vez, tem efeitos positivos no bem-estar psicológico do paciente. Em outra perspectiva, observou-se que o relacionamento familiar conflituoso pode ter influência negativa na saúde física dos pacientes, mesmo sob tratamento antirretroviral, como afirmou P3, um dos participantes, que tinha revelado o diagnóstico para todos os membros da família:

...não me sinto protegido, gostaria de me sentir seguro, com pessoas que possam lutar por mim, gostaria de alugar uma casa para fugir dos problemas que tenho em casa (silêncio), não consigo recuperar meus quilos devido aos problemas que tenho na minha família.

A situação deste participante mostrou que o tratamento antirretroviral desprovido de apoio familiar ou com apoio familiar instável pode comprometer a melhoria da saúde física e psicológica do paciente.

A análise combinada da coesão e da hierarquia, adotada no estudo, denunciaram, mais uma vez, a diferenciação hierárquica com base no género. Os homens simbolizam as figuras de ‘poder’ e as mulheres as figuras de ‘amor’ e de cuidado da família. As relações entre mães/P e mães/M2 (irmão/ã do paciente) foram representadas na RT e na RI com coesão alta pelos participantes (P), diferentemente das díades que envolviam os pais, sendo P e M2 filhos na maioria das famílias estudadas. Isto mostra que a figura da mãe é vista como tendo responsabilidades emocionais e de cuidados da família acrescidas comparativamente aos pais, principalmente perante membro(s) da família que estejam enfermos ou tenham passando por outras situações delicadas, como mostrou também a pesquisa de Leask, Elford, Bor, Miller e Johnson (1997).

Estes cenários, particularmente no tocante à coesão familiar, revelaram que os participantes percebiam suas famílias como coesas e gostariam, ainda, que elas permanecessem e/ou fortalecessem a coesão familiar, o que é apoiado por pesquisas com pacientes seropositivos (Gari, 2014; Li et al., 2006), mas com o diferencial de que as pesquisas anteriores não determinaram o nível de coesão ou união familiar percebido por pacientes com HIV e SIDA, um aspecto que este estudo procurou dar um enfoque específico.

Em termos de estruturas familiares, viu-se que na RT quer a coesão quer a hierarquia foram moderadas. A estrutura familiar resulta do valor da coesão com o da hierarquia. Assim, do cruzamento do resultado da coesão moderada com a hierarquia também moderada resultou em estruturas familiares globais equilibradas (*balanced*), revelando a ocorrência de famílias funcionais, o que coloca o HIV/SIDA com pouca influência nas dinâmicas familiares em geral.

Na RI contrariamente, a estrutura resultante foi desequilibrada devido à hierarquia baixa registrada nas díades mãe/P e mãe/M2. Esses dados (referentes à RT) são corroborados por

COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM HIV/SIDA

pesquisas anteriores com populações não clínicas (Bowers et al.,1992; Feldman & Gehring,1988; Gehring & Marti,1993) que encontraram alta coesão e hierarquia média na RT em adolescentes com seus pais, bem como Eryuksel et al. (2005) que obtiveram resultados similares em populações economicamente estáveis na Turquia. No entanto, nesta pesquisa, a ocorrência da estrutura desequilibrada na RI não é representativa de relacionamentos familiares conflituais ou problemáticos, podendo se explicar pelo desejo de ver a mãe mais afectiva e possivelmente mais carinhosa, aliado ao papel mais maternal que ela desempenha, como também o factor idade e alguma independência financeira dos participantes, mas não uma questão de desrespeito pela mãe.

Importa observar ainda que, apesar dos participantes serem na sua maioria de classes economicamente desfavorecidas, isto pareceu não ter influência na percepção de coesão familiar, o que pode ser explicado, de certa forma, pela conduta cultural vigente, regra geral, de orientação colectivista, na qual a ajuda mútua é colocada em primeiro lugar. Chadde e Deb (2013) e Airhihenbuwa e Webster (2004) mostraram a importância das culturas colectivistas na família, principalmente a alargada, uma vez que esta (a família) tende a ser a mais relevante rede de segurança social: em momentos de doença, os membros da família são responsáveis pelo aprovisionamento dos cuidados e apoio material e emocional.

Apesar da falta de estudos com amostras de pessoas vivendo com HIV/SIDA, estudos com amostras não clínicas demonstraram a validade dos constructos em análise (Bowers et al.,1992; Feldman & Gehring, 1988; Gehring & Marti, 1993). Por outro lado, De Antoni et al. (2009) e Marti et al. (2005) encontraram resultados diferentes nas representações típica e ideal na hierarquia, tendo as famílias se apresentado com coesão alta e hierarquia moderada.

De todo modo, a falta de pesquisas usando a técnica aplicada no presente trabalho em Moçambique e no continente africano, bem como a redução de pesquisas na arena internacional nos últimos 10 anos com o FAST, ao lado das fragilidades próprias do instrumento em captar certas peculiaridades culturais da composição e relacionamento familiar dos moçambicanos, são algumas das limitações deste estudo.

A coesão e a hierarquia familiar, bem como os aspectos culturais, são elementos essenciais para a compreensão da dinâmica funcional das famílias. Factores como o diagnóstico de HIV/SIDA, desemprego e outros estressores podem afectar drasticamente o funcionamento familiar. Porém, em algumas famílias e contextos estas variáveis podem se tornar fontes de solidariedade para com o membro acometido por HIV/SIDA, mobilizando o apoio necessário para o amparo do paciente, a depender dos valores culturais da família. Assim, nesta pesquisa evidenciou-se que a vigência de famílias geralmente alargadas e embasadas no ideal colectivista constituiu um amortecedor cultural para diminuir o *stress* psicossocial, emocional e aos efeitos das condições económicas que geralmente afectam os pacientes vítimas de HIV/SIDA. Deste modo, o factor doença em si revelou pouca influência negativa na percepção de coesão do grupo estudado, isto é, parece ter aumentado a solidariedade familiar e, conseqüentemente, propiciado maior coesão.

No entanto, com relação à hierarquia fica difícil atribuir as variações observadas ao factor HIV/SIDA, uma vez que outros factores como existência de emprego, que gera independência financeira, e a idade dos pacientes podem estar na origem do senso equilibrado de hierarquia entre participantes (filhos) e progenitores, aspecto que requer mais pesquisas. Por outro lado, o conceito ‘hierarquia familiar’ precisa ser mais investigado com trabalhos de profissionais para encontrar a melhor tradução semântica, quer na língua portuguesa, bem como nas línguas locais moçambicanas, uma vez que representa significados com intensidades diferentes para cada participante.

De modo geral, o estudo indicou que mais pesquisas com amostras maiores precisam ser conduzidas no país e em diferentes culturas ou tribos de Moçambique para identificar com maior precisão os efeitos do HIV/SIDA na coesão e na hierarquia familiar. Contudo, urge apurar a aplicabilidade do FAST. Por fim, a pesquisa contribuiu para ressaltar a necessidade de mais atenção

às constelações familiares no atendimento a pacientes com HIV/SIDA, no sentido de encontrar estratégias que fortaleçam o apoio familiar que de forma 'natural' é característico das famílias moçambicanas guiadas por valores e condutas geralmente coletivistas.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento do Programa de Mobilidade ALP, permitindo que o primeiro autor cursasse parte do seu mestrado, realizado na Universidade Eduardo Mondlane, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, Brasil.

REFERÊNCIAS

- Airhihenbuwa, C. O., & Webster, J. D. (2004). Culture and african contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*, 1(1), 4-13. doi:10.1080/17290376.2004.9724822
- Bowers, L., Smith, P. K., & Binney, V. (1992). Cohesion and power in the families of children involved in bully/victim problems at school. *Journal of Family Therapy*, 14(4), 371-387. doi:10.1046/j..1992.00467
- Chadde, R. K., & Deb, K. S. (2013). Indian family system: collectivistic society and psychotherapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(2), 299-309. doi: 10.4103/00195545.105555.
- Costa, R. P. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re)descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Revista Indagatio Didactica*, 5(2), 723-733.
- De Antoni, C. D., Teodoro, M. L. M., & Koller, S. H. (2009). Coesão e hierarquia em famílias fisicamente abusivas. *Universitas Psychologica*, 8(2), 399-412.
- De Antoni, C. D. (2005). *Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia.
- Eryuksel, G., Marti, D., Smith, P.K., & Gehring, T.M. (2005). The impact of poverty on family cohesion and hierarchy: Results of a Turkish study. In Gehring, T.M. & Smith, P. K. (Eds.) *Newsletter of the International Academy of Family Psychology*, 24, 15-27.
- Feldman, S. S., & Gehring, T. M. (1988). Changing perceptions of family cohesion and power across adolescence. *Child Development*, 59(4), 1034-1045. doi:10.2307/1130269
- Honwana, A. (2002). *Espíritos vivos: tradições modernas*. Maputo: Promédia.
- Gari, V. S. (2014). *Equity in access to HIV/AIDS services in Zambia: The role of social cohesion in HIV prevention and care*. Valencia: Basel.
- Gehring, T. M., Debry, M., & Smith, P. K. (2001). *The Family System Test (FAST): Theory and Application*. London and Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Gehring, T. M., Marti, D., & Sidler, A. (1994). Family System Test (FAST): Are parents' and children's family constructs either different or similar, or both? *Child Psychiatry and Human Development*, 25(2), 125-138. doi:10.1007/BF02253291
- Gehring, T. M., & Marti, D. (2004). Evaluation of economically disadvantaged families. *Family Focus (Newsletter of NCFR)*, 24, 32-33.

COESÃO E HIERARQUIA FAMILIAR EM HIV/SIDA

- Gehring, T. M., & Marti, D. (1993). The architecture of family structures: toward a spatial concept for measuring cohesion and hierarchy. *Family Process*, 32(1), 135-139. doi:10.1111/j.1545-5300.1993.00135.x
- Iwelunmor, J., Airhihenbuwa, C.O., Okoror, T.A., Brown, D.C., & Belue, R. (2006). Family systems and HIV/AIDS in South Africa. *Community Health Education*, 27(4), 321-335. doi:10.2190/IQ.27.4.d
- Kennedy, V. (2010). Genograma. *MAI Review*, 3, 1-12.
- Kotanyi, S., & Krings-Ney, B. (2009). Introduction of culturally sensitive HIV prevention in the context of female initiation rites: an applied anthropological approach in Mozambique. *African Journal of Aids Research*, 8(4), 491-502. doi:10.2989/AJAR.2009.8.4. 13.1050
- Leask, C., Elford, J., Bor, R., Miller, R., & Johnson, M. (1997). Selective disclosure: A pilot investigation into changes in family relationships since HIV diagnosis. *Journal of Family Therapy*, 19(1), 59-69. doi:10.1111/1467-6427.00038
- Li, L., Wu, S., Wu, Z., Sun, S., Cui, H., & Jia, M. (2006). Understanding family support for people living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS Behavior*, 10(5), 509-517. doi:10.1007/s10461-006-9071-0
- Maman, S., Rooyen, H. V., & Groves, A. K. (2013). HIV status disclosure to families for social support in South Africa. *Aids Care*, 26(2), 226-232. doi:10.1080/09540121.2013.819400
- Marti, D., K  ppler, C., Eryuksel, G., & Gehring, T. M. (2004). Evaluation of economically disadvantaged families: The Family System Test (FAST). In T. M. Gehring & P. K. Smith, (Eds). *Newsletter of The International Academy of Family Psychology*, 23, 10-15.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1990). *T  cnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes M  dicas.
- Miller, A. M. F. T. (2011). *Instructor's Manual for Salvador Minuchin on Family Therapy with Salvador Minuchin, MD, and Jay Lappin, LCSW*. MillValley, CA: Psychotherapy.net.
- Murray, C. E., Kelley-Soderholm, E. L., & Murray, T. L. (2007). Strengths, challenges, and relationship processes among families of children with upper limb differences: A qualitative study. *Families, Systems, and Health*, 25(3), 276-292. doi:10.1037/10917527.25.3.276
- Nichols, M. P., & Swaltz, R. C. (2004). *Family therapy: Concept and methods*. Boston: Pearson.
- Oliveira, D., Siqueira, A. C., D' Aglio, D. D., & Lopes, R. C. S. (2008). Impacto das configura  es familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão da produ  o científica. *Intera  o em Psicologia*, 12(1), 87-98. doi:10.5380/psi.v12i1.9172
- ONUSIDA (2013). *  ndice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA. Moçambique: Relatório final – Resultados e metodologia*. Retirado de: <https://docplayer.com.br/1346614-Indice-de-estigma-de-pessoas-vivendo-com-hiv-sida-mocambique.html>.
- Pequegnat, W., Bauman, L. J., Bray, J. H., DiClemente, R., DiIorio, C., Hoppe, S. K., ... Szapocznik, J. (2001). Measurement of the role of families in prevention and adaptation to HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 5(1), 1-19. doi:10.1023/A: 1009557103659
- Thompson, J. J. (2009). *How chronic illness affects family relationships and the individual*. (Master Thesis). The Graduate School University of Wisconsin-Stout Menomonie.
- Viera, A. E. G., Goes, G.B., & Gusmão, M. (2010). *Aliena  o parental e a transmissão dos legados familiares entre gera  es: uma leitura sist  mica* (Curso de Pós-gradua  o em Psicologia Conjugal e Família). Faculdade Ruy Barbosa, Salvador, Bahia, Brasil.

- Wendt, N. C., & Crepaldi, M. A. (2007). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Revista Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310. doi:10.1590/S0102-79722008000200016
- Wood, B., & Tolmon, M. (1983). *Family boundaries in transition: A search for alternatives*. *Family Process*, 22(3), 347-357. doi:10.1111/j.1545-5300.1983.00347.x