



2016

UC/FPCE

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Comparação do Funcionamento Familiar em Doentes
com VIH/SIDA e Tuberculose: Estudo Exploratório no
Contexto Angolano**

António Sachindele Sacossengue
(e-mail: antoniosacossengue@gmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de
Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em
Sistémica, Saúde, e Família sob a orientação da Professora
Doutora Luciana Sotero

Comparação do Funcionamento Familiar em Doentes com VIH/ SIDA e Tuberculose: Estudo Exploratório no contexto Angolano

Resumo: O presente estudo tem como objetivo principal comparar o funcionamento familiar de doentes com VIH/SIDA e tuberculose no contexto Angolano. Para avaliar o funcionamento familiar foi utilizado o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes&Lask, 2010) numa amostra constituída por 100 sujeitos ($n=50$ doentes com VIH/SIDA e $n=50$ doentes com tuberculose). Foram posteriormente realizadas as análises descritivas dos itens e a consistência interna do instrumento, em ambas as subamostras. Para comparar o funcionamento familiar dos doentes com VIH/SIDA e com tuberculose utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independente. Os resultados revelaram que os doentes com VIH/SIDA apresentam um pior funcionamento familiar, quando comparados com os doentes com tuberculose. Este estudo tem como principal implicação promover o debate e a discussão sobre o VIH/SIDA, de modo a promover políticas de apoio social a estes doentes e às suas famílias.

Palavras-chave: Funcionamento Familiar; VIH/SIDA; Tuberculose; SCORE-15; Angola.

Family Functioning Comparison in patients with HIV/AIDS and Tuberculosis: Exploratory Study in the Angolan context

Abstract: This study aims to compare family functioning in patients with HIV/AIDS and tuberculosis in the Angolan context. To assess family functioning was used the *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15, Stratton, Bland, Janes & Lask, 2010) in a sample of 100 individuals ($n=50$ patients with HIV/AIDS $n=50$ patients with tuberculosis). It was made the descriptive analysis of items and internal consistency of the instrument in both subsamples. To compare family functioning of patients with HIV/AIDS and tuberculosis was used the *Student t* test for independent samples. The results showed that the patients with HIV/AIDS have a poorer family functioning, when compared with the tuberculosis patients. This study had the main implication promote debate and discussion about HIV/AIDS, in order to promote social support policies for these patients and their families.

Key Words: Family Functioning, HIV/AIDS, Tuberculosis, SCORE-15; Angola.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida.

À direção do Instituto Superior Politécnico Tundavala (ISPT), na pessoa da Professora Doutora Margarida Ventura, pela perspicácia e Magnanimidade em implementar o curso de mestrado em Psicologia, e à Universidade de Coimbra por ter abraçado o projecto dando-nos a oportunidade de obter conhecimentos nesta área de formação.

Aos Professores e Professoras da UC/FPCE, na pessoa da Professora Doutora Ana Paula Relvas, pela dedicação e esforço incansável em atravessar várias vezes o oceano em prol da formação do homem novo e à Professora Doutora Maria João Seabra, pelos ensinamentos e pela orientação durante o período de estágio, imensa gratidão.

À Professora Doutora Luciana Sotero pelos ensinamentos, rigorosidade, dedicação incansável, simplicidade e humildade, e paciência na sábia Orientação deste trabalho, o meu muito obrigado, somente Deus onipotente que provera esses benefícios.

À minha família, esposa e os meus filhos, razão das minhas lutas, fiz isso pelo imenso amor que sinto por vós, para vos transmitir exemplos de dedicação e sacrifícios a «maiêutica Socrática, Sei que nada sei».

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta etapa da minha formação em particular os meus colegas Emanuel, Menezes, Kawindima, Amélia, Arnadeth, Daniel, Kupessala, Elsa, Admilda, Sérgio, Keba, Evaristo, aí vai apressado de irmãos. A todos os meus colegas pela amizade e companheirismo muito obrigado.

A todas as minhas prestimosas Professoras da FPCEUC, os meus agradecimentos pela sapiência, dedicação na transmissão dos conhecimentos bem como orientações metodológicas que influenciaram para que eu chegasse ao final do Curso.

Ao Diretor geral do Hospital Central do Huambo, na pessoa da Dra. Deolinda de feliz memória, a Dra Celeste e a Dra. Augusta aí vai a minha gratidão. Não esquecendo os meus colegas da Direção Pedagógica do PUNIV-Kuito e finalmente a Direção do ICRA em nome do Pe. Fernando Tchimo e o Pe. Alberto Chingui Sambwale, por ter aceitado o meu pedido de conclusão do mestrado, o meu muito obrigado.

Meus Sinceros agradecimentos!

Índice

Introdução	5
I - Enquadramento Conceptual	6
1.1. O que é o VIH/SIDA? Definição, transmissão e tratamento.....	6
1.2. O que é a Tuberculose? Definição, transmissão e tratamento	7
1.3. O impacto da doença crónica no funcionamento familiar	9
II - Objetivos	11
III - Metodologia	12
3.1. Procedimentos de Seleção e Recolha da Amostra.....	12
3.2. Caracterização da Amostra.....	12
3.3. Instrumentos	15
3.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos	15
3.3.2. <i>Systemic Clinical Outcomes and Routine Evaluation</i>	15
3.3. Análises Estatísticas	16
IV - Resultados	16
4.1. Estatística descritiva dos itens do SCORE-15.....	16
4.1.1. Subamostra de Doentes com VIH/SIDA.....	17
4.1.2. Subamostra de Doentes com Tuberculose.....	18
4.2. Fiabilidade do Instrumento.....	19
4.3. Comparação do Funcionamento Familiar dos Doentes com VIH/SIDA e Tuberculose	20
V - Discussão	20
VI - Conclusões	23
Bibliografia	24
Anexo 1	28
Anexo2	29
Anexo3	30

Introdução

As doenças são definidas como um conjunto de sinais e sintomas específicos que afetam um ser vivo modificando o seu estado normal de saúde. Alguns autores consideram as doenças crónicas como uma crise ou ponto de viragem na vida do indivíduo (Moos & Schafer, 1984, citado por Ogden, 1999, p.71). Neste sentido, há vários estudos que apontam para o facto do indivíduo portador de doença crónica poder ter o seu desenvolvimento físico e emocional afetado, podendo apresentar desajustes psicológicos decorrentes da enfermidade e do tratamento (Bennet, 1994, citado por Castro & Piccinini, 2002). A confirmação do diagnóstico de uma doença crónica desencadeia igualmente mudanças, conflitos e desafios no funcionamento familiar, gerando inicialmente reações negativas (Bishop, 1994).

Notícias recentes referem que é muito provável que a prevalência da SIDA e da Tuberculose aumente crucialmente nos próximos anos em Angola (Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, 2014). Razão pela qual os estudos desenvolvidos em torno destas epidemias no contexto Angolano mereçam a atenção e o interesse por parte da comunidade científica e não só.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) emergiu nos anos oitenta (1980) nos Estados Unidos como uma epidemia avassaladora, associada sobretudo à comunidade homossexual (Mahler, 1986, citado por Jackson, 2004). A emergência desta epidemia teve um grande impacto na sociedade, superior ao de qualquer outra doença da atualidade, configurando-se assim como uma das doenças com maior peso na mortalidade e morbilidade em países desenvolvidos e do terceiro mundo (Vitorino, 2003). Assim, as referências à SIDA como a peste dos tempos modernos não podem ser consideradas sensacionalistas quando nos confrontamos com esta doença que infetou num curto espaço de tempo 50 milhões de pessoas, das quais 22 milhões já faleceram (UNAIDS, 2006 citado por Reis, 2007).

Em 2013 a tuberculose afetou em Angola 60.807 pessoas. Além disso, nesse ano, o país registou um aumento de 11% do número de casos de tuberculose relativamente a 2012 (MINSA, 2014), tendo-se sido considerada um problema de saúde pública. A tuberculose enquanto doença contagiosa e

potencialmente fatal é assim uma das doenças que mais tem preocupado as autoridades da área da saúde em todo o mundo, e em África em particular (OMS, 2004).

Tendo em conta a prevalência destas doenças em Angola, o presente estudo pretende comparar o funcionamento familiar de doentes com SIDA e Tuberculose avaliado pelo *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15 (SCORE-15)* (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014).

I. Enquadramento Conceptual

1.1 O que é o VIH/SIDA? Definição, transmissão e tratamento.

A SIDA é uma doença grave e contagiosa provocada por um vírus que destrói as defesas normais do organismo (Mahler, 1986, citado por Jackson, 2004). Esta doença apresenta características clínicas, imunológicas e virológicas distintas ao longo de todo o seu período evolutivo, conquanto possam variar entre hospedeiros e tipo de vírus. Todas as pessoas com diagnóstico de SIDA já são VIH positivos, mas nem todas as pessoas que vivem com VIH têm SIDA (Caetano, 2000). Tornar-se seropositivo não significa ter sida, isto é, a pessoa infetada pode permanecer em média 10 anos sem sintomas, desconhecendo que é portadora e pode transmitir o VIH (Mansinho, 2005). Após a transmissão do vírus vai desenvolver-se uma infeção crónica que evolui por várias fases clínicas, incluindo um longo período assintomático, que culminam na fase sintomática e na SIDA (Miranda, 2003). Este período sintomático vai caracterizar-se pela ocorrência de doenças oportunistas, inoficiosas, que constituem as principais causas de morbilidade e de mortalidade (Miranda, 2003). As infeções oportunistas mais frequentes em Portugal são frequentes também em Angola, tais como: a tuberculose pulmonar e extra-pulmonar, a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, a pneumonia bacteriana, a toxoplasmose cerebral, a meningite criptocócica, a candidose esofágica encefalopatia ou síndrome demencial da SIDA (disfunção cognitiva, motora e comportamental) (Miranda, 2003).

O VIH/SIDA pode ser transmitido através de relações sexuais no caso de um dos parceiros estar infetado, lâminas, seringas, agulhas, ou outros

objetos cortantes usados sem serem esterilizados, transfusão sanguínea se o sangue estiver infetado, da mãe grávida contaminada para a criança (Colombo, 2013). O VIH/SIDA não é transmitido pelo aperto da mão, o uso de talheres, por trabalhar e viver com um doente infetado na mesma casa.

Em Angola os factores determinantes na disseminação do VIH/SIDA baseiam-se sobretudo na elevada migração dos povos e numa urbanização feita com acentuados níveis de pobreza. Neste contexto a prostituição é muitas vezes um dos meios de sobrevivência, aumentando o VIH/SIDA (Relatório Nacional da Vigilância Epidemiológica de VIH e Sífilis, Angola, 2009, citado por Java, 2014).

Apesar da disponibilidade de um tratamento antivírico eficaz, ainda não há cura para a infeção (Miranda, 2003). O uso de Terapia Antirretroviral (TARV) tem vindo a demonstrar resultados positivos nos países em que os indivíduos infetados pelo VIH/SIDA têm acesso aos medicamentos. Os benefícios prendem-se com a redução significativa dos óbitos secundários à SIDA e com a diminuição da ocorrência de infeções oportunistas (Reis, 2007). Os objectivos deste tratamento consistem em prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infetadas, minimizar o risco de desenvolvimento da doença, resistir, preservar e reconstruir o nível imunológico (Reis, 2007).

Nos Hospitais e Centros de Saúde Angolanos há dias marcados para as vacinas e para a Educação Sanitária e não faltam as brigadas móveis para o mesmo efeito e seria um erro grave não apreciar estes serviços que protegem e defendem a Saúde do povo e das crianças em particular (Direção Nacional Saúde Contra Sida, 2014).

1.2. O que é a Tuberculose? Definição, transmissão e tratamento

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por um agente designado bacilo de Koch, descoberto no ano de 1882 pelo cientista Robert Koch, e que afeta, principalmente, os pulmões (Daniel, 2006). A tuberculose apresenta como principais sinais clínicos: tosse há mais de três semanas, perda de peso e de apetite, febre com suores noturnos, e cansaço fácil, podendo nalguns casos provocar dificuldades respiratórias e epistaxe, como consequências da existência de cavernas ao nível dos pulmões (Kritski & Melo, 2007, citado por Pina, 2013). Esta doença pode ainda ter impacto

noutros órgãos do corpo, tais como: os ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro) (Pina, 2013). A tuberculose é uma doença crónica que atinge diversas idades, embora se apresente com maior incidência e prevalência em pessoas idosas, provocando-lhes limitações de ordem física ou mental.

É uma doença contagiosa cuja transmissão, normalmente, ocorre através das vias aéreas. Vários autores descrevem a tuberculose como uma doença social, uma vez que a forma de contágio está associado às interações sociais, através da inalação do ar expelido pela tosse e espirro do indivíduo portador do bacilo. Uma pessoa com tuberculose pulmonar pode infectar, aproximadamente, uma pessoa por mês, até que seja tratada de forma conveniente (Dipiro et al., 2008 citado por Pina, 2013). Na transmissão da tuberculose, fatores como a duração e intensidade à exposição ao bacilo são relevantes, pois a taxa da tuberculose após uma exposição prolongada acontece com maior frequência em meios fechados, com pouco arejamento, acumulando assim partículas infetadas do meio (Smeltzer & Bare, 1999). Todavia, apenas 10% das pessoas com função imune normal desenvolvem a doença ativa após infeção primária (Michael & Carolyn, 2003). Outra forma de transmissão é através da gravidez. Durante o nascimento, o recém-nascido tem probabilidade de contrair tuberculose por intermédio da mãe, por engolir líquido amniótico ou respirar ar contendo gotículas infetadas (Akiskal et al, 2009, citado por Pina, 2013).

Os indivíduos com tuberculose devem ser tratados adequadamente mediante um esquema de tratamento criado pela coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) em colaboração com a OMS (1990). Se não forem tratados adequadamente, podem surgir complicações físicas severas afetando outros órgãos (e.g. coração, osteoarticular, meninges, sistema urinário, gânglios, pele) (Pina, 2000). Em síntese, a OMS recomenda aos governos a aplicação da estratégia da Terapia de curta duração sob observação direta de um profissional (*DOTS*), que garante uma cura por completo da tuberculose, estratégia essa que abrange desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento, com implementação desde 2006 em 184 países (OMS, 2008). Os resultados desta medida terapêutica têm revelado um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos infetados com esta

doença (Monteiro, 2009). Não obstante, os principais responsáveis pelo agravamento da condição da tuberculose são os seguintes: a desigualdade social, a pobreza, a epidemia da SIDA, o envelhecimento da população, as migrações, além das dificuldades de operacionalização dos programas de controle da doença e o crescimento demográfico desordenado (Caliari & Figueiredo, 2012).

Uma das maiores dificuldades decorrentes do abandono do tratamento para a tuberculose está relacionada com a provável resistência dos micro-organismos aos medicamentos e a cadeia de contágio do *Mycobacterium tuberculosis*, que não é detida, conservando a enfermidade. A sua presença origina despesas sociais altas aos cofres públicos, fruto do tratamento e, a agonia para muitos pacientes que, numa fase proveitosa da vida, terminam lesados por uma doença que pode conduzir à morte (Paula, 2011).

1.3. O Impacto da Doença Crónica no Funcionamento Familiar

A família é entendida como o principal contexto de socialização de um indivíduo, no qual aprende rotinas, gestos, normas de comportamento, hábitos e costumes (Monteiro & Santos, 2002, citado por Cardoso, 2012). Segundo Gameiro (1992, citado por Baião, 2014) a família é um objeto de estudo composto por um conjunto de indivíduos e que não pode ser vista isoladamente, mas como parte integradora da rede complexa de relações em que se insere. Neste sentido, deve ser entendido como um ser social, que nasce, vive e se desenvolve em sociedade, não podendo ser dissociado do meio, sobretudo da sua família (Benoit, 1997).

É evidente que a ocorrência de uma doença grave e de longa duração ativa uma série de respostas no grupo social do doente crónico e, especialmente, no seu sistema familiar (Colveiro et al., 2004). Quando se trata de indivíduos cronicamente doentes, o longo processo de adaptação à enfermidade exige que a família se adapte a uma experiência difícil de enfrentar (Hamlett et al, 1992, citado por Castro & Piccinini, 2002). Dito de outro modo, a experiência de ter uma doença crónica gera sofrimento e a imediata busca por atribuir significados na tentativa de que essa situação faça algum sentido, pois essa experiência pode ser muitas vezes, confusa e

desgastante, tanto para a vida da pessoa como da sua família (Misko et al., 2010). A descoberta de que um familiar tem uma doença que ameaça a sua vida tem um enorme impacto e provoca alterações em relação às expectativas e sonhos para o futuro (Misko et al., 2010).

Hoje em dia observa-se um movimento de incentivo à participação e envolvimento da família no cuidado ao doente crónico, reconhecendo o importante papel que esta assume no processo saúde/doença/cuidar (Ângelo, 1997 citado por Furtado & Lima, 1997). Deste modo, é de fundamental importância na intervenção com doentes crónicos conhecer a família, a sua constituição, a relação entre os membros que a compõem, como é o seu quotidiano, como (re) estruturam a vida familiar frente à condição crónica do seu familiar e como participam do cuidado prestado, (Ângelo, 1997, citado por Furtado & Lima, 2003).

As doenças crónicas provocam diversos impactos na família e influenciam o seu funcionamento, implicando a reorganização de funções e papéis (Gôngora, 1996, citado por Java, 2014). Segundo alguns autores (e.g., Barnhill, 1979, Fleck, 1980, Barker, 2002, citados por Cardoso, 2012), o funcionamento familiar pode ser avaliado tendo em conta as funções básicas desempenhadas pelas famílias para corresponder às suas necessidades, tais como a reprodução, a criação, a socialização, o amparo e o apoio em diversas necessidades pessoais.

Vários estudos referem que a confirmação do diagnóstico de uma doença crónica, tal como o VIH/SIDA ou a tuberculose, desencadeia mudanças, conflitos, desafios no funcionamento familiar e gera reações negativas (Bishop 1994, citado por Java, 2014).

Em particular, no que se refere ao impacto do VIH/SIDA no sistema familiar, o estudo de Moreira (2002) evidenciou que a revelação do diagnóstico de seropositividade para VIH/SIDA contribui para explicitar ruturas e para fortalecer relações, de acordo com as características das famílias prévias ao diagnóstico. As famílias que convivem com o sofrimento, perante o diagnóstico de uma doença crónica como o VIH/SIDA demonstram preocupação, impotência e medo frente ao comportamento possivelmente inadequado do elemento infetado (Borba, 2008). No estudo realizado por Serra (2005), as informações sociais concernentes ao VIH/SIDA baseiam-se

em dimensões inconscientes e emocionais, envolvendo as opiniões, atitudes e reações sobre determinadas patologias.

No que toca ao impacto da tuberculose, o estudo realizado por Fronteira (2002) refere que as pessoas com diagnóstico de tuberculose optam muitas vezes por manter o silêncio, não comunicam à família, nem às pessoas com quem se relacionam com medo de represálias e de um eventual abandono. Neste contexto podem surgir também, sintomas de depressão, ansiedade, desespero e isolamento, associados a um sentimento de perder a vida (Pereira & Lopes, 2005, citado por Angelina, 2012). Frequentemente, perante o diagnóstico de tuberculose de um membro familiar, desenvolvem-se no seio da família sentimentos ambivalentes, medo de perder um ente querido, por um lado, e, por outro, o medo de contágio (Guerra, 1998). Segundo Canavarro e colaboradores (1993, citados por Santos, 2010), as famílias devem nessas circunstâncias usar como recursos familiares e estratégias de *coping*, o orgulho, o apoio familiar, a coesão, a adaptabilidade, a comunicação, a religiosidade e o apoio social. Importa ainda salientar que as famílias que vivem numa situação económica desfavorável são particularmente vulneráveis aos impactos de uma doença crónica (Rosa, 2003). Neste sentido, as condições biomédicas como os cuidados alimentares, por exemplo, ajudam o paciente perante os efeitos secundários do tratamento.

Em suma, o stress psicossocial é uma experiência que afeta as famílias perante doenças crónicas como a tuberculose, o VIH/SIDA e outras, pelo que importa explorar os desafios particulares que a vivência dessas enfermidades coloca no sistema familiar (Chiquelho et al., 2006).

II - Objetivos

Desenvolvido no contexto Angolano, o presente estudo tem como principal objetivo comparar o funcionamento familiar de doentes com VIH/SIDA e com Tuberculose. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos para cada uma das subamostras de doentes (VIH/SIDA e tuberculose):

- a) Efetuar estudos de análise dos itens do SCORE-15 (estatística descritiva: média, moda, desvio padrão, assimetria, curtose e amplitude);

- b) Realizar estudos de evidência de precisão (consistência interna) para a escala total e para as dimensões do SCORE-15;

III - Metodologia

Neste ponto é feita a descrição procedimentos de seleção e recolha da amostra, a caracterização da amostra do estudo, a apresentação dos instrumentos utilizados e das análises estatísticas efetuadas.

3.1. Procedimentos de seleção e recolha da amostra

A amostra deste estudo resulta da fusão de duas bases de dados previamente desenvolvidas e que incluem informação respeitante a participantes com dois tipos de doenças crónicas: VIH/SIDA e tuberculose. É importante mencionar que estas duas bases de dados foram construídas no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica desenvolvido em Angola ao abrigo do protocolo de cooperação entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e o Instituto Superior Politécnico Tundavala. Na seleção desta amostra de conveniência foram tidos em consideração alguns critérios de inclusão, nomeadamente: a) ter 18 anos ou mais; b) ser Angolano; c) ter VIH/SIDA ou tuberculose. A seleção da amostra aconteceu no período de Dezembro de 2013 a Fevereiro de 2014, tendo como participantes os sujeitos com doença crónica em tratamento no Hospital Central Dr. António Agostinho Neto no Lubango. A amostra combinada contempla 100 participantes, dos quais 50 são doentes com VIH/SIDA e os outros 50 doentes com tuberculose.

3.2. Caracterização da Amostra

De seguida é feita a caracterização sociodemográfica e familiar dos doentes com VIH/SIDA e tuberculose. Com esse intuito, algumas variáveis foram organizadas em classes para facilitar o tratamento estatístico dos dados, nomeadamente as variáveis nível de escolaridade, idade e agregado familiar. A variável nível de escolaridade foi agrupada do seguinte modo: Ensino Primário (4^a, 5^a, e 6^a classe), 1^o Ciclo (7^a, 8^a, e 9^a), 2^o Ciclo (10^a, e 12^a), Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento) e sem escolaridade. A

variável idade foi agrupada nas seguintes categorias: 18-20,21-30, 31-40, 41-50, 51-60 e mais de 60 anos. Finalmente, o mesmo procedimento foi realizado para a variável composição do agregado familiar, estabelecendo-se um total de três categorias, nomeadamente: 1-3, 4-7 e mais de 7 elementos no agregado familiar.

Como foi referido anteriormente a amostra é constituída por 100 doentes crónicos, 50 com VIH/SIDA e 50 com tuberculose, sendo 71 do sexo feminino e 29 do sexo masculino (cf. Tabela 1). As idades estão compreendidas entre os 18 e os 92 anos, sendo a média de idades de 32.70 anos ($DP = 10.42$). Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos estão Casados ou em União de Facto (52%), seguindo-se os indivíduos Solteiros (42%). Quanto aos grupos étnicos, 44% são Umbundos e 35% são Nhanecas. Relativamente ao Nível de Escolaridade, o 2º Ciclo de Ensino é a categoria mais elevada (37%) mas seguida de perto pelo 1º Ciclo do Ensino (34%). Apenas 10% dos inquiridos reportam um nível Superior de escolaridade. Para determinar o nível socioeconómico (NSE) da amostra, procedeu-se à análise de algumas variáveis tais como: a existência de casa de banho, algumas características de conforto como os eletrodomésticos, a principal fonte de rendimento da família, entre outros. Posteriormente estabeleceu-se a seguinte pontuação: resultado total entre 4 a 50 correspondente a uma família com baixo NSE, 4 a 37 para a família com NSE médio e de 37 a 9, nos casos de famílias com NSE elevado. A maior parte dos sujeitos que compõe a amostra é do NSE médio (78%)

Para caracterizar a família teve-se em conta a classificação do ciclo vital da família proposta por Relvas (1996), constando-se que 41% são famílias com filhos adultos, 21% famílias com filhos adolescentes, 16% famílias com filhos na escola, 14% famílias com filhos pequenos e apenas 8% se encontram na etapa de formação do casal.

Tabela 1.*Caracterização da Amostra: Variáveis Sociodemográficas e Familiares*

Variável	VIH/SIDA		Tuberculose		Total	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	
Sexo	Masculino	12	24	17	34	29
	Feminino	38	76	33	66	71
Faixa Etária	18-20	-	-	10	20	10
	21-30	17	34	24	48	41
	31-40	22	44	9	18	31
	41-50	11	22	4	8	15
	51-60	-	-	2	4	2
	+ de 60	-	-	1	2	1
Escolaridade	Ensino Primário	13	26	5	10	18
	1º Ciclo	17	34	17	34	34
	2º Ciclo	13	26	24	48	37
	Ensino Superior	7	14	3	6	10
	Sem escolaridade	-	-	1	2	1
Etnia	Umbundo	20	40	24	48	44
	Nhaneca	19	38	16	32	35
	Nganguela	4	8	2	4	6
	Quimbundo	2	4	-	-	2
	Cuanhama	4	8	1	2	5
	Outra	1	2	7	14	8
NSE	Baixo	4	8	7	14	11
	Médio	37	74	41	82	78
	Elevado	9	18	2	4	11
Estado civil	Solteiro	13	26	29	58	42
	Casado/União de Facto	34	68	18	36	52
	Separado/Divorciado	1	2	-	-	1
	Viúvo	2	4	3	6	5
Etapa do Ciclo Vital da Família	Formação Casal	8	16	-	-	8
	Filhos Pequenos	7	14	7	14	14
	Filhos na Escola	12	24	4	8	16
	Filhos Adolescentes	13	26	8	16	21
	Filhos Adultos	10	20	31	62	41
Agregado Familiar	1-3	30	60	11	22	41
	4-7	17	34	30	60	47
	+ de 7 elementos	3	6	9	18	12

3.3. Instrumentos

Antes da aplicação dos instrumentos, os sujeitos que aceitaram participar no estudo tiveram acesso a um documento designado por Consentimento Informado (cf. Anexo A), o qual continha a garantia de anonimato das suas respostas, a apresentação dos objetivos do estudo, o carácter voluntário da sua participação e, sobretudo, a garantia de que os dados seriam utilizados somente para fins estatísticos. De seguida foi solicitado aos sujeitos o preenchimento dos seguintes instrumentos com vista à recolha de dados: um Questionário de Dados Sociodemográficos e Familiares e a versão portuguesa do SCORE-15.

3.3.1. Questionário de dados sociodemográficos

A recolha dos dados sociodemográficos foi efetuada mediante um questionário elaborado para o efeito. Neste questionário foi solicitado aos participantes que indicassem o sexo, a idade, o nível de escolaridade e socioeconómico, a profissão, o estado civil, a etnia, a religião, a composição do agregado familiar, a área de residência, o tipo de habitação e as suas características e fonte de rendimento (cf. Anexo B).

3.3.2. *Systemic Clinical Outcomes and Routine Evaluation* (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes & Lask, 2010; versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014)

Este instrumento foi desenvolvido para avaliar o funcionamento familiar e é cotado de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos, entre 1 "Descreve-nos muito bem e 5 "Descreve-nos muito mal" (cf. Anexo C). A versão utilizada encontra-se dividida em três fatores: o fator 1 corresponde às Forças Familiares ou Competências (item 1, 3, 6, 10 e 15); o fator 2 corresponde às Dificuldades Familiares (item 5, 7, 9, 11 e 14), e o fator 3 corresponde à Comunicação Familiar (item 2, 4, 8, 12, 13) (Stratton et al., 2010). Dado que alguns itens do SCORE-15 são invertidos, para se obter o resultado total da escala foram invertidos os itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14. Em termos de interpretação, pontuações mais elevadas correspondem a um pior funcionamento familiar (Vilaça et al., 2014).

Nos estudos de adaptação do SCORE-15 para o contexto português (Vilaça, Silva, & Relvas, 2014), a escala total apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .84$), tal como cada uma das suas dimensões: recursos familiares ($\alpha = .85$), comunicação na família ($\alpha = .83$) e dificuldades familiares ($\alpha = .82$). No contexto Angolano, vários estudos que utilizaram o SCORE-15 (e.g., Cardoso, 2012; Tchivela, 2014; Java, 2014;) têm reportado valores de consistência interna entre .729 e .822 para a escala total, sendo menos satisfatórios e consistentes os valores de consistência interna das dimensões do instrumento.

3.4. Análises estatísticas

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para o *Windows*. Procederam-se assim às seguintes análises estatísticas: a) estatística descritiva dos itens do SCORE-15; b) análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach para o total da escala e para cada uma das três dimensões, e c) comparação do funcionamento familiar em doentes com VIH/SIDA e tuberculose, recorrendo ao *test t de student* para amostras independentes.

IV. Resultados

4.1. – Estatísticas descritivas dos itens do SCORE-15

De forma a obter a caracterização do funcionamento dos itens do SCORE-15, procedeu-se ao estudo das estatísticas descritivas de tendência central e de dispersão de cada um dos 15 itens para cada uma das subamostras em estudo. Neste sentido, nos Quadros 2 e 3 podem observar-se a média, o desvio padrão, a amplitude, a curtose e a assimetria de cada dos itens do SCORE-15, respetivamente para cada uma das subamostras de doentes crónicos.

4.1.1. Subamostra de Doentes com VIH/SIDA

As maiores amplitudes verificadas são de 1-4 e 2-5 e pertencem aos itens 1, 2, 3, 7, 8, 10, 14 e 15. Por outro lado, as menores amplitudes verificam-se para os itens 4, 5, 6, 9, 11, 12 e 13 e oscilam entre 2-4.

O item que apresenta uma média mais elevada ($M=2.98$; $DP=0.89$) é o item 9 “Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras”, pelo contrário, os itens que obtiveram médias mais baixas são o item 1 ($M=2.28$; $DP=0.70$) “Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós” e o item 15 ($M=2.28$; $DP=0.33$) “Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades”.

Relativamente à assimetria (grau de distorção da distribuição em relação a uma distribuição simétrica) todos os itens apresentam valores positivos, com exceção do item 2 “Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros” (assimetria=-0.14).

Quadro 2.

Estatísticas Descritivas dos itens do SCORE-15 nos Doentes com VIH/SIDA

Itens	Média	Desvio – Padrão	Amplitude	Assimetria	Curtose
1	2.28	0.70	1-4	1.39	1.67
2	2.96	0.83	1-4	-0.14	-1.02
3	2.42	0.73	1-4	1.10	0.33
4	2.76	1.02	2-4	1.11	0.48
5	2.84	1.03	2-4	0.90	0.01
6	2.88	0.94	2-4	0.86	0.60
7	2.82	0.96	2-5	0.52	-1.42
8	2.64	0.82	2-5	0.99	-0.07
9	2.98	0.89	2-4	0.04	-1.77
10	2.48	0.86	1-4	0.85	-0.48
11	2.64	0.72	2-4	0.67	-0.77
12	2.58	0.81	2-4	0.92	-0.81
13	2.46	0.71	2-4	1.23	0.16
14	2.58	0.91	2-5	1.12	-0.34
15	2.28	0.70	1-4	1.76	2.18

Quanto aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), o item que se encontra mais afastado do valor 0 é o (15) “Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades” (curtose =2.18).

4.1.2. Subamostra de Doentes com Tuberculose

Os dados apresentados na tabela 3 permitem concluir que as maiores amplitudes verificadas são de 1-5 e pertencem aos itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14. Por outro lado, as menores amplitudes verificam-se para os itens 1, 3, 6 e 15 e oscilam entre 1-4.

O item que apresenta a média mais elevada é o item 2 ($M=2.94$; $DP=1.10$) “Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros” e o item que apresenta a média mais baixa ($M=1.56$; $DP=0.84$) é o item 1 “Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós”.

Quadro 3.

Estatísticas Descritivas dos itens do SCORE-15 nos Doentes com Tuberculose

Itens	Média	Desvio – Padrão	Amplitude	Assimetria	Curtose
1	1.56	0.84	1-4	1.22	0.25
2	2.94	1.10	1-5	-0.17	-0.58
3	2.10	0.93	1-4	0.58	-0.39
4	2.66	1.21	1-5	0.48	-0.87
5	3.04	1.21	1-5	-0.08	-1.13
6	2.16	0.87	1-4	0.46	0.27
7	2.08	1.01	1-5	0.96	0.52
8	2.58	1.14	1-5	0.22	-1.18
9	2.28	1.03	1-5	0.68	-0.17
10	2.06	1.06	1-5	1.17	1.05
11	2.10	0.93	1-5	1.06	1.23
12	2.24	0.98	1-5	0.84	0.34
13	2.54	1.11	1-5	0.45	-0.68
14	2.32	1.10	1-5	0.58	-0.61
15	1.84	0.71	1-4	0.59	0.49

No que se refere à assimetria (grau de distorção da distribuição em relação a uma distribuição simétrica) a maior parte dos itens apresentam valores positivos, com exceção dos itens 2 “Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros” (assimetria=-0.17) e 5 “Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia” (assimetria=0.08).

Relativamente aos valores da curtose (grau de achatamento da distribuição), o item que se encontra mais afastado do valor 0 é o (11) “As coisas parecem correr sempre mal para a minha família” (curtose =1.23).

4.2. – Fiabilidade do Instrumento

Para medir a correlação existente entre os diferentes itens no mesmo teste utilizou-se a consistência interna (Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, os itens do SCORE-15 foram analisados na amostra total ($N=100$) através do coeficiente *alfa de Cronbach* cujo valor para o total do SCORE-15 é .833, ou seja, um valor bom de acordo com Pestana e Gageiro (2005). Em termos das dimensões do instrumento, calculou-se a consistência interna para a Comunicação Familiar (.657) e Dificuldades Familiares (.624), tendo-se verificado valores fracos (Pestana & Gageiro, 2005). Ao nível das Forças Familiares (.771), verificou-se uma consistência interna razoável (Pestana & Gageiro, 2005).

O estudo da fiabilidade do instrumento em cada uma das subamostras permitiu ainda verificar que para o total dos 15 itens do SCORE a escala apresenta uma boa consistência interna (.859) na subamostra de doentes com VIH/SIDA e uma consistência interna razoável (.729) na subamostra de doentes com tuberculose. Relativamente às dimensões, nos doentes com VIH/SIDA apenas a dimensão Forças Familiares (.702) registou uma consistência interna razoável (Dificuldades Familiares, .394 e Comunicação Familiar, .427). Nos doentes com tuberculose os valores do alfa em cada uma das dimensões foram satisfatórios, respetivamente: .749 nas Forças Familiares, .700 nas Dificuldades Familiares e .742 na Comunicação Familiar.

4.3. – Comparação do Funcionamento Familiar dos Doentes com VIH/SIDA e Tuberculose

Para comparar o funcionamento familiar dos doentes com VIH/SIDA e tuberculose efetuou-se um teste t para amostras independentes. Conforme é possível verificar na tabela 4, existe uma diferença estatisticamente significativa, $t(98) = -3.27p < .01$, o que permite concluir que os doentes com VIH/SIDA ($M=37.47$, $DP=5.49$) têm um pior funcionamento familiar quando comparados com os doentes com tuberculose ($M=32.78$, $DP=8.54$).

Tabela 4.

Comparação do SCORE-15 no VIH/SIDA e na Tuberculose (Teste t-Student para Amostras Independentes)

Resultados	VIH/SIDA		Tuberculose		t(98)	P
	M	DP	M	DP		
Total SCORE-15	37.47	5.49	32.78	8.54	-3.27	.000**

* $p < .05$; ** $p < .01$

V - Discussão

O VIH/SIDA e a tuberculose são doenças infecto-contagiosas que se encontram distribuídas por todo mundo, e com especial incidência particular em Angola, constituindo-se como uma das principais causas de mortalidade nas populações com baixo nível económico (Rosa, 2003).

O presente trabalho pretende comparar a perceção do funcionamento familiar de doentes Angolanos com VIH/SIDA e com tuberculose, procedendo-se posteriormente à discussão dos resultados obtidos. Mais especificamente, a compreensão e apreciação dos conhecimentos obtidos, apresenta-se como um aspeto importante no que concerne à futura avaliação, intervenção e investigação em torno dos doentes com VIH/SIDA ou tuberculose no contexto Angolano. É ainda de referir que, só em 2013, a tuberculose afetou no país angolano cerca de 60.807 pessoas e registou um aumento de 11% relativamente a 2012 (MINSa, 2014), considerando-se

portanto como uma importante questão de saúde pública. A OMS estima também um aumento significativo da tuberculose em Angola até 2017 (MINSa, 2014).

Primeiramente importa discutir a caracterização da amostra deste estudo. Uma amostra constituída por 100 sujeitos, mais propriamente 50 doentes com VIH/SIDA e 50 doentes com tuberculose, onde predominam as mulheres (71%) e cujas idades estão compreendidas entre os 18 e os 92 anos, com uma média de idades de 32.70 anos ($DP = 10.42$). No que diz respeito à comparação da caracterização sociodemográfica das duas subamostras (VIH/SIDA e Tuberculose), é de referir que em ambos os grupos predominam os doentes do sexo feminino (76% VIH/SIDA e 66% Tuberculose). Este resultado poderá indicar que as mulheres procuram mais a ajuda médica, se tivermos em conta que esta amostra foi recolhida no Hospital Central aquando das idas dos doentes às consultas, e/ou pode sugerir que as mulheres foram mais disponíveis para participar nesta investigação, do que os homens. Com relação à faixa etária, no grupo de doentes com VIH/SIDA a maior parte dos sujeitos têm entre 31 e 40 anos (44%), enquanto que no grupo dos doentes com Tuberculose a maioria dos sujeitos (48%) têm entre os 21 e os 30 anos. Este resultado pode assim apontar para o facto dos doentes com Tuberculose poderem ser tendencialmente mais novos, do que os doentes com VIH/SIDA. Relativamente ao estado civil, foi interessante perceber que a maioria dos sujeitos com VIH/SIDA são casados ou vivem em união de facto (68%), enquanto que a maior parte dos doentes com Tuberculose (58%) são solteiros. Este resultado pode relacionar-se com a idade, uma vez que, conforme referimos atrás, estes doentes na nossa amostra são tendencialmente mais jovens. Quanto à variável socioeconómica (NSE), verificou-se que a maior parte dos sujeitos têm um NSE médio (74% VIH/SIDA e 82% Tuberculose). Um dado curioso é que parece haver uma tendência inversa quando comparamos o NSE elevado e baixo de ambas as subamostras. Nos doentes com VIH/SIDA a menor percentagem de doentes encontra-se no NSE baixo (apenas 8%), seguida depois pelo NSE elevado (18%). Nos doentes com Tuberculose acontece o contrário, a menor percentagem de doentes encontra-se no NSE elevado (4%), seguindo-se depois o NSE baixo (14%). A presente amostra aponta assim no sentido de uma maior associação entre a tuberculose

e as populações com mais baixo nível económico, comparativamente ao VIH/SIDA.

Na subamostra de doentes com VIH/SIDA o item que apresenta uma média mais elevada é o item 9 *“Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras”*, o que parece indicar que os doentes angolanos com VIH/SIDA tendem a experienciar várias crises no seio familiar. Na subamostra de doentes com Tuberculose foi o item 2 *“Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros”* aquele que obteve maior média. Este resultado pode significar que os membros da família percebem a necessidade de partilhar os assuntos, o que é particularmente importante quando se trata de doentes crónicos, visto que a família é a principal fonte de suporte e apoio, ao qual os seus membros recorrem para a resolução de problemas, especialmente quando estes estão associados à saúde ou a falta dela. Este resultado parece ainda corroborar os resultados de um estudo que refere que as pessoas com diagnóstico de tuberculose optam muitas vezes por manter o silêncio, não comunicam à família, nem às pessoas com quem se relacionam com medo de represálias e de um eventual abandono (Fronteira,2002). Neste contexto podem surgir também, sintomas de depressão, ansiedade, desespero e isolamento, associados ao medo de morrer (Pereira & Lopes, 2005, citado por Java, 2014). Frequentemente, perante o diagnóstico de uma doença crónica infecto-contagiosa de um membro familiar, podem desenvolver-se no seio da família sentimentos ambivalentes, como medo de perder o entequerido, por um lado, e, por outro, o medo de contágio (Guerra, 1998).

A comparação da perceção do funcionamento familiar dos doentes com VIH/SIDA e Tuberculose permitiu concluir que os doentes com VIH/SIDA reportam um pior funcionamento familiar. Este resultado é particularmente importante porque reforça a necessidade de prestar atenção ao sistema familiar no acompanhamento destes doentes. Conforme temos vindo a afirmar, é evidente que a ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como é o caso do VIH/SIDA, ativa uma série de respostas no grupo social do doente crónico e, especialmente, no seu sistema familiar (Colveiro et al., 2004). Quando se trata de indivíduos cronicamente doentes o longo processo de adaptação à enfermidade exige que a família se adapte a uma experiência

difícil de enfrentar (Hamlett et al., 1992, citado por Castro & Piccinini, 2002), o que parece estar a ser particularmente difícil no caso das famílias com um elemento com VIH/SIDA. Assim sendo, o apoio familiar contribui para a garantia de boas condições psicológicas dos doentes crónicos, o que reforça o papel decisivo na sobrevivência e na qualidade de vida dos doentes (Moreira, 2002). Nos casos de uma condição crónica, a participação da família é fundamental, visando o controlo da doença, a manutenção da saúde e a prevenção das possíveis complicações associadas a ela (Santos, Cecílio, Feston, & Marcon, 2012).

VI. Conclusão

A presente investigação teve como principal objetivo comparar o funcionamento familiar de famílias angolanas de doentes com VIH/SIDA e com Tuberculose. Embora este trabalho se tenha pautado pelo rigor, houve no decorrer da investigação algumas dificuldades associadas ao contexto angolano e que poderão comprometer a generalização dos resultados. Desta forma, é importante fazer referência a algumas limitações encontradas na recolha de informações com o SCORE-15. A incompreensão, por parte dos participantes, de alguns dos itens do SCORE-15 dificultou o seu preenchimento. Outra limitação foi o facto de se utilizar uma amostra de conveniência, recolhida no Hospital Central do Lubango, o que pode ter influência nos resultados encontrados, uma vez que a amostra selecionada não pode ser generalizada para todo o País. Ainda a propósito da recolha da amostra, é importante registar também o difícil acesso aos doentes com VIH/SIDA e Tuberculose, dado que ou por vergonha ou por temerem a exposição da sua imagem, nem sempre facilitaram o acesso a informações. Este receio pode ser considerado “normal” devido à discriminação e à marginalização a que estão sujeitos nas consultas externas e, também, pelo facto de os pacientes se aglomerarem numa única sala de espera, escondendo-se por vezes noutros corredores para não serem vistos pelos colegas de serviço ou até por outros doentes.

Podemos enfatizar, ainda, a pertinência de estudos futuros considerarem a variável etnia, por ser uma variável que descreve os diferentes grupos

culturais em Angola (Umbundos, Nhanekas, Quimbundos, Cuanhamas, Nganguelas, entre outras). Da mesma forma, consideramos útil a realização de outros estudos em Angola com o SCORE-15, de modo a dar continuidade aos estudos de validade e fiabilidade. Tal como aconteceu no presente estudo, este instrumento tem-se demonstrado fiável e bastante pertinente na avaliação do funcionamento familiar em amostras clínicas (e também comunitárias) no contexto angolano.

Concluindo, os resultados obtidos em torno da comparação do funcionamento familiar de doentes angolanos com VIH/SIDA e de doentes angolanos com Tuberculose sustentam que os doentes com VIH/SIDA percecionam um pior funcionamento familiar do que os doentes com a Tuberculose. Este resultado sublinha assim a necessidade de prestar atenção ao sistema familiar destes doentes, procurando auxiliar não só o doente como a sua família a adaptarem-se às exigências que esta doença crónica provoca. Acredita-se, portanto, que este estudo pode servir como ponto de partida para realizar mais estudos sobre o funcionamento familiar nos doentes com VIH/SIDA, atendendo cada vez mais às suas necessidades, e procurando, assim, beneficiar a intervenção individual e familiar nesta problemática.

Bibliografia

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

Ângelo, M. (1997). *Com as famílias em tempos difíceis: uma perspetiva de enfermagem*. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP.

Baião, B, F, T (2014). *Estudo comparativo transcultural entre Portugal e Angola sobre instrumentos de medida do funcionamento e qualidade de vida da família*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Benoit, J. C. (1997). *Tratamento das Perturbações Familiares*. Lisboa: Climepsi.

Borba, L., O., Schwartz, E., & Kantorski, L., P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental, volume (4), pp. 588-94.

Bouso, R., S., Serafim, T., S., & Misko, M., D. (2010). *Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte*, volume (2).

Caetano, M. (2001). *Lições de VIDA. Sida e comportamentos de risco*. Porto: Âmbar.

Cardoso, G., G., J., L., (2012). *Impacto das Variáveis Sociodemográficas e Familiares no Funcionamento Familiar, Avaliado pelo SCORE-15: Estudo Exploratório numa Amostra Angolana Não-Clínica*, Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Castro, E.K & Piccinini, C.A, (2002). *Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas* Universidade Federal do Rio Grande do Sul Psicologia: Reflexão e Crítica, 15 (3), pp. 625-635.

Colombo, D (2013). *Economia doméstica a mulher e o homem no seu lar*. 13ªed Instituto Missionária de Pia, Sociedade Filhas de São Paulo-Angola e Moçambique.

Colvero, L. A, Ide, A. C, & Rolim, M.A (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc. Enferm*, 38 (2), 197-205.

Fundação Nacional de Saúde (1999). Plano Nacional de Controlo da Tuberculose. Ministério da Saúde, Brasília.

Furtado M., C., C. & Lima, R., A., G. (2003). O quotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídio para a enfermagem pediátrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(1), 66-73.

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria: Análise Epistemológica da Psiquiatria Contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.

Góis, M., R., C., A. (2009). *Impacto psicossocial do teste HIV/SIDA positivo*. Faculdade de Medicina Universidade de Coimbra.

Jackson, H. (2004). *Sida em África: continente em crise*. Zimbabwe. Asdi, editora.

Java, E. (2012). *O Funcionamento Familiar de Doentes com VIH/SIDA: Estudo Exploratório no Contexto Angolano* Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Mansinho, K. (2005). O que é o VIH. In K. Mansinho, A. Vieira, F. Antunes, A. Soares, e P.S. Marques (Eds.), *Manual Participo para a pessoa com VIH* (pp.7-27). Lisboa: Permanyer Portugal.

Ministério da Saúde (1991). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Miranda, A., M. (2003). Evolução natural da infeção por VIH- Aspectos clínicos. Dossier VIH/SIDA. *Revista portuguesa de clínica Geral*, 19(2), 587-597.

Monteiro, B. A. (2009). *Gestão da qualidade de vida da pessoa com Tuberculose pulmonar*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Trás dos Montes e Alto Douro.

Moreira, P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Paula, H.C. (2011). *O Abandono do tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família. Um estudo qualitativo em uma área*. Rio de Janeiro: programática do município de Rio de Janeiro

Reis, S.R.C, A, (2007). *Adesão terapeuta na infeção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Dissertação de Mestrado Integrado em psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

Relvas, A. P. (1999). *Conversas com Famílias: Discursos e Perspetivas em Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. (2005). *Por detrás do espelho – Da teoria à terapia com a família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Rosa L, (2003). *A relação da família com o portador de transtorno mental*. In: Rosa L. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, pp. 235-367.

Santos, C. T. & Sebastiani, R.W. (2001). *Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crónica*. São Paulo: Pioneira.

Tchivela., I.P, D (2014). *Funcionamento Familiar e Congruência numa Amostra Angolana de Doentes Crónicos*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Vitorino, R., M., M. (2003). A Sida e as Novas Pestes. *Análise Social*, 37 (166), 13-33.

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3