

MULHERES INFECTADAS PELO VIH/SIDA: ADAPTAÇÃO AO NASCIMENTO DE UMA CRIANÇA?*

Pereira M¹, Canavarro M C² - Coimbra - Portugal

Questões em torno do Género, VIH/SIDA, Gravidez e Maternidade

A problemática do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) no feminino é múltipla e multidisciplinar, pela constante interacção de factores que pressupõe. Por outro lado, compreendemos que devido a vulnerabilidades específicas, o risco das mulheres serem contaminadas pelo VIH tem aumentado, progressivamente, em todas as partes do mundo. No grupo feminino, podemos identificar grupos e situações de maior vulnerabilidade: em primeiro lugar as mulheres provenientes dos meios mais desfavorecidos; dentro destes, as mulheres adolescentes (tanto pela imaturidade do aparelho reprodutor como pela deficiente educação sexual); e as prostitutas, entre outras. De acordo com Caldas e Gessolo (2003) muitas mulheres estão integradas nas várias categorias e, ao mesmo tempo, em estritamente nenhuma, sem que isso, contudo, diminua a sua vulnerabilidade. Por outras palavras, muitos dos factores de risco implicados na vulnerabilidade das mulheres co-ocorrem e interagem.

A transmissão materna do vírus da imunodeficiência humana, como sabemos, é a forma mais importante de infecção pelo VIH, em crianças (Sokal-Gutierrez et al., 1993), podendo ocorrer durante a gravidez, parto ou após o nascimento através do aleitamento materno (pré-natal, perinatal e pós-natal) (Anderson, 1996; Campbell, 1999; de Ruiter & Brocklehurst, 1998; Kourtis, Bulterys, Nesheim & Lee, 2001; Luzuriaga & Sullivan, 1998; Miotti et al., 1999; Penn & Ahmed, 2000, 2003; Ramos, Gregol, Germany, Silva, Almeida, Sander et al., 2002; Rouzioux, Chaix, Burgard & Mandelbrot, 2002; Stein, Handelsman &

* O presente estudo empírico insere-se no âmbito do projecto de investigação Gravidez e Maternidade: Um Estudo Longitudinal sobre Mulheres Infectadas pelo VIH, financiado pela extinta Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (actual Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA) – Proc. 11-7.3/2004.

¹ Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/19126/2004). Consulta de Acompanhamento Psicológico do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana – Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra.

² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Consulta de Acompanhamento Psicológico do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana – Maternidade Dr. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra.



Matthews, 2000; Stevens, 2002; WHO, 2001). Efectivamente, a possibilidade de transmissão vertical do VIH (para uma revisão dos estudos cf. Sherr, 1993) é reconhecida, sendo responsável pela grande maioria da SIDA pediátrica no mundo (Carvalho et al., 2002; Lindegren, Byers, Thomas, Davis, Caldwell, Rogers et al., 1999; Luzuriaga & Sullivan, 1998; Yeung & Gibb, 2001), sendo vários os factores que a influenciam (Newell, 2006; Penn & Ahmed, 2000, 2003; UNAIDS, 1998).

A epidemiologia global da infecção pediátrica reflecte a epidemiologia da infecção pelo VIH na mulher. Porque a grande maioria das infecções pediátricas são adquiridas através das mães, a prevenção eficaz da transmissão vertical do VIH passa necessariamente pela prevenção da infecção na mulher (De Cock, Fowler, Mercier, Vicenzi et al., 2000). Primeiramente, porque a maior parte das mulheres infectadas está em idade fértil (CVEDT, 2005; UNAIDS, 2002); em segundo lugar, no conjunto da casuística global, nos últimos anos temos verificado um aumento significativo das taxas de transmissão por via heterossexual (CVEDT, 2003); e finalmente, porque a mulher enquanto parceiro receptor, infecta-se mais facilmente que o homem. Por conseguinte, a prevenção de novas infecções, em mulheres em idade reprodutiva, revela-se um componente insubstituível na prevenção da infecção na criança.

Na gravidez, a infecção VIH/SIDA foi pela primeira vez descrita em 1983 (Wetli, Roldan & Fojaco, 1983). Actualmente, em todo o mundo, aproximadamente 2,5 milhões das mulheres que engravidam em cada ano estão infectadas pelo VIH (de Bruyn, 2003). A junção das situações: infecção pelo VIH/SIDA, gravidez e maternidade tem, assim vindo a ser cada vez mais frequente (Cohen, 1997; Sherr, 1997). Embora, nos dias de hoje, e função da própria evolução da epidemia, a convergência destas duas situações se revista de uma configuração especial (mas uma mesma preocupação), desde da década de 80 que a infecção pelo VIH se posiciona como uma forte ameaça à saúde reprodutiva feminina (Landesman, Minkoff & Willoughby, 1989; Minkoff, 1987). Na perspectiva da UNAIDS (1998) a infecção pelo VIH na gravidez tornou-se na complicação obstétrica mais comum em alguns países em vias de desenvolvimento.

Em Portugal, com um aumento do número de mulheres infectadas pelo VIH, cerca de 80% das quais em idade fértil, e uma preocupação crescente acerca da transmissão vertical, a gravidez no contexto da infecção pelo VIH tem-se tornado num foco de grande atenção e de investigação.

Em Portugal, um grande número de mulheres é confrontado com a notícia da sua contaminação no decurso dos exames de rotina pré-natal. Estas mulheres que não têm conhecimento do seu estado de saúde relativamente à infecção e engravidam vêm-se confrontadas com uma tomada de decisão premente que as coloca perante uma de duas opções: continuação versus interrupção da gravidez; outras, conhecendo a sua situação clínica, de contaminação pelo VIH/SIDA, optam por engravidar. Temos assim grávidas que, embora com situações diferentes à partida, têm em comum ter de responder aos desafios e exigências que a gravidez encerra e, simultaneamente aos implicados no processo de adaptação à doença. Em ambos os casos, o cruzamento do seu estado de contaminação com o confronto com o risco de um filho seropositivo pode originar grande sofrimento psicológico e acarretar dificuldades de adaptação. Quando o diagnóstico de infecção pelo VIH é efectuado durante a gravidez, a mulher deve ter em consideração não só a imprevisibilidade característica desta doença e a estigmatização social dela decorrente, mas também os substantivos desafios da gravidez e da transição para a maternidade. O

conhecimento de que a infecção pode ser transmitida ao feto acrescenta as exigências da incerteza.

Como sublinha Araújo (2003) o projecto de gravidez e maternidade num contexto de infecção pelo VIH tem implicações a vários níveis, sem paralelo com qualquer outra doença crónica; com efeito, as mulheres têm de se confrontar com a sua doença, com a eventualidade de ter filhos doentes, destes ficarem órfãos ou morrerem num curto período de tempo.

Do ponto de vista psicológico, Gravidez e Maternidade constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, são períodos de desequilíbrio e adaptação, mas são também, períodos por excelência de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoais (Canavarro, 2001). O estudo psicológico da gravidez abrange uma vasta constelação de aspectos desde a contracepção aos factores psicológicos relacionados com o nascimento, passando igualmente pela auto-definição e transição para a maternidade (Ruble, Brooks-Gunn, Fleming, Fitzmaurice, Stangor & Deustch, 1990) ou à adaptação durante gravidezes médicas definidas como de alto risco (Levy-Shiff, Lerman, Har-Even & Hod, 2002).

O nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por mudanças a nível individual, conjugal, familiar e social. Se nos quisermos centrar no tempo que imediatamente antecede o nascimento de um filho, o processo conducente a esse nascimento – a gravidez – é igualmente uma transição importante na trajectória desenvolvimental de uma mulher, de um casal ou de uma família, que exige adaptações diversas. A vivência de uma gravidez e a transição para a maternidade/parentalidade surge assim como uma oportunidade para o crescimento e mudança individual (Goldberg, 1988). Constitui uma oportunidade, mas igualmente um risco, na medida em que implica sempre a adaptação a uma nova situação e, subsequentemente, um conjunto de reorganizações nos níveis individual, familiar e social.

O nascimento de um filho está, portanto, associado a mudanças de variadas naturezas e, como mudança que representa, implica stress (Canavarro, 2001; Vaz Serra, 1999) e, em igual medida, implica também mudanças na adaptação intrapsíquica e interpessoal (Ruble et al., 1990). Este processo compreende um vasto espectro de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais e representa um desafio à capacidade de adaptação de uma mulher/casal, constituindo muitas vezes vulnerabilidades acrescidas. A facilidade ou dificuldade no processo de adaptação dependerá do equilíbrio percebido entre as exigências associadas à transição e os recursos pessoais. Como referem Lazarus e Folkman (1984), e em relação ao tipo de transição, a adaptação é um processo dependente do contexto anterior e posterior à transição, e da percepção de competência, bem-estar e saúde individual.

Tipicamente, as mulheres expressam preocupações predominantemente em relação à saúde e desenvolvimento do bebé, mas igualmente em relação ao parto e à própria imagem corporal. Este conceito assume contornos especiais no contexto em que o nosso trabalho se insere. Com efeito, a existência de infecção pelo VIH e a concomitância de gravidez fomentam uma preocupação específica relativa à possibilidade de transmissão do vírus ao bebé. Esta preocupação é persistente, embora pareça atenuar-se com o decurso da gravidez, face às intervenções actualmente disponíveis e à existência de um acompanhamento clínico regular.

Com efeito, se uma gravidez que decorra de acordo com os parâmetros habituais implica sempre mudança e necessidade de adaptação, ou como mencionam Colman e Colman (1994, p. 31) o processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, mas é seguramente mudança, as gravidezes que ocorrem em contextos de doença ou nos casos em

que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH) ocorre após a ocorrência de gravidez, implicam maior stress e, por conseguinte, na generalidade dos casos maiores exigências de adaptação.

1. Método

1.1. Objectivos do estudo

Este estudo teve como objectivo avaliar a adaptação pessoal ao nascimento de um filho das mulheres infectadas, considerando os seguintes indicadores de adaptação: (1) a percepção de stress; (2) a sintomatologia psicopatológica; e (3) a reactividade emocional. A avaliação foi efectuada 2 a 4 dias após o parto. Foi também objectivo do presente estudo conhecer os determinantes sócio-demográficos e clínicos da adaptação apresentada.

1.2. Participantes

Os estudos empíricos que integram o presente trabalho baseiam-se nas respostas de 31 mulheres grávidas infectadas com o VIH, acompanhadas nos serviços da Maternidade Doutor Daniel de Matos (MDM) - Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

A recolha da amostra decorreu entre Abril de 2003 e Fevereiro de 2006 e foi recolhida na MDM. Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicado à grávida a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato; pedido consentimento para a realização e gravação da entrevista; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração dos HUC.

A amostra é constituída por 31 mulheres grávidas infectadas pelo VIH com uma média de idade de 29,00 anos (idade mínima:16; idade máxma:39) e desvio padrão 6,19 anos. A maioria das mulheres é casada ou vive em união de facto. Têm habilitações literárias entre o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário. Cerca de 81% das mulheres pertencem ao nível sócio-económico Baixo (de acordo com a classificação de Simões, 1994). Em termos de Etnia, 58,2% das mulheres são de raça caucasiana.

A gravidez constituiu o principal motivo associado à realização do teste de VIH: 54,8% das mulheres teve conhecimento da sua infecção, na actual gravidez; 12,9% das mulheres teve conhecimento do seu estado serológico numa gravidez anterior; 9,7% realizou o teste por iniciativa própria; 16,1% conheceu a sua seropositividade por rotina médica; e 6,5% das mulheres refere outra causa.

As relações heterossexuais foram a principal causa de infecção para a maioria das mulheres (61,3%); 19,4% contraiu a infecção devido a comportamentos associados à toxicod dependência; 3,2% por transfusão e 16,1% refere desconhecer a origem da infecção.

1.3. Instrumentos

1.3.1 Entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez

No primeiro momento de avaliação foi utilizada uma entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez (Canavarro & Araújo, 2002). Esta entrevista é constituída por 58 questões resposta aberta e fechada e divide-se em duas partes. A Parte I, com 49 questões, encontra-se organizada em 7 partes temáticas, designadamente, dados sócio-demográficos, contexto familiar, história médica e psicopatológica, estilo de vida, história médica e estilo de vida do marido/companheiro, relacionamento actual (no caso de manter uma relação) e história familiar. A Parte II divide-se, por sua vez, em duas partes distintas, uma primeira relativa aos dados psicológicos sobre a infecção e uma última sobre a história pessoal/vivência psicológica e emocional da gravidez actual.

1.3.2. Perceived Stress Scale (PSS)

A escala PSS – Perceived Stress Scale – foi elaborada por Cohen, Kamarck e Mermelstein, em 1983. A versão portuguesa é da autoria do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002). Trata-se de um instrumento de auto-resposta destinado a medir o grau em que as situações de vida da pessoa são percebidas como indutoras de stress ou, por outras palavras, destinado a quantificar o nível de stress que cada indivíduo experimenta subjectivamente, num determinado momento. Esta escala tem três versões: uma com 14 itens, outra abreviada com 10 itens e ainda uma versão indicada para entrevistas telefónicas breves, constituída por apenas 4 itens. Cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta, variando entre 0 “Nunca” e 4 “Com muita frequência”. A versão utilizada foi a de 10 itens.

1.3.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, desenvolvido como uma versão abreviada do SCL-90-R, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). Este inventário avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psico-sintomatologia e três Índices Globais, sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões descritas por Derogatis (1982, in Canavarro, 1999, no prelo) são: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo.

1.3.4. Emotional Assessment Scale (EAS)

A Escala de Avaliação de Emoções (versão original de Carlson, Collins, Stewart, Porzellius, Nitz & Lind, 1989; Versão Portuguesa: Moura Ramos, Canavarro & Araújo Pedrosa, 2004; Moura Ramos, 2006) tem como principal objectivo medir a reactividade emocional, e é constituída por 24 itens, que correspondem a descrições de emoções consideradas fundamentais (Medo, Felicidade, Ansiedade, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza), especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções.

1.3.5. Grelhas de Informação Obstétricas, Pediátricas e relativas à História Médica da Infecção

A grelha relativa à História Médica da Gravidez e da Infecção, compreende dados relativos aos antecedentes obstétricos e à actual gravidez. Esta grelha comporta ainda informações médicas sobre a infecção, nomeadamente, a ausência/existência de manifestações clínicas da doença e dados sobre o tratamento anti-retrovírico.

A grelha de informação relativa à História Médica da Infecção – Dados relativos ao VIH, compreende dados sobre a contaminação, nomeadamente: a duração da infecção; tempo de conhecimento da infecção; o contexto de realização do teste de VIH; a forma como julga ter adquirido a infecção; a condição serológica do companheiro; e, no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, comporta dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual (estado de infecção) do(s) filho(s).

1.4. Tratamento estatístico dos resultados

Em primeiro lugar, para a caracterização da amostra recorreremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos, recorreremos à estatística inferencial, aceitando como variáveis estatisticamente significativas todas as diferenças às quais aparecesse um nível de significação inferior a 0.05. Neste sentido, e em função das variáveis consideradas, foram realizados: teste de Mann-Whitney (equivalente não paramétrico do teste T de Student); e análises de regressão linear e múltipla.

Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizámos a versão 12.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

2. Resultados

2.1. Caracterização da adaptação pessoal ao nascimento de um filho

2.1.1. Percepção de stress (PSS)

Procurámos igualmente analisar a adaptação materna ao nascimento de um filho. Nesse sentido, considerámos importante saber se existiam diferenças entre a Percepção de Stress neste segundo momento de avaliação na amostra de mulheres VIH e o valor médio da população geral indicado no estudo de adaptação da PSS à população portuguesa (Mota-Cardoso et al., 2002). Embora as mães infectadas tenham registado um valor superior (Média=19.43; DP=5.33) de percepção de stress em relação à população geral (Média=17.91; DP=7.68), essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

2.1.2. Sintomatologia psicopatológica (BSI)

No sentido de estudar a adaptação materna no pós-parto, realizámos a comparação com os resultados obtidos por Canavarro (1999) referentes à população geral. Os resultados descritivos das dimensões e índices encontram-se no quadro seguinte.

Quadro 1 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral

Dimensões e Índices	Pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.573	0.916	0.602	0.550	0.198	n.s.
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	0.774	0.759	2.547	.024
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	0.607	0.764	1.718	n.s.
Depressão	0.893	0.722	0.774	0.869	0.513	n.s.
Ansiedade	0.942	0.766	0.595	0.538	2.412	.031
Hostilidade	0.894	0.784	0.671	0.659	1.263	n.s.
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.200	0.260	3.135	.008
Ideação Paranóide	1.063	0.789	0.714	0.726	1.797	n.s.
Psicoticismo	0.668	0.614	0.529	0.580	0.900	n.s.
IGS	0.835	0.480	0.638	0.550	1.344	n.s.
TSP	26.993	11.724	20.929	13.292	1.707	n.s.
ISP	1.561	0.385	1.547	0.481	0.106	n.s.

Os resultados do quadro seguinte mostram que as mães apresentam valores inferiores em todas as dimensões do BSI, com excepção da Somatização, sem que esta diferença seja estatisticamente significativa. Observou-se uma significação estatística diferencial entre a amostra de grávidas infectadas pelo VIH e a população geral em três dimensões psicopatológicas, nomeadamente, nas Obsessões-Compulsões, na Ansiedade e na Ansiedade Fóbica.

2.1.3. Reactividade emocional (EAS)

Para uma melhor compreensão destes resultados, procedemos mais uma vez à comparação dos resultados obtidos com os resultados da amostra da população geral (Moura Ramos, 2006). Os resultados são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 2 – Comparação da reactividade emocional entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral

	Pop. Geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	43.38	19.24	75.05	22.41	5.287	.000
Ansiedade	26.91	17.38	36.18	26.69	1.299	n.s.
Tristeza	12.64	10.60	31.79	35.50	2.018	n.s.
Cólera	12.60	12.10	21.40	28.96	1.136	n.s.
Medo	11.99	12.34	23.07	25.52	1.625	n.s.
Surpresa	14.63	12.66	32.64	24.39	2.764	.016
Culpa	10.64	9.68	26.00	25.87	2.221	.045

Quando comparados os resultados de uma amostra da população geral, e de acordo com o exposto no Quadro 2, podemos observar que as mães da nossa amostra, na altura do pós-parto apresentam resultados superiores em todas as dimensões da EAS. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas emoções Felicidade, Surpresa e Cólera. Na emoção Tristeza o nível de significação foi limítrofe ($p=.065$).

2.2. Modelos Preditores da Adaptação ao Nascimento de um Filho

Para o estudo dos modelos preditores de adaptação pessoal, incluímos como variáveis independentes: as variáveis sócio-demográficas (idade; habilitações literárias; raça/etnia; estado civil; e situação profissional); variáveis associadas à infecção pelo VIH (categoria de transmissão e momento do diagnóstico); variáveis associadas com a gravidez e maternidade (experiência prévia de gravidez; planeamento da gravidez; aceitação da gravidez); e variáveis associadas com o recém-nascido (género).

Em primeiro lugar, procedemos à análise das correlações entre as variáveis independentes consideradas e variável critério, de forma a conhecer a associação entre essas variáveis, de forma a incluir no modelo apenas as variáveis em que se verificasse uma associação significativa.

Assim, em primeiro lugar, procurámos averiguar o grau de associação entre as variáveis predictoras e os dois indicadores do BSI. No que se prende com o IGS verificou-se a existência de uma associação significativa entre este índice e o estado civil ($r=-.60$; $p=.031$). A análise da regressão linear permitiu constatar que o estado civil explica 29,7% da variabilidade total do IGS (Cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Análise da regressão linear simples tendo como variável critério o IGS

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Estado civil	-0.775 (0.315)	-.596	0.297	6.068*

* $p<.05$

Relativamente à Depressão (BSI), observou-se apenas uma associação estatisticamente significativa com o planeamento da gravidez ($r=.69$; $p=.007$). Os resultados permitem concluir que cerca de 42,6% da variância da sintomatologia depressiva verificada 2 a 4 dias após o parto é explicada pela variável planeamento da gravidez (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Análise da regressão linear simples tendo como variável critério a Depressão

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Planeamento da gravidez	1.160 (0.356)	.686	0.426	10.641*

* $p<.01$

Em seguida, procedemos às mesmas análises relativamente às três emoções da EAS. A emoção Surpresa correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com o estado civil ($r=-.79$; $p=.001$) e com a categoria de transmissão ($r=-.65$; $p=.032$). A regressão múltipla permitiu obter os resultados expressos no quadro seguinte. Como se pode observar, o estado civil, neste momento de avaliação, explica 62,5% da variabilidade total da Surpresa.

Quadro 5 – Análise da regressão múltipla hierárquica tendo como variável critério a Surpresa

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Estado civil	-47.048 (11.752)	-.817	0.625	16.028*

*p<.01

No que concerne à Tristeza, verificaram-se associações com significação estatística com o estado civil ($r=-.66$; $p=.013$) e com o planeamento da gravidez ($r=.63$; $p=.017$). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 6.

Quadro 6 – Análise da regressão múltipla hierárquica tendo como variável critério a Tristeza

Variável preditora	Beta (EP)	Beta estandardizado	R ² ajust.	F
Planeamento da gravidez	50.417 (14.120)	.733	0.495	12.750*

*p<.01

Pela leitura do quadro anterior podemos observar que a emoção Tristeza nos momentos subsequentes ao nascimento de uma criança é prevista em 49,5% pelo planeamento da gravidez. Chamamos a atenção para a consistência deste resultado, nomeadamente pela semelhança registada entre a capacidade preditiva da variável planeamento da gravidez, quer em relação à Depressão (cf. Quadro 4) quer em relação à emoção Tristeza avaliada pela EAS.

Discussão e Conclusões

Os modelos teóricos actuais consideram a gravidez e o nascimento de um filho como um marco desenvolvimental importante no percurso de um indivíduo ou família, implicando mudanças e reorganizações diversas e a vários níveis, e comportando exigências acrescidas de adaptação. Dada a variabilidade inerente à forma como os indivíduos se adaptam, torna-se importante conhecer os factores que subjazem a uma adaptação adequada a este momento do ciclo de vida.

A ambivalência que caracteriza a convergência de gravidez e infecção pelo VIH complexifica a compreensão do processo de adaptação, assim como a possibilidade de a testar empiricamente. De forma mais específica, não podemos deixar de ter em consideração o duplo desafio que as mulheres enfrentam: simultaneamente, ter de lidar com as consequências médicas e sociais da infecção pelo VIH e com as questões complexas associadas à gravidez e maternidade.

Podemos verificar que o momento do pós-parto se caracteriza por um nível mais elevado de percepção de stress, embora não estatisticamente significativo, e uma reactividade emocional negativa, quando comparado com os valores da população geral. Inversamente, neste momento, e em comparação com a mesma população, a reactividade emocional positiva é significativamente maior entre as mulheres infectadas pelo VIH.

Embora as gravidezes que ocorrem em contextos de risco ou nos casos em que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH) ocorre após a ocorrência de gravidez, possam implicar maiores exigências de adaptação, a interpretação destes resultados levam-nos a considerar algumas hipóteses, nomeadamente, da gravidez e do nascimento de um bebé como contexto protector face à expressão de psicopatologia ou de emocionalidade mais negativa. Efectivamente, a gravidez parece exercer um efeito protector face ao confronto com a infecção pelo VIH entre as mulheres com diagnóstico recente e, extensivamente, um efeito facilitador de adaptação da mulher neste período da sua vida.

A gravidez não é uma vivência estacionária, mas uma experiência plena de crescimento, mudança, enriquecimento e desafio. A gravidez e a infecção pelo VIH não é apenas uma questão de saúde. É um contexto que toca todas as esferas da vida de uma mulher. Da sexualidade à política. Da família à comunidade. Da maternidade à moralidade (Bedimo, Bessinger & Kissinger, 1998, p. 177). Perante a trilogia, gravidez, VIH e futuro bebé, tudo se agudiza e se torna mais complexo. Como refere Gouveia-Andrade (2003, p. 442), a forma veloz como o VIH se instala no sistema imunitário do hospedeiro não permite compassos de espera, contemplações ou hesitações. A decisão reprodutiva deverá implicar informação e ponderação. O acompanhamento médico, psicológico e social impõe articulação e precocidade.

Apesar do contributo do nosso estudo, consideramos importante, a opção de investigações futuras com inclusão de população sem risco médico associado, procurando comparar as trajectórias das mulheres e casais durante este período, perceber o que representa o nascimento de uma criança para estas mulheres, e que respondam a algumas perguntas para as quais não conseguimos resposta.

Para finalizar, sabemos que as decisões sobre fertilidade futura são muitas vezes orientadas pelo impacto que um novo filho pode ter na vida de uma mulher ou casal. A reprodução é uma escolha complexa para muitas mulheres. A decisão de uma mulher engravidar ou prosseguir com a gravidez envolve uma diversidade de preocupações que a infecção pelo VIH pode intensificar. Tudo isto, toma lugar numa era em que se verifica uma atenção crescente em torno da liberdade reprodutiva (Campbell, 1999). E finalizaríamos provocando: Certeza de uma morte anunciada: (in)certeza de uma maternidade proibida?

Referências Bibliográficas

- Anderson, J. R. (1996). Gynecological and Obstetrical Issues for HIV-Infected Women. In R. R. Faden & N. E. Kass (Eds.), *HIV, AIDS & Childbearing: Public Policy, Private Lives* (pp. 31-62). New York: Oxford University Press.
- Araújo, M. T. (2003). *SIDA no Feminino – Percepções e Implicações na Sexualidade e Maternidade*. Dissertação de Mestrado em SIDA: Da Prevenção à Terapêutica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Bedimo, A. L., Bessinger, R., & Kissinger, P. (1998). Reproductive Choices among HIV-Positive Women. *Social Science & Medicine*, 46 (2), 171-179.
- Caldas, J. M. & Gessolo, K. (2003). *Rompiendo el Silencio: Las Mujeres y VIH*. Comunicação apresentada no IV Congresso Virtual "A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA".
- Campbell, C. (1999). *Women, Families, & AIDS: A Sociological Perspective on the Epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M.

- Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (II vol.)* (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2001) (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (no prelo). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal*. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, C. R., Collins, F. L., Stewart, J. F., Porzelius, J., Nitz, J. A., & Lind, C. O. (1989). The Assessment of Emotional Reactivity: A Scale Development and Validation Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11 (4), 313-325.
- Carvalho, G., Pinho, L., Antunes, A., Cortesão, P., Brinca, M., Ramos, I., & Marques, L. (2002). *Infecção VIH na Maternidade Doutor Daniel de Matos: Casuística de 1993 a 2002*. Acesso a 3 de Abril de 2003: <http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=1375>
- Cohen, C. B. (1997). HIV, AIDS and Childbearing. *JAMA*, 277 (18), 1480-1481.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: FLUL – Edições Colibri.
- CVEDT (2003). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002*. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- CVEDT (2005). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2004*. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- de Bruyn, M. (2003). Safe Abortion for HIV-Positive Women with Unwanted Pregnancy : A Reproductive Right. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 152-161.
- De Cock, K. M., Fowler, M. G., Mercier, E., Vincenzi, I. et al. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA*, 283 (9), 1175-1182.
- de Ruiter, A., & Brocklehurst, P. (1998). HIV infection and pregnancy. *International Journal of STD & AIDS*, 9 (11), 647-655.
- Gouveia-Andrade, L. (2003). A Gravidez, a Criança, os Estudos Clínicos e a Infecção pelo VIH: Limitações Éticas e Implicações Terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 437-446.
- Kourtis, A. P., Bulterys, M., Nesheim, S. R., & Lee, F. K. (2001). Understanding the timing of HIV transmission from mother to infant. *JAMA*, 285 (6), 709-712.
- Landesman, S. H., Minkoff, H., & Willoughby, A. (1989). HIV Disease in Reproductive Age Women: A Problem of the Present. *JAMA*, 261 (9), 1326.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levy-Shiff, R., Lerman, M., Har-Even, D., & Hod, M. (2002). Maternal Adjustment and Infant Outcome in medically Defined High-Risk Pregnancy. *Developmental Psychology*, 38 (1), 93-103.
- Lindgren, M. L., Byers, R. H., Thomas, P., Davis, S. F., Caldwell, B., Rogers, M., et al. (1999). Trends in Perinatal Transmission of HIV/AIDS in the United States. *JAMA*, 282 (6), 531-538.
- Luzuriaga, K., Sullivan, J. L. (1998). Prevention and treatment of pediatric HIV infection. *JAMA*, 280 (1), 17-18.

- Minkoff, H. (1987). Care of Pregnant Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. *JAMA*, 258 (19), 2714.
- Miotti, P., Taha, T., Kumwenda, N., Bnroadhead, R. et al. (1999). HIV transmission through breastfeeding: A study in Malawi. *JAMA*, 282 (8), 744-749.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Moura Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Newell, M. L. (2006). Current issues in the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100, 1-5.
- Oliveira, C. (2006). *Desafios e Contextos de Influência na Adaptação à Maternidade: Um estudo longitudinal em população sem risco médico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ramos, M. C., Gregol, L. R., Germany, C., Silva, J., Almeida, M. S., Sander, M. A., et al. (2002). Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Compliance with the Recommendations of the Brazilian National STD/AIDS Control Program for Prenatal and Perinatal HIV Testing in Porto Alegre, Brazil. *AIDS and Behavior*, 6 (3), 277-282.
- Rouzioux, C., Chaix, M. L., Bugard, M., & Mandelbrot, L. (2002). VIH et grossesse. *Pathologie Biologie*, 50, 576-579.
- Ruble, D., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to Motherhood and the Self: Measurement, Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 450-463.
- Sherr, L. (1997). Pregnancy and childbirth. *AIDS Care*, 9 (1), 69-77.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sokal-Gutierrez, K., Vaughn-Edmonds, H., & Villarreal, S. (1993). Health Care for Children and Families. In R. P. Barth, J. Pietrzak, & M. Ramler (Eds.), *Families Living with Drugs and HIV: Intervention and Treatment Strategies* (pp. 119-143). New York: The Guilford Press.
- Stein, E., Handelsman, E., & Matthews, R. (2000). Reducing Perinatal Transmission of HIV: Early Diagnosis and Interventions During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (2), 122-129.
- Stevens, L. M. (2002). HIV infection: The basics. *JAMA*, 288 (2), 268.
- UNAIDS (1998). *HIV in Pregnancy: A Review*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- UNAIDS (2002). *AIDS epidemic update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.
- Vaz Serra, A. S. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Wetli, C. V., Roldan, F. O., & Fojaco, R. M. (1993). Listeriosis as a cause of maternal death: an obstetric complication of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 147 (1), 7-9.
- WHO (2001). *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child Transmission of HIV: An assessment tool for research*. World Health Organization.
- Yeung, S. M., & Gibb, D. M. (2001). Paediatric HIV infection: diagnostic and epidemiological aspects. *International Journal of STD & AIDS*, 12(9), 549-554.