

Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA

Marco Pereira¹ & Maria Cristina Canavarro¹

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 Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Proc. 11-7.3/2004.

A gravidez e a maternidade têm sido, ao longo do tempo, consideradas um vector fundamental de identidade na mulher. Os valores e normas culturais da larga maioria das sociedades ocidentais encorajam a reprodução e enfatizam a maternidade como valor instituído para as mulheres. As diferenças culturais, por sua vez, determinam diferentes níveis de importância no que respeita à reprodução. Em certas comunidades, a gravidez eleva o estatuto das mulheres e é frequentemente sentida como um momento de realização pessoal. Os bebés representam o amor, a aceitação e um legado para o futuro, mesmo para as mulheres cujo futuro pode estar dramaticamente comprometido.

Este estudo tem como principal objectivo avaliar a adaptação das mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) à gravidez e ao nascimento de um filho. Como indicadores de ajustamento avaliámos, numa amostra constituída por 31 grávidas infectadas: a percepção de *stress*, a sintomatologia psicopatológica e a reactividade emocional.

Embora as gravidezes que ocorrem em contextos de risco ou nos casos em que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH/SIDA) ocorre após a ocorrência de gravidez, possam implicar maiores exigências de adaptação, os resultados encontrados apontam para a gravidez como contexto protector face à expressão de psicopatologia ou de emocionalidade mais negativa.

Palavras-Chave: Gravidez; Maternidade; VIH/SIDA; Adaptação.

¹Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (marcopereira@fpce.u.c.pt)

1. Introdução

A gravidez, ainda que temporalmente limitada, pode assumir-se como um primeiro momento da construção e desenvolvimento de um projecto para toda a vida. Apesar de constituir uma transição normativa e de fazer parte do processo desenvolvimental de uma mulher, encerra igualmente um potencial de mudança, podendo, por vezes, aduzir níveis elevados de *stress*. Ser mãe representa um objectivo claramente definido para muitas mulheres, mas simultaneamente pode representar uma fonte de *stress*, quer a opção seja a continuação ou a interrupção da gravidez (Lydon, Dunkel-Schetter, Cohan & Pierce, 1996).

Do ponto de vista psicológico, a Gravidez e a Maternidade constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, são períodos de desequilíbrio e adaptação, mas são também, por excelência, períodos 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).

Como referimos anteriormente, o nascimento de um filho está associado a mudanças de variadas naturezas e, como mudança que representa, implica *stress* (Canavarro, 2001; Vaz Serra, 1999) e, em igual medida, 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), 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.

Com efeito, uma gravidez que decorre 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.

O interesse pela compreensão dos factores associados à adaptação psicológica à gravidez não é, contudo, recente (Davids & Rosegren, 1962; Davids, De Vault & Talmadge, 1961; Grimm & Venet, 1965; Lubin, Gardener & Roth, 1975; Squier & Dunbar, 1946) e tem-se sobreposto à investigação eminentemente médica sobre os aspectos da gravidez. Por exemplo, já Grimm e Venet referiam, em 1965, que embora a evidência empírica não seja consensual, é possível que os aspectos psicológicos possam ser preditores do curso e resultado da gravidez, estando associados com a facilidade de adaptação da mulher à gravidez.

2. Gravidez e Infecção pelo VIH

Na gravidez, o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida foi pela primeira vez descrito 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 de infecção pelo VIH/SIDA, gravidez e maternidade tem, desta forma, 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, 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.

Com um aumento do número de mulheres infectadas pelo VIH em Portugal, 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 clínica e de investigação. Com efeito, no nosso país, 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, vêem-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.

Gruen (1990) sublinha que gravidez e maternidade ocorrem num contexto específico, em que ter um filho é um acontecimento idealizado, associado a sentimentos de bem-estar, euforia e prazer, e em que se minimiza o desconforto e as preocupações relacionadas com o nascimento de um bebé. Contudo, e 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. Este aspecto deve ser, necessariamente, geográfica e culturalmente contextualizado, concretamente, nos países em vias de desenvolvimento, onde a falta combinada de conhecimentos e recursos tem um impacto directo na vulnerabilidade das mulheres à infecção, na tomada de decisões reprodutivas e, extensivamente, na taxa de transmissão do vírus aos seus filhos.

33

3. Método

3.1. Objectivos do estudo

O estudo apresentado contemplou dois momentos distintos de avaliação: (1) no 2º trimestre de gravidez e (2) 2 a 4 dias após o parto. Em ambos os momentos de avaliação procuraram-se avaliar os seguintes indicadores de adaptação: (1) a percepção de stress; (2) a sintomatologia psicopatológica; e (3) a reactividade emocional. Neste sentido, procurou-se

avaliar a adaptação pessoal à gravidez e ao nascimento de um filho das mulheres infectadas, considerando para tal, os indicadores de adaptação anteriormente referidos.

3.2. 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), de Abril de 2003 a Fevereiro de 2006, tendo-se efectuado o seguimento durante a gravidez e no pós-parto (2 a 4 dias após o parto).

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 dos questionários; 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 Hospitais da Universidade de Coimbra.

A amostra é constituída por 31 mulheres grávidas infectadas pelo VIH com uma média de idade de 29,00 anos (idade mínima:16; idade máxima:39) e desvio padrão de 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. As mulheres de raça negra (provenientes de países como Angola, Guiné, Moçambique e Cabo Verde) constituem 9 (29%) dos casos de gravidez; três mulheres provêm do Brasil e uma de Marrocos.

Entre as principais circunstâncias que conduziram à realização do teste do VIH encontramos preponderantemente a gravidez: 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% 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.

3.3. Instrumentos

3.3.1 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 de 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.

3.3.2. Perceived Stress Scale (PSS)

A escala PSS – *Perceived Stress Scale* – foi elaborada por Sheldon Cohen, Tom Kamarck e Robin Mermelstein, em 1983. A versão portuguesa deste instrumento 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. Nos estudos originais (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Cohen & Williamson, 1988), a versão de 10 itens revelou as melhores características psicométricas. A consistência interna, averiguada através do *alpha de Cronbach*, é de .863, o coeficiente

Spearman-Brown encontrado é de .860 e a correlação *split-half* é .857, valores que traduzem a boa consistência interna do instrumento.

3.3.3. 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.

As características psicométricas da versão portuguesa do BSI (Canavarro, 1999, no prelo) atestam a boa consistência interna do instrumento. O *alpha de Cronbach* (quer dos diversos itens, quer os valores globais das escalas) encontra-se entre .70 e .80, à excepção dos valores das escalas de Ansiedade Fóbica (.624) e de Psicoticismo (.621), que se apresentam ligeiramente abaixo do intervalo referido. Os valores das correlações *split-half* e os coeficientes de Spearman-Brown surgem também como dados indicativos da boa consistência interna da escala, corroborando também a menor consistência interna das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

3.3.4. 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.

Os autores da escala original elaboraram o conjunto dos itens através de três adjectivos representativos de cada uma das emoções consideradas, que foram ordenadas aleatoriamente

na escala. Para cada uma das emoções descritas o indivíduo deverá posicionar-se no local que lhe parecer mais adequado para representar o modo como se sente no momento actual. A forma de medição utilizada para avaliar o grau de cada emoção foi uma escala visual analógica, com valor mínimo igual a 0 (zero) e valor máximo igual a 100 (cem), na qual o sujeito deverá colocar a sua resposta. A EAS apresenta boas características psicométricas (no estudo original, os valores do *alpha de Cronbach* variam entre .70 e .91), demonstrando ser adequada ao estudo da reactividade emocional dos indivíduos perante uma determinada situação. Na versão portuguesa (Moura Ramos, 2006), os valores do *alpha de Cronbach* atestam igualmente a boa consistência interna da escala, variando entre .729 (Cólera) e .882 (Felicidade).

3.3.5. Grelhas de Informação Obstétrica, Pediátrica e relativa 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; no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, a grelha comporta ainda dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual (estado de infecção) do(s) filho(s).

3.4. Tratamento estatístico dos resultados

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

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 teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

4. Resultados

4.1. Caracterização da adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho

A ansiedade relativa ao próprio estado de saúde, assim como à possibilidade de transmissão vertical é frequentemente acompanhada por emoções negativas, instabilidade e incertezas várias. Neste sentido, procurámos estudar a adaptação simultânea à gravidez e à doença das mulheres infectadas pelo VIH em termos de três possíveis indicadores de ajustamento: *stress*, sintomatologia psicopatológica e reactividade emocional, tal como são avaliados, respectivamente, pela PSS, BSI e EAS.

4.1.1. Caracterização da adaptação pessoal à gravidez (M1)

4.1.1.1. Percepção de stress (PSS)

Para uma melhor compreensão e enquadramento dos resultados obtidos, procedemos à comparação entre os valores de Percepção de Stress das grávidas infectadas e os valores obtidos na população geral (Mota-Cardoso et al., 2002), utilizando um teste de comparação de médias (Teste T de Student para uma amostra), aplicável quando é desconhecida a variância populacional, mas conhecida a média amostral de uma determinada população. Os resultados apresentam-se no Quadro 1

Quadro 1 – Comparação da Percepção de Stress entre o grupo de grávidas infectadas e a população geral

	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Percepção de Stress	17.91	7.68	20.95	4.43	3.145	.005

Como se pode verificar no Quadro 1, existem diferenças estatisticamente significativas entre a média de uma amostra da população geral e a média das mulheres grávidas infectadas pelo VIH, registando estas últimas valores superiores, o que pode ser indicativo de vivência e percepção de maior stress, quer associado à gravidez quer à infecção pelo VIH, ou pela convergência das duas situações.

4.1.1.2. Sintomatologia psicopatológica (BSI)

Um dos outros indicadores seleccionados no nosso trabalho para o estudo de adaptação foi a presença de sintomatologia psicopatológica, tendo utilizado para tal o BSI (na versão portuguesa de Canavarro, 1999, no prelo).

Neste sentido, em primeiro lugar, a título comparativo, e da mesma forma como procedemos anteriormente em relação à *percepção de stress*, procurámos averiguar a existência de diferenças entre os valores obtidos nas nove dimensões do BSI e nos três índices globais pelo total da amostra de grávidas infectadas pelo VIH/SIDA e os valores obtidos na população geral (Canavarro, 1999, no prelo). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Comparação com a população geral das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI

Dimensões e Índices	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.573	0.916	0.721	0.630	1.099	n.s.
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	0.955	0.710	2.218	.038
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	0.773	0.916	0.949	n.s.
Depressão	0.893	0.722	0.955	0.904	0.319	n.s.
Ansiedade	0.942	0.766	0.818	0.870	0.668	n.s.
Hostilidade	0.894	0.784	0.846	0.790	0.288	n.s.
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.364	0.537	0.475	n.s.
Ideação Paranóide	1.063	0.789	0.773	0.718	1,896	n.s.
Psicoticismo	0.668	0.614	0.673	0.680	0.033	n.s.
IGS	0.835	0.480	0.795	0.669	0.280	n.s.
TSP	26.993	11.724	22.864	13.214	1.466	n.s.
ISP	1.561	0.385	1.658	0.643	0.711	n.s.

Como podemos constatar, os resultados expressos no Quadro 2 assinalam uma semelhança entre os resultados obtidos pelo grupo de grávidas infectadas pelo VIH/SIDA e a população normal em quase todas as dimensões psicopatológicas. No entanto, os valores das grávidas infectadas são, na generalidade das dimensões, inferiores aos da população geral, com excepção das dimensões *Somatização*, *Depressão* e *Psicoticismo*, e no *Índice de Sintomas Positivos*, sem que as diferenças sejam, no entanto, significativas. A única diferença registada diz respeito à dimensão *Obsessões-Compulsões*, em que a população geral apresenta valores significativamente mais elevados.~

4.1.1.3. Reactividade emocional (EAS)

Tal como realizado anteriormente para a PSS e para o BSI, procurámos igualmente fazer uma análise comparativa entre os valores obtidos pela amostra de mulheres infectadas pelo

VIH/SIDA e os valores da população normal (Moura Ramos, 2006). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Comparação com a população geral das dimensões da Escala de Avaliação de Emoções

	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	43.38	19.24	51.92	32.43	1.207	n.s.
Ansiedade	26.91	17.38	46.80	23.69	3.848	.001
Tristeza	12.64	10.60	42.52	33.76	4.056	.001
Cólera	12.60	12.10	27.94	27.99	2.509	.021
Medo	11.99	12.34	36.46	29.00	3.867	.001
Surpresa	14.63	12.66	33.86	27.86	3.163	.005
Culpa	10.64	9.68	26.97	22.71	3.295	.004

Como podemos verificar no Quadro 3, existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores do grupo de grávidas infectadas pelo VIH/SIDA e os valores encontrados na população geral, com excepção da emoção *Felicidade*. Em todas as dimensões da escala, o grupo de grávidas infectadas apresenta valores mais elevados. No conjunto dos dados, podemos observar que entre as mulheres infectadas as emoções mais intensas (*Felicidade*, *Medo* e *Tristeza*), são emoções de natureza oposta, podendo estar efectivamente associadas à convergência de duas realidades psicologicamente diferentes e desafiantes.

4.2.1. Caracterização da adaptação pessoal ao nascimento de um filho (M2)

4.2.1.1. 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). Neste momento de avaliação, embora as grávidas infectadas tenham

registado um valor superior de percepção de stress em relação à população geral, essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

4.2.1.2. 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 4.

Quadro 4 – 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	Ind. 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 4 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*.

4.2.1.3. 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 5.

Quadro 5 – Comparação da reactividade emocional entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral

	Ind. 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 5, podemos observar que as mães da nossa amostra, na altura do pós-parto, e à semelhança do que aconteceu no primeiro momento de avaliação, 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).

4.3. Avaliação da Estabilidade/Mudança na Adaptação Materna

Para conhecermos a forma como as mulheres se adaptam à gravidez e ao nascimento de um filho, procedemos à análise dos resultados e da respectiva comparação nos dois momentos de avaliação. Para estudar esta evolução utilizámos o Teste de Wilcoxon, que é o equivalente não paramétrico do teste t para amostras emparelhadas, e que se destina à comparação de um mesmo grupo de sujeitos em momentos distintos.

Apresentamos em seguida os resultados relativos aos dois momentos de avaliação para as variáveis stress, sintomatologia psicopatológica e reactividade emocional. Para cada variável efectuamos a comparação entre os valores médios observados nos dois momentos de avaliação.

4.3.1. Percepção de Stress

Em primeiro lugar, procurámos verificar se existiam diferenças em termos de Percepção de Stress entre o 1º momento de avaliação (2º trimestre da gravidez) e o pós-parto (2 a 4 dias após o nascimento do bebé).

Quadro 6 – Comparação da Percepção de Stress no 1º e 2º momentos de avaliação

	1º Momento		2º Momento		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Percepção de Stress	20.95	4.43	19.43	5.33	1.482	n.s.

Como podemos observar no Quadro 6, embora se tenha registado uma diminuição dos valores de percepção de stress entre os dois momentos não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

4.3.2. Sintomatologia psicopatológica

Tal como realizámos para a percepção de stress, procurámos igualmente estudar a estabilidade ou mudança em termos da sintomatologia psicopatológica entre os dois momentos de avaliação referidos.

No Quadro 7 apresentamos a comparação das nove dimensões e dos três índices do BSI entre a incursão e o pós-parto. Os resultados mostram que entre os dois momentos de avaliação se registaram diferenças estatisticamente significativas em cinco das nove dimensões psicopatológicas e nos três índices globais do BSI.

Quadro 7 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI no 1º e 2º momentos de avaliação

Dimensões e Índices	1º Momento		2º Momento		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.721	0.630	0.602	0.550	1.569	n.s.
Obsessões- Compulsões	0.955	0.710	0.774	0.759	2.156	.031
Sensibilidade Interpessoal	0.773	0.916	0.607	0.764	1.620	n.s.
Depressão	0.955	0.904	0.774	0.869	2.319	.020
Ansiedade	0.818	0.870	0.595	0.538	2.209	.027
Hostilidade	0.846	0.790	0.671	0.659	2.399	.016
Ansiedade Fóbica	0.364	0.537	0.200	0.260	1.461	n.s.
Ideação Paranóide	0.773	0.718	0.714	0.726	1.481	n.s.
Psicoticismo	0.673	0.680	0.529	0.580	2.699	.007
IGS	0.795	0.669	0.638	0.550	2.669	.008
TSP	22.864	13.214	20.929	13.292	2.624	.009
ISP	1.658	0.643	1.547	0.481	2.275	.023

Pela leitura do Quadro 7 podemos verificar que do 1º para o 2º momento de avaliação, existe uma diminuição dos valores médios nas 9 dimensões psicopatológicas e nos 3 índices globais do BSI. Através do Teste de Wilcoxon não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos nas dimensões *Somatização*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Ansiedade Fóbica* e *Ideação Paranóide*.

4.3.3. Reactividade emocional

Comparámos também a intensidade das emoções avaliadas pela EAS nos dois momentos de avaliação. No Quadro 8 apresentamos os resultados correspondentes à comparação da reactividade emocional materna nestes mesmos dois momentos de avaliação.

Quadro 8 – Comparação da reactividade emocional no 1º e 2º momentos de avaliação

	1º Momento		2º Momento		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	51.92	32.43	75.05	22.41	2.045	.041
Ansiedade	46.80	23.69	36.18	26.69	2.847	.004
Tristeza	42.52	33.76	31.79	35.50	2.001	.045
Cólera	27.94	27.99	21.40	28.96	1.734	n.s.
Medo	36.46	29.00	23.07	25.52	2.395	.017
Surpresa	33.86	27.86	32.64	24.39	0.978	n.s.
Culpa	26.97	22.71	26.00	25.87	1.423	n.s.

Os resultados do Quadro 9 salientam uma evolução positiva da reactividade emocional entre o 1º momento de avaliação e o pós-parto. Com efeito, podemos verificar um aumento significativo na dimensão *Felicidade* entre os dois momentos e um decréscimo em todas as outras dimensões. Foram igualmente encontradas diferenças significativas nas emoções *Medo*, *Tristeza* e *Ansiedade*.

5. 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 em simultaneamente terem de lidar com as consequências médicas e sociais da infecção pelo VIH e com as questões complexas associadas à gravidez e maternidade.

Quanto à caracterização da adaptação nos dois momentos de avaliação, podemos verificar que o momento da gravidez é claramente o período em que as mulheres apresentam maior percepção de stress, índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica e maior reactividade emocional, comparativamente à avaliação realizada no pós-parto.

O estudo da evolução da adaptação permite-nos ter um conhecimento mais adequado da trajectória individual da mulher ao longo da gravidez até aos primeiros dias após o nascimento de um filho. Pretendeu-se, deste modo, conhecer a forma como a grávida se adapta à gravidez e ao pós-parto em termos de três indicadores de ajustamento pessoal: *stress*, sintomatologia psicopatológica e da reactividade emocional.

Neste sentido, no que diz respeito à adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho, podemos verificar que o momento do pós-parto é marcado por uma maior reactividade emocional de valência positiva, menores índices de psico-sintomatologia e menor percepção de stress.

Em termos da *percepção de stress*, verificou-se entre os dois momentos de avaliação uma diminuição do stress percebido, embora a diferença não se tenha revelado estatisticamente significativa. A análise comparativa da percepção de stress com a população geral não revelou diferenças, ao contrário do observado no primeiro momento.

Em relação à *psicopatologia*, os resultados apontam para uma diminuição significativa da psico-sintomatologia avaliada pelo BSI entre os dois momentos. Com excepção da *Somatização*, em todas as dimensões e índices psicopatológicos as mães infectadas apresentam valores médios inferiores à população geral.

Na comparação da reactividade emocional entre o 1º momento de avaliação e o pós-parto, verificamos um aumento significativo nas dimensões positivas e uma diminuição nas emoções de valência negativa. A *Felicidade* é, após o nascimento do bebé, a emoção mais intensa na caracterização da reactividade emocional das mães infectadas. Igualmente relevante e com significação estatística foi a diminuição das dimensões *Medo*, *Tristeza* e *Ansiedade*.

No que diz respeito à estabilidade/mudança dos indicadores de adaptação pessoal observa-se uma diminuição da percepção de stress, dos indicadores psicopatológicos e um aumento da reactividade emocional de valência positiva e uma diminuição da reactividade emocional negativa.

A diminuição da percepção de stress, da sintomatologia psicopatológica ao longo da gravidez e a predominância das emoções de valência positiva são indicativos de uma boa adaptação materna à gravidez e ao pós-parto. Os primeiros dias após o parto parecem representar um período de boa adaptação, semelhante ao fenómeno que foi designado de *baby honeymoon* (Moura Ramos, 2006), e que traduz a variedade de dimensões positivas associadas ao nascimento de um filho.

No entanto, apesar de verificarmos uma diminuição dos indicadores de adaptação pessoal ao longo do tempo, o momento do pós-parto caracteriza-se 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 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. Entre as mulheres com diagnóstico prévio à gravidez, esse efeito protector parece ser semelhante. Acresce, neste último grupo, a existência de um processo de adaptação mais longo à situação de infecção VIH. Os resultados encontrados podem também estar associados à existência de um evitamento da própria doença. Com efeito, a literatura tem sublinhado o papel da negação do diagnóstico (Bedimo, Bessinger & Kissinger, 1998) que, enquanto mecanismo de defesa, é frequentemente uma primeira fase do processo de *coping* quando uma mulher tem conhecimento de que está infectada com VIH.

Um estudo realizado por Sunderland (1989, cit. in Bastos, Teixeira & Paixão, 1995) mostrou que eram os factores psicossociais e económicos que determinavam a opção de engravidar ou continuar com a gravidez, associada a uma desvalorização da doença. Como referem estes autores, e de alguma forma consistente com os resultados encontrados no nosso estudo, *a gravidez parece fornecer a sua própria protecção equilibradora contra um colapso psicológico* (p. 87).

Os resultados deste estudo sugerem ainda que, apesar da necessidade de reorganização inerente a este momento do ciclo de vida, há na adaptação alguma tendência para a estabilidade. Estes dados são consistentes com os obtidos em outros estudos nacionais realizados em torno das questões da maternidade em população sem risco médico associado (Moura Ramos, 2006; Oliveira, 2006).

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 de reconhecermos diversas limitações do nosso estudo, podemos retirar dos resultados obtidos, importantes implicações de natureza clínica, que nos permitam: em primeiro lugar, perceber a dinâmica da dupla adaptação à doença e à gravidez; em segundo lugar, a elaboração e concretização de protocolos de intervenção especificamente adaptados para estas mulheres; e, em terceiro lugar, levantar hipóteses a ser exploradas em investigações subsequentes, com amostras de maior dimensão e que recorram a diferentes fontes de informação e metodologias ou a outros indicadores de adaptação.

Não obstante o contributo do nosso estudo, consideramos igualmente importante a opção de investigações futuras com inclusão de população sem risco médico associado, procurando

comparar as trajetórias das mulheres e casais durante este período, 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).

Referências Bibliográficas

- 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.
- Bergenstrom, A. & Sherr, L. (1999). Women's HIV needs within a broader spectrum of reproductive health. *Psychology, Health & Medicine*, 4 (2), 143-150.
- 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.
- 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.
- Cohen, S. & Williamson, G. M. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: FLUL – Edições Colibri.
- Davids, A., De Vault, S. & Talmadge, M. (1961). Psychological Study of Emotional Factors in Pregnancy: A Preliminary Report. *Psychosomatic Medicine*, XXIII, 93-103.
- Davids, A. & Rosengren, W. R. (1962). Social Stability and Psychological Adjustment During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, XXIV, 579-583.
- de Bruyn, M. (2003). Safe Abortion for HIV-Positive Women with Unwanted Pregnancy: A Reproductive Right. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 152-161.
- 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.
- Grimm, E. R. & Venet, W. R. (1966). The Relationship of Emotional Adjustment and Attitudes to the Course and Outcome of Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, XXVIII, 34-49.
- Gruen, D. S. (1990). Postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work*, 15, 261-270.
- Ingram, D. & Hutchinson, S. A. (2000). Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Qualitative Health Research*, 10 (1), 117-132.
- 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.
- Lubin, B., Gardener, S. H., Roth, A. (1975). Mood and Somatic Symptoms During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 37 (2), 136-146.
- Lydon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C. L. & Pierce, T. (1996). Pregnancy decision making as a significant life event: a commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (1), 141-151.
- Minkoff, H. (1987). Care of Pregnant Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. *JAMA*, 258 (19), 2714.
- 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.
- 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.
- 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.
- Squier, R. & Dunbar, F. (1946). Emotional factors in the course of pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 8, 161-175.
- UNAIDS (1998). *HIV in Pregnancy: A Review*. 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.

Adjustment to Pregnancy and to the Birth of a Child of HIV-Infected Women

Pregnancy and motherhood have been, throughout time, considered an essential vector in women's identity. The values and cultural norms of the wide majority of the occidental societies encourage the reproduction and emphasize motherhood as a recognized value for most women. The cultural differences, in turn, determine different levels of importance regarding reproduction issues. In some communities, the pregnancy raises the women's status and it is often felt as a moment of personal accomplishment. Babies represent love, acceptance and a legacy for the future, even among women which future might be dramatically compromised.

The objective of the present study is to assess the adjustment of HIV-infected women to pregnancy and to the birth of a child. As adjustment indicators we assess in a sample of 31 HIV positive pregnant women: the perceived stress; psychopathology; and emotional reactivity.

Although the pregnancies that occur in risk contexts or when an illness is diagnosed (e.g., HIV/AIDS infection) during prenatal routine may imply higher demands of adjustment, the results of this study suggest that pregnancy is a protector context regarding the expression of psychopathology or the negative emotional reactivity.

Key-Words: Pregnancy; Motherhood; HIV/AIDS; Adjustment.

Adaptation à la Grossesse et à la Naissance d'un Enfant de Femmes Infectées par le VIH/SIDA

La grossesse et la maternité ont été, au long du temps, considérées un vecteur fondamentale d'identité pour la femme. Les valeurs et les normes culturelles de la majorité des sociétés occidentales encouragent la reproduction et soulignent la maternité comme une valeur instituée pour les femmes. Pour son tour les différences culturelles, déterminent de différents niveaux d'importance respectant à la reproduction. Dans certaines communautés, la grossesse élève le statut des femmes et fréquemment est vue comme un moment de réalisation personnelle. Les bébés représentent l'amour, l'acceptation et un legs légitime par le futur, même si pour les femmes dont l'avenir peut être dramatiquement compromis.

Cette étude il a comme principal objectif évaluer l'adaptation des femmes infectées par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) à la grossesse et à la naissance d'un enfant. Comme indicateurs d'ajustement nous avons évalué, dans un échantillon constitué par 31 femmes enceintes infectées : la perception de stress, la symptomatologie psychopathologique et la réactivité émotionnelle.

Bien que les grossesses lesquelles qui se produisent dans des contextes de risque ou dans les cas où le diagnostic de la maladie (e.g. infection par le VIH/SIDA) se produisent après la présence de grossesse puissent impliquer exigences d'adaptation, les résultats trouvés nous indiquent que la grossesse peut être un contexte de protection de la l'expression de psychopathologie ou des réactions émotionnelles plus négatives.

Mots-Clés: Grossesse; Maternité; VIH/SIDA; Ajustement.