

## Influência da paridade na adaptação da transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada

Marco Pereira\* / Maria Cristina Canavarro\*\*

\* Bolseiro de Pós-Doutoramento da FCT (SFRH/BPD/44435/2008), Unidade de Intervenção Psicológica do Departamento de Medicina de Materno-Fetal dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra; \*\* Unidade de Intervenção Psicológica do Departamento de Medicina de Materno-Fetal dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra, FPCE, Universidade de Coimbra

No presente estudo empírico procuramos explorar a influência da paridade na adaptação na transição para a maternidade de grávidas seropositivas para o VIH e grávidas sem condição médica de risco associada. Noventa e oito mulheres (47 grávidas seropositivas para o VIH e 51 grávidas sem patologia médica associada) foram avaliadas durante o segundo trimestre de gravidez e dois a quatro dias após o parto. O protocolo de avaliação era composto por uma ficha de dados sociodemográficos e grelhas clínicas e obstétricas, e por instrumentos de auto-resposta, destinados a avaliar a sintomatologia psicopatológica (*Brief Symptom Inventory*), a reactividade emocional (*Emotional Assessment Scale*) e a qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*). Os resultados obtidos mostram que, para ambos os grupos, a multiparidade se encontra associada a maiores dificuldades de adaptação na transição para a maternidade, de forma mais acentuada entre as mulheres infectadas pelo VIH. O maior poder discriminativo, em função da paridade, registou-se nos domínios Relações sociais e Ambiente, na faceta geral de qualidade de vida e na dimensão Ansiedade. Ao longo do tempo, a maior estabilidade individual registou-se entre as múltiparas dos dois grupos e a menor estabilidade entre as primíparas infectadas pelo VIH. Os resultados do nosso estudo apoiam a existência de diferentes padrões e trajectórias de adaptação das grávidas primíparas e múltiparas e, essencialmente, a importância de considerar intervenções diferenciadas para cada um dos grupos.

**Palavras-chave:** Adaptação, Maternidade, Paridade, VIH.

### INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho constitui uma das principais transições interpessoais durante o início da vida adulta. Tal como outras transições, ser pai/mãe é um ponto de viragem durante o qual o

---

O presente estudo foi financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (Proc. 11-7.3/2004) e por uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/19126/2004) e foi desenvolvido no âmbito do Grupo de Investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde, da Unidade I&D Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (FEDER/POCTI-SFA-160-192).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Marco Pereira, Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra. E-mail: marcopereira@fpce.uc.pt

curso de vida de um indivíduo toma uma nova direcção, requerendo adaptação ou mudança no estilo de vida e identidades pessoais (Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, & Halmesmäki, 2000). Neste sentido, assume-se que a forma de lidar com uma transição particular do ciclo de vida é sempre influenciada pelas experiências prévias com transições semelhantes (Oliveira, 2006).

As experiências de primiparidade têm sido amplamente exploradas, quer na adaptação à transição para a maternidade/parentalidade (Cronin, 2003; Delle Fave, & Massimini, 2004; Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000; Fleming, Ruble, Flett, & Shaul, 1988; Gameiro, Moura Ramos, & Canavarro, 2009; Harwood, McLean, & Durkin, 2007; Porter & Hsu, 2003; Tarka, Paunonen, & Laipalla, 2000a,b) quer na satisfação com a relação conjugal (Hackle & Ruble, 1992; Shapiro, Gottman, & Carrère, 2000). Centrando-nos de forma mais particular na vivência da mãe, esta experiência pode ser, pelas mais variadas razões, um acontecimento difícil para a mulher, representando um conjunto de novos desafios, designadamente porque implica o assumir de um novo papel enquanto prestadora de cuidados, bem como o tomar de decisões importantes respeitantes a si própria, às suas relações com os outros e com o contexto social em geral e, em especial, porque obriga a “um comprometimento da mulher com novas tarefas para as quais pode não estar totalmente preparada” (Kendell, 1978, p. 77).

Não é de espantar, portanto, que o nascimento de um primeiro filho constitua um período de stresse acrescido e necessidade de algum reajustamento. Wilkinson (1999), procurando avaliar as variações de humor de mulheres primíparas e múltiparas, avaliadas entre o segundo trimestre de gravidez e o primeiro trimestre após o nascimento do bebé, verificou que as mulheres primíparas apresentaram em todos os momentos de avaliação níveis mais elevados de afecto positivo e mais baixos de afecto negativo. A única excepção verificou-se no período subsequente ao parto (10 dias depois), durante o qual as primíparas apresentaram maior humor negativo que as múltiparas. Nesta linha, numa revisão sobre factores de risco de perturbações psicológicas no puerpério, Figueiredo (2000) verificou que as mulheres primíparas têm menor risco de desenvolver perturbações psicológicas durante a gravidez, mas no pós-parto têm duas vezes mais probabilidade de ficarem mentalmente doentes do que as mulheres múltiparas.

Pelo que foi exposto, tal não implica que o nascimento de um filho que não o primeiro não tenha impacto na vida da mulher (casal). Neste sentido, afigura-se-nos como central a ideia expressa por Goldberg e Michaels (1988), e defendida também por Stewart (1990), de que esta segunda transição, podendo ser menos dramática, é certamente mais complexa. Do ponto de vista empírico, esta posição tem sido largamente documentada. Por exemplo, no pós-parto, Skari, Skrenden, Malt, Dalholt, Ostensen, Egeland e Emblem (2004) verificaram que a multiparidade era um preditor de perturbação psicológica materna. No mesmo sentido, Wilkinson (1995) verificou que os indivíduos com mais de um filho, avaliados três meses após o parto, reportavam maiores níveis de perturbação e menores níveis de bem-estar, quando comparados com sujeitos que tiveram o primeiro filho. Evidência marginal de que a multiparidade era factor de risco para depressão pós-natal foi igualmente encontrada por Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates e Harris (2001).

No contexto nacional, Carvalho, Loureiro e Simões (2007) não encontraram diferenças estatisticamente significativas na depressão (avaliada pelo *Beck Depression Inventory*) nem na psicossintomatologia entre primíparas e múltiparas avaliadas durante a gravidez. Já Gameiro et al. (2008), num estudo com avaliações realizadas nos primeiros dias pós-parto e após oito meses, verificaram que as mães primíparas denotam maiores dificuldades de adaptação, avaliada através de medidas como stresse, psicopatologia e reactividade emocional, imediatamente após o parto. Porém, as mães múltiparas apresentam uma evolução menos favorável que as primíparas nos meses subsequentes ao parto, reflectida, essencialmente, em níveis aumentados de reactividade emocional negativa.

No âmbito da infecção por VIH, são escassos os estudos que se debruçaram sobre as experiências prévias de gravidez/maternidade na adaptação à transição para a maternidade. Neste

contexto, esta variável tem sido sobretudo usada na caracterização da história reprodutiva e na identificação de perfis de grávidas seropositivas para o VIH (e.g., Romanelli, Kakehasi, Tavares, Melo, Goulart, Aguiar, & Pinto, 2006). Num estudo nacional, Pereira e Canavaro (2007) analisaram a variável paridade, mas não encontraram diferenças com significação estatística na adaptação à gravidez.

Finalmente, no que se prende com a adaptação relacional, e considerando a satisfação com a relação conjugal, a qualidade da relação da grávida com o companheiro depende de um conjunto alargado de factores, entre os quais se inclui também a paridade, tendo diversos estudos demonstrado a existência de maior satisfação conjugal entre as grávidas ou puerperas primíparas (Belsky, Spanier, & Rovine, 1993; Gameiro et al., 2009; Windridge & Berryman, 1996). Ainda no plano relacional, o mesmo não acontece em relação à competência parental, já que tem sido assinalada maior percepção de competência entre as mães múltíparas (Gameiro et al., 2009).

Em síntese, e partindo da evidência de que a paridade tem sido pouco estudada enquanto determinante na adaptação na transição para a maternidade em mulheres infectadas pelo VIH, no presente estudo estabelecemos como hipótese que as mulheres que se encontram grávidas do primeiro filho tenderão a manifestar menores dificuldades de adaptação pessoal durante a gravidez e maiores dificuldades de adaptação pessoal no pós-parto. No plano relacional, e à semelhança da literatura revista, esperamos encontrar maior satisfação com a relação conjugal entre as mulheres primíparas e maior percepção de competência parental entre as múltíparas.

O presente estudo teve como avaliar a influência da paridade na adaptação pessoal (avaliada em termos de sintomatologia psicopatológica, reactividade emocional e qualidade de vida – QdV) e relacional (satisfação com a relação conjugal, satisfação com a relação com o bebé, percepção de competência na prestação de cuidados ao bebé e percepção de realização materna) na transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem patologia médica associada.

## MÉTODO

### *Participantes*

O presente estudo empírico baseia-se nas respostas de dois grupos. O grupo clínico (GC-VIH) foi composto por 47 mulheres grávidas infectadas pelo VIH, com uma média (*M*) de idade de 28.74 anos e desvio-padrão (*DP*) de 6.01 anos (Mínimo: 18; Máximo: 39). O grupo de controlo (GC) – grávidas sem condição médica de risco associada – foi constituído por 51 mulheres com uma idade média de 29.53 anos e *DP* de 4.06 anos (Mínimo: 18; Máximo: 37). No Quadro 1, apresentam-se as características sociodemográficas dos dois grupos.

Em relação ao planeamento da gravidez, e considerando planeamento e conhecimento do estado serológico, esta foi planeada por 17.8% das grávidas seropositivas (sem conhecimento); oito mulheres (12.9%) planearam a gravidez conhecendo o seu estado serológico de positividade; 28.9% não planeou a gravidez e não conhecia a existência de infecção; e 35.6% das mulheres não planeou a gravidez, mas conhecia o seu estado serológico. Em termos globais, a gravidez foi planeada por 38.6% das mulheres seropositivas. No GC, a gravidez foi planeada por 84.3% das mulheres. Entre os dois grupos, esta diferença foi estatisticamente significativa,  $\chi^2(1)=21.180$ ;  $p=.001$ . Em relação à experiência prévia de gravidez/maternidade, no GC-VIH verificou-se que 25 mulheres (53.2%) se encontravam grávidas do primeiro filho. No GC a percentagem de primíparas é de 58.8%. Esta diferença não se revelou estatisticamente significativa,  $\chi^2(1)=0.315$ ;  $p=.575$ .

QUADRO 1  
*Características sociodemográficas da amostra*

	GC-VIH (n=47)		GC (n=51)	
	n	%	n	%
Idade				
18-24	12	25.6	4	7.8
25-34	26	55.3	41	80.4
35-44	9	19.1	6	11.8
Habilitações literárias				
1º-4º anos	3	6.4	0	0.0
5º-6º anos	10	21.3	3	5.9
7º-9º anos	13	27.7	10	19.6
10º-12º anos	12	25.5	19	37.3
Estudos Superiores	9	19.1	19	37.3
Estado civil				
Solteira	7	14.9	2	3.9
Casada/União de facto	36	76.6	48	94.1
Separada/Divorciada	3	6.4	1	2.0
Viúva	1	2.1	0	0.0
Nível sócioeconómico				
Baixo	35	74.5	22	43.1
Médio	11	23.4	26	51.0
Elevado	1	2.1	3	5.9
Situação profissional				
Empregada	23	48.9	44	86.3
Desempregada	17	36.2	6	11.7
Doméstica	5	10.6	0	0.0
Estudante	2	4.3	1	2.0

No que se prende com as características associadas à infecção por VIH, verificou-se que a principal circunstância conducente à realização do diagnóstico de infecção por VIH foi a *gravidez*. Vinte e duas (46.8%) mulheres tiveram conhecimento da sua infecção durante as rotinas da actual gravidez, 4.3% das mulheres tiveram conhecimento do seu estado serológico numa gravidez anterior, 31.9% das mulheres conheceram a sua seropositividade por rotina médica, 10.6% realizou o teste por iniciativa própria e 6.4% das mulheres referiram outra causa.

No que se reporta às vias de transmissão, as relações heterossexuais foram a principal causa de infecção para a maioria das mulheres (63.8%). Oito (17%) mulheres contraíram a infecção devido a comportamentos associados à toxicodependência, uma (2.1%) refere contágio por transfusão e oito (17%) referem desconhecer a origem da infecção. Parece importante sublinhar a percentagem de casos que refere desconhecer a proveniência da infecção pelo VIH/SIDA, que foi de 17%.

#### *Procedimentos*

Os dois grupos de grávidas foram recrutados nos serviços de Obstetrícia da Maternidade Dr. Daniel de Matos (MDM) – Área de Gestão Integrada de Saúde Materno-Fetal dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC; Lisboa), entre Abril de 2003 e Maio de 2008. O estudo é prospectivo e longitudinal, contemplando dois momentos de avaliação: segundo trimestre de gravidez e dois a quatro dias após o parto. A amostragem foi efectuada por conveniência nas duas instituições mencionadas.

Para a recolha de dados, foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo, explicada a natureza e os objectivos do mesmo, garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas aos questionários, e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração dos HUC e pela Comissão de Ética da MAC.

### *Instrumentos*

#### *Ficha de dados sociodemográficos e grelhas clínicas*

Do protocolo de avaliação faziam parte uma ficha de dados sociodemográficos e duas grelhas de informação clínica: uma de natureza obstétrica, incidindo sobre os antecedentes obstétricos e a actual gravidez; e uma segunda relativa à história médica da infecção por VIH, compreendendo dados sobre a infecção [em concreto: duração da infecção; tempo de conhecimento da infecção; contexto de realização do teste VIH; categoria de transmissão; condição serológica do companheiro; e, no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual do(s) filho(s)].

#### *Brief Symptom Inventory (BSI)*

O BSI [Derogatis, 1993; Versão portuguesa (VP): Canavarro, 2007] é constituído por 53 itens, sendo que o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, de cinco pontos, cotado de 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas Vezes). O BSI avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide e Psicoticismo – e três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP). Os valores das características psicométricas da versão nacional do BSI atestaram a sua consistência interna (Canavarro, 2007). O  $\alpha$  de Cronbach (quer dos diversos itens do inventário, quer os valores globais das escalas) encontraram-se entre .70 e .80, à excepção dos valores encontrados para as escalas de *Ansiedade Fóbica* (.624) e de *Psicoticismo* (.621). Os valores das correlações *split-half* e os coeficientes de Spearman-Brown surgiram também como dados indicativos da boa consistência interna da escala. No presente estudo, o  $\alpha$  de Cronbach foi de .96 para o total da escala e, para as dimensões, variou entre .60 (*Ansiedade Fóbica*) e .86 (*Depressão*).

#### *Emotional Assessment Scale (EAS)*

A EAS (Carlson, Collins, Stewart, Porzelius, Nitz, & Lind, 1989; VP: Moura Ramos, 2006) tem como objectivo medir a reactividade emocional. Trata-se de uma escala constituída por 24 itens, que correspondem a descrições de emoções consideradas fundamentais (Medo, Felicidade, Ansiedade, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza), sendo especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções. 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 consiste numa escala visual analógica, com valor mínimo igual a 0 (zero), localizado no extremo esquerdo da escala e com a indicação “o menos possível”, e valor máximo igual a 100 (cem), situado no extremo direito e com a indicação “o mais possível”, na qual o sujeito deverá colocar a sua resposta. Esta escala apresenta boas características psicométricas demonstrando ser adequada ao estudo da reactividade emocional dos indivíduos perante uma determinada situação. No estudo original o  $\alpha$  de Cronbach variou entre .70 e .91 (Carlson et al., 1989) 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 atestaram também a boa consistência interna da escala [variando entre .73 (*Cólera*) e .88 (*Felicidade*)]. Na presente amostra, o  $\alpha$  de Cronbach variou entre .68 (*Surpresa*) e .81 (*Felicidade*).

### *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*

O WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998; VP: Vaz Serra et al., 2006) destina-se a avaliar a qualidade de vida. Este instrumento é composto por 26 itens e está organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, e 24 facetas específicas. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à excepção da faceta sobre QdV em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à QdV em geral e outro à percepção geral da saúde. Este instrumento apresentou, de acordo com os estudos originais (WHOQOL Group, 1998), valores aceitáveis de consistência interna, considerando o  $\alpha$  de Cronbach de cada um dos quatro domínios, que oscilou entre .66 (*Relações Sociais*) e .84 (*Físico*). No estudo de validação da versão de Portugal (Vaz Serra et al., 2006), o WHOQOL-Bref demonstrou ter também boas propriedades psicométricas. O  $\alpha$  de Cronbach apresentou níveis aceitáveis, quer se considerem os 26 itens (.92); ou os 4 domínios: *Físico* (.87), *Psicológico* (.84), *Relações Sociais* (.64) e *Ambiente* (.78). No presente estudo, o  $\alpha$  de Cronbach foi de .90 para o total dos itens e oscilou, relativamente aos domínios, entre .72 (*Psicológico*) e .80 (*Físico*).

### *Escalas de adjectivos: Avaliação dos domínios conjugal e parental*

Neste estudo, utilizámos igualmente escalas de adjectivos para avaliar as dimensões relativas aos domínios conjugal e parental, nomeadamente: satisfação com a relação conjugal; satisfação com a relação com o bebé; percepção de competência materna; e percepção de realização materna. Estas escalas têm esta designação na medida em que apresentam um contínuo de adjectivos ou julgamentos referentes a uma determinada situação. São elaboradas de forma semelhante às escalas visuais analógicas, distinguindo-se pela introdução de descritores adicionais intermédios (Streiner & Norman, 1995).

### *Análises estatísticas*

Na análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (versão 15.0). Numa primeira fase, para a caracterização sociodemográfica da amostra e dos diferentes grupos que a compõem recorremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão). Com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos de estudo relativamente aos indicadores de adaptação mencionados, recorremos à estatística inferencial. Concretamente, recorremos ao procedimento de análise univariada da variância (ANOVA), concretamente à 2x2 ANOVA, em que as variáveis independentes (VIs) foram o grupo (GC-VIH *versus* GC) e a paridade (primípara *versus* múltipara). Para análise da estabilidade ao longo do tempo nos diferentes indicadores de adaptação recorremos ao teste não-paramétrico para amostras emparelhadas (Teste de Wilcoxon) e às correlações de Spearman. Os testes estatísticos com probabilidades inferiores a .05 foram considerados estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

### *Adaptação pessoal*

Na apresentação dos resultados que se seguem, e dado o elevado número de indicadores de adaptação em estudo, são referidos apenas os indicadores que revelaram um efeito principal de uma das VIs ou efeitos de interacção com significação estatística. As médias marginais estimadas, relativamente aos resultados do primeiro momento de avaliação, constam do Quadro 2.

QUADRO 2

*Indicadores de adaptação em função dos grupos em estudo e da paridade:  
Médias marginais estimadas*

	Primípara	Múltipara	Total
GC-VIH			
Depressão	0.75	1.07	0.90
Ansiedade	0.56	1.01	0.77
Hostilidade	0.62	1.02	0.80
Psicoticismo	0.47	0.91	0.68
ISP	1.54	1.79	1.66
Ansiedade	44.48	53.76	48.91
Medo	31.45	36.68	33.94
Culpa	23.52	30.26	26.74
Cólera	20.65	30.37	25.29
Surpresa	32.61	29.81	31.27
Tristeza	32.72	37.24	34.88
Relações sociais	69.74	61.36	66.67
Ambiente	68.42	57.67	64.48
Faceta geral de QdV	61.84	46.59	56.25
GC			
Depressão	0.53	0.64	0.57
Ansiedade	0.51	0.66	0.57
Hostilidade	0.65	0.76	0.70
Psicoticismo	0.39	0.47	0.42
ISP	1.38	1.43	1.41
Ansiedade	32.04	38.39	34.50
Medo	12.75	19.93	15.54
Culpa	15.49	18.73	16.74
Cólera	13.97	15.19	14.44
Surpresa	16.60	21.37	18.45
Tristeza	18.27	18.87	18.50
Relações sociais	80.17	71.76	76.95
Ambiente	72.20	62.85	68.62
Faceta geral de QdV	78.45	74.31	76.87
Total			
Depressão	0.63	0.85	0.73
Ansiedade	0.53	0.83	0.66
Hostilidade	0.64	0.89	0.75
Psicoticismo	0.43	0.69	0.54
ISP	1.46	1.61	1.53
Ansiedade	37.44	46.45	41.32
Medo	20.86	28.73	24.25
Culpa	18.97	24.78	21.47
Cólera	16.87	23.16	19.53
Surpresa	23.55	25.80	24.52
Tristeza	24.54	28.51	26.25
Relações sociais	76.04	67.82	72.94
Ambiente	70.70	60.88	67.01
Faceta geral de QdV	71.88	63.79	68.83

No Quadro 3 encontram-se os resultados da ANOVA 2x2, relativamente aos indicadores de adaptação que registaram efeitos estatisticamente significativos. Foi possível verificar que o efeito principal da existência de infecção por VIH é estatisticamente significativo em relação à generalidade das dimensões. Com efeito, a comparação das médias marginais (cf. coluna da direita do Quadro 2) indica que as grávidas do GC-VIH apresentam resultados superiores aos das grávidas do GC nas dimensões de psicopatologia e reactividade emocional e inferiores nos indicadores de qualidade de vida.

Já no que respeita à paridade (cf. médias marginais do terço inferior do Quadro 2), os resultados permitem-nos verificar que, nas dimensões referidas, as mulheres múltiparas apresentam resultados

superiores de psico-sintomatologia, maior reactividade emocional negativa e menor QdV. No total, foram encontrados efeitos principais da paridade em três dimensões do BSI, nos domínios *Relações Sociais e Ambiente* e na *Faceta Geral de QdV* (cf. Quadro 3). Pela leitura do mesmo quadro, podemos também verificar que nenhum efeito de interacção se mostrou estatisticamente significativo.

### QUADRO 3

*Indicadores de adaptação em função dos grupos em estudo e da paridade:  
Análises univariadas da variância*

	Grupo	Paridade	Interacção
Depressão	4.33*	1.83	0.46
Ansiedade	2.97	6.45*	1.54
Hostilidade	0.80	4.30*	1.42
Psicoticismo	4.84*	4.84*	2.50
ISP	7.64**	2.44	1.35
Ansiedade	9.07**	2.85	0.10
Medo	18.24***	2.24	0.06
Culpa	8.21**	2.13	0.26
Cólera	6.58*	1.65	0.99
Surpresa	9.53**	0.06	0.91
Tristeza	9.91**	0.24	0.14
Relações sociais	9.66**	6.28*	0.00
Ambiente	2.06	10.40**	0.05
Faceta geral de QdV	34.51***	6.61*	2.17

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

No segundo momento de avaliação, e procedendo ao mesmo conjunto de análises, verificaram-se efeitos principais da variável grupo nas emoções *Ansiedade*,  $F(1,71)=4.46$ ,  $p=.038$ , e *Culpa*,  $F(1,71)=7.49$ ,  $p=.008$ , bem como no domínio *Relações Sociais*,  $F(1,65)=7.04$ ,  $p=.010$  e na *Faceta Geral de QdV*,  $F(1,65)=19.55$ ,  $p<.001$ . Relativamente à experiência prévia de gravidez (paridade) não se registaram efeitos significativos.

#### *Adaptação relacional*

Considerando a adaptação relacional, relativamente à paridade, os dados obtidos apontam igualmente para a inexistência de diferenças em três dos quatro indicadores. Na *percepção de competência parental* registou-se um efeito significativo da variável paridade,  $F(1,62)=4.46$ ,  $p=.035$ , com as mulheres múltiparas a apresentar valores mais elevados (Primípara –  $M=5.58$  versus Múltipara –  $M=6.12$ ). Na *satisfação com a relação conjugal* (Primípara –  $M=5.43$  versus Múltipara –  $M=4.85$ ;  $p=.050$ ) a diferença aproximou-se do limiar de significação estatística.

#### *Estabilidade da adaptação ao longo do tempo*

Para além da análise da adaptação nos dois momentos de avaliação considerados, entendemos também ser importante analisar a forma como a adaptação evolui ao longo do tempo, ou seja, se a evolução é diferencial para as primíparas e para as múltiparas. Na presente análise, esta variável foi considerada, simultaneamente, no contexto de (in)existência da infecção por VIH.

Em termos de estabilidade absoluta (avaliada através do Teste de Wilcoxon), globalmente, verificou-se uma diminuição da psicossintomatologia entre os dois momentos de avaliação, sem que as diferenças tenham sido estatisticamente significativas. As excepções registaram-se entre as mulheres múltiparas seropositivas para o VIH, grupo em que se verificaram diferenças significativas entre as duas avaliações na dimensão *Ansiedade* ( $z=-2.30$ ;  $p=.022$ ) e no *ISP* ( $z=-1.99$ ;  $p=.046$ ).

No que diz respeito à reactividade emocional, a tendência geral foi de diminuição, ao longo do tempo, da reactividade emocional negativa e de aumento na *Felicidade*. Esta emoção aumentou de forma estatisticamente significativa entre as mulheres múltiparas, quer do grupo clínico ( $z=-2.48$ ;  $p=.013$ ) quer do grupo de controlo ( $z=-2.72$ ;  $p=.006$ ). De igual forma, nestes mesmos grupos, verificou-se uma diminuição significativa na emoção *Ansiedade*, nomeadamente: GC-VIH ( $z=-2.87$ ;  $p=.004$ ) e GC ( $z=-2.30$ ;  $p=.022$ ). No grupo de primíparas do GC observou-se igualmente uma mudança (aumento) significativa na emoção *Surpresa* ( $z=-3.12$ ;  $p=.002$ ).

Finalmente, e no que se prende com a QdV, entre as mulheres múltiparas registou-se um aumento em todos os domínios e na faceta geral. Em termos grupais, a única diferença verificou-se no domínio *Físico*: GC-VIH ( $z=-2.10$ ;  $p=.035$ ) e GC ( $z=-3.00$ ;  $p=.003$ ). Neste domínio, observou-se igualmente um aumento significativo no grupo das primíparas do GC-VIH ( $z=-3.06$ ;  $p=.002$ ). Já entre as mulheres primíparas registou-se uma diminuição nos domínios das *Relações Sociais* em ambos os grupos (clínico e controlo) e no domínio *Ambiente*, apenas no grupo de primíparas do GC-VIH. Nas primíparas do GC foram encontradas diferenças entre os dois momentos nos domínios *Psicológico* ( $z=-2.21$ ;  $p=.027$ ), onde se registou um aumento do primeiro para o segundo momento de avaliação, e *Relações Sociais* ( $z=-2.44$ ;  $p=.015$ ). Em relação à *Faceta Geral de QdV*, a única diferença com significação estatística verificou-se entre as múltiparas do GC-VIH ( $z=-2.26$ ;  $p=.024$ ), que apresentam um resultado mais elevado no segundo momento de avaliação.

Globalmente, os resultados permitem atestar a continuidade grupal na adaptação. A fim de avaliar a estabilidade e/ou mudança individual, recorreremos à análise das correlações de Spearman entre os indicadores avaliados na gravidez e no pós-parto. Os resultados obtidos encontram-se expressos no Quadro 4.

QUADRO 4  
*Estabilidade temporal da adaptação das mães primíparas e múltiparas*

	GC-VIH		GC	
	Primípara	Múltipara	Primípara	Múltipara
<b>Sintomatologia psicopatológica</b>				
Somatização	.65**	.54*	.07	.61**
Obsessões-compulsões	.29	.82***	.44*	.83***
Sensibilidade interpessoal	.27	.72**	.52**	.85***
Depressão	.37	.53	.64**	.74***
Ansiedade	.25	.66**	.68***	.52*
Hostilidade	.37	.70**	.57**	.53*
Ansiedade fóbica	.38	.98***	.64**	.81***
Psicoticismo	.25	.56*	.52**	.78***
Ideação paranóide	.32	.70**	.79***	.86***
IGS	.45	.75**	.71***	.79***
TSP	.49*	.76**	.76***	.77***
ISP	.48	.82***	.20	.68**
<b>Reactividade emocional</b>				
Ansiedade	.26	.83***	.34	.82***
Felicidade	.27	.05	.14	.50*
Medo	.34	.52	.45*	.31
Culpa	.36	.60*	.64**	.71**
Cólera	.29	.49	.46**	.54*
Surpresa	.26	.77**	.29	.62**
Tristeza	.30	.29	.24	.56*
<b>Qualidade de vida</b>				
Físico	-.21	.00	.36	.11
Psicológico	.11	.39	.45*	.41
Relações sociais	.49	.44	.23	.84***
Ambiente	.54	.78**	.65***	.83***
Faceta geral de QdV	.72**	.27	.29	.76**

Nota. \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$ .

A partir da leitura do Quadro 4, verificamos que, de forma geral, as mulheres múltiparas apresentam maior estabilidade temporal e continuidade individual na adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho (observada através das correlações significativas entre os dois momentos de avaliação), sendo tal estabilidade especialmente evidente no que se refere à psicossintomatologia. Considerando a existência de infecção por VIH, a análise dos resultados permite-nos constatar que a estabilidade individual é superior entre as mulheres do GC. Considerando apenas as primíparas, as mulheres seropositivas para o VIH apresentam notória descontinuidade individual, ainda que os dados relativos à estabilidade absoluta apontem para a estabilidade grupal.

## DISCUSSÃO

A literatura científica tem sublinhado o impacto que o nascimento de um filho tem na vida dos pais, não sendo, todavia, muito clara sobre as particularidades inerentes ao facto de ser ou não o primeiro. No contexto da infecção por VIH, que seja do nosso conhecimento, este aspecto não tem sido empiricamente estudado. No presente estudo procurámos, então, compreender melhor essas diferenças, no que respeita à adaptação à gravidez e aos primeiros dias subsequentes ao parto.

Na revisão de literatura, relatámos que o nascimento de um filho, em particular o primeiro, está associado a uma adaptação complexa, implicando uma maior perturbação que o nascimento de um outro filho. Partimos, neste sentido, do pressuposto de que a primiparidade pode constituir um importante factor de vulnerabilidade na adaptação materna, sobretudo no pós-parto. De acordo com o hipotetizado, e consistente com o estudo de Wilkinson (1999) e com a revisão de Figueiredo (2000), durante a gravidez, as mulheres primíparas apresentaram resultados inferiores de psicossintomatologia, menor reactividade emocional negativa e melhor QdV. No total, foram encontrados efeitos principais da experiência prévia de gravidez/maternidade em três dimensões de psicopatologia e nos domínios *Relações Sociais e Ambiente* e na Faceta Geral de QdV. No segundo momento de avaliação não se registaram quaisquer diferenças relativamente à paridade, ainda que os dados apontem para maiores níveis de psicossintomatologia, maior reactividade emocional negativa e menor QdV entre as mães múltiparas.

Stewart (1990) alerta para as reorganizações exigidas ao sistema parental preexistente e diversos autores (e.g., Goldberg & Michaels, 1988; Hakulinen, Paunonen, White, & Wilson, 1997) defendem inclusive que esta segunda transição, podendo ser menos dramática, é certamente mais complexa (e.g., pela antecipação dos novos papéis no núcleo familiar). Face ao exposto, não será surpreendente que as mulheres múltiparas reportem níveis mais elevados nos indicadores de adaptação de valência negativa.

Já no que respeita à adaptação relacional, embora não tenhamos encontrado diferenças com significação estatística, os resultados apontam para melhores valores de satisfação conjugal entre as mulheres primíparas, o que tem sido demonstrado em estudos internacionais (Belsky, Spanier, & Rovine, 1993; Windridge & Berryman, 1996) e nacionais (Gameiro et al., 2009), bem como para melhor percepção de competência materna entre as mulheres múltiparas, também semelhante ao demonstrado em estudos nacionais conduzidos em amostras de grávidas sem risco médico associado (Gameiro et al., 2009; Oliveira, 2006).

Entre a gravidez e o pós-parto, os resultados da estabilidade absoluta e relativa apontam para padrões e trajectórias de adaptação diferentes. Globalmente, verificou-se uma melhoria na adaptação dos quatro grupos considerados, porém, registaram-se trajectórias individuais diferenciadas, com as mulheres primíparas seropositivas para o VIH a evidenciar menor estabilidade individual. Estes resultados alertam para a importância de considerar, no âmbito da gravidez, intervenções diferenciadas.

Este aspecto chama a atenção, contudo, para uma importante limitação do presente estudo, que considerou apenas avaliações durante a gravidez e pós-parto. Neste sentido, pensamos que a opção por um desenho longitudinal mais longo, que avaliasse a adaptação até aos seis meses após o nascimento do bebé, poderia ajudar a melhor compreender as trajectórias destes grupos. Este ponto revela-se de extrema relevância dado que, entre as grávidas seropositivas, aos primeiros seis meses está associada uma grande incerteza e dificuldade de gestão emocional, que se prende com a confirmação (positiva ou negativa) do diagnóstico de infecção do bebé. Por outro lado, e dado o consenso de que a transição para a maternidade é um fenómeno eminentemente complexo e multideterminado (Belsky & Jaffee, 2006) reconhecemos a importância de estudar a influência da paridade em conjunto com outros determinantes (sociodemográficos; reprodutivos) da adaptação.

Os objectivos centrais da presente investigação situam-se num plano relativamente próximo da intervenção psicológica, pelo que não podemos deixar de responder à inevitável questão sobre as implicações práticas (clínicas) das posições defendidas e dos resultados obtidos. No mesmo sentido, parece-nos imprescindível alertar para a premência que as rotinas de planeamento familiar podem assumir neste contexto.

A identificação das mulheres que apresentem factores de risco de desenvolver estados emocionais negativos durante a gravidez é indispensável. A paridade assume, na nossa óptica, e tendo em conta a experiência clínica que temos vindo a desenvolver numa Maternidade, uma importância central. Esta variável entendemo-la, também, indissociável da variável planeamento da gravidez. Esta dupla consideração pode constituir uma importante pista futura de investigação.

Adicionalmente, e considerando que o grupo clínico do nosso estudo pertence, na larga maioria, ao nível socioeconómico baixo, ter atenção a este factor é um aspecto importante para as mulheres (casais) carenciadas(os), uma vez que contribui para prevenir a existência de um elevado número de filhos, muito além das suas possibilidades e recursos financeiros.

Do ponto de vista psicológico defendemos, à semelhança de outros autores (Gameiro et al., 2009) que a intervenção (aconselhamento) deverá passar por uma componente educativa sobre aspectos práticos de cuidados diários e, ao mesmo tempo, permitir ventilar emoções e discutir preocupações relativas à antecipação do (novo) papel de cuidadora. Este aspecto, no contexto da infecção VIH, tem especial importância, na medida em que, nas primeiras seis semanas após o nascimento do bebé, cabe às mães (geralmente) a responsabilidade de administrar o xarope de AZT. Adicionalmente, assume-se como central um aconselhamento psicológico no pós-parto, dada a existência de evidência empírica de que, com frequência, as mulheres negligenciam as suas necessidades (em termos de saúde pessoal) em detrimento das necessidades e cuidados dos filhos e outros significativos (Aranda-Naranjo & Davis, 2001; Herbert & Bachanas, 2002), que poderão igualmente estar infectados (Armistead & Forehand, 1995).

Não obstante as inúmeras especificidades desta infecção, e independentemente de esta temática discorrer entre concepções da maternidade como proibida ou aceitável, reconhecemos, como Sherr (2005), que as mulheres infectadas enfrentam os mesmos desafios parentais que todas as mulheres, porém, são as especificidades da infecção VIH, os diferentes contextos individuais, bem como as diferentes trajectórias e padrões de adaptação que devem, em contexto clínico, orientar a nossa posição enquanto psicólogos de uma Maternidade.

## REFERÊNCIAS

- Aranda-Naranjo, B., & Davis, R. (2001). Psychosocial and cultural considerations. In J. R. Anderson (Ed.), *A guide to the clinical care of women with HIV* (pp. 275-287). Health Resources and Services Administrators. HIV/AIDS Bureau.

- Armistead, L., & Forehand, R. (1995). From whom the bell tolls: Parenting decisions and challenges faced by mothers who are HIV seropositive. *Clinical Psychology Science and Practice, 2*, 239-250.
- Belsky, J., & Jafee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., pp. 38-85). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Belsky, J., Spanier, G. B., & Rovine, M. (1993). Stability and change in marriage across the transition to the parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 45*, 553-556.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.) *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). 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, P., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2007). Gravidez e risco psicopatológico. *Psychologica, 46*, 105-124.
- Cronin, C. (2003). First-time mothers: Identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 260-267.
- Delle Fave, A., & Massimini, F. (2004). Parenthood and the quality of experience in daily life: A longitudinal study. *Social Indicators Research, 67*, 75-106.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming parent: The relation between prenatal expectation and postnatal experience. *Journal of Family Psychology, 14*(4), 625-640.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI – Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L., & Shaul, D. L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relation between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 24*(1), 71-81.
- Gameiro, S., Moura Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*, 269-286.
- Goldberg, W. A., & Michaels, G. Y. (1988). The transition to parenthood: Synthesis and future directions. In G.Y. Michaels & W. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and practice* (pp. 343-360). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hackle, L. S., & Ruble, D. N. (1992). Changes in the marital relationship after the first baby is born: Predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(6), 944-957.
- Hakulinen, T., Paunonen, M., White, M. A., & Wilson, M. E. (1997). Dynamics of families during third trimester of pregnancy in southwest Finland. *International Journal of Nursing Studies, 34*(4), 270-277.
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences. *Developmental Psychology, 43*(1), 1-12.
- Herbert, S. E., & Bachanas, P. (2002). HIV/AIDS. In S. G. Kornstein & A. H. Clayton (Eds.), *Women's mental health: A comprehensive textbook* (pp. 452-466). New York: The Guilford Press.

- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 69-74.
- Kendell, R. E. (1978). Childbirth as an aetiological agent. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 69-79). Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2007). Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, XXV(3), 503-515.
- Porter, C. L., & Hsu, H.-C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.
- Romanelli, R. M., Kakehasi, F. M., Tavares, M. C., Melo, V. H., Goulart, L. H., Aguiar, R. A., & Pinto, J. A. (2006). Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6(3), 329-334.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2000). Women's and men's personal goals during transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 171-186.
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrère, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 59-70.
- Sherr, L. (2005). Women and HIV. In K. Citron, M. J. Brouillette, & A. Beckett (Eds.), *HIV and Psychiatry: A training and resource manual* (pp. 215-235). Cambridge: Cambridge University Press.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2004). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression, and anxiety after childbirth: A prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.
- Stewart, R. B. (1990). *The second child: Family transition and adjustment*. Newbury Park: Sage Publications.
- Streiner, D. L., & Norman, G. (1995). *Health measurements scales: A practical guide to their development and use* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Tarka, M. T., Paunonen, M., & Laipalla, P. (2000a). First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 20-26.
- Tarka, M. T., Paunonen, M., & Laipalla, P. (2000b). How first-time mothers cope with childcare while still in maternity ward. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 97-104.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- WHOQOL Group. (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wilkinson, R. B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor? *Australian Journal of Psychology*, 47(2), 86-92.
- Wilkinson, R. B. (1999). Mood changes in mothers and fathers through childbearing: Are the blues so blue? *Psychology & Health*, 14, 847-858.

Windridge, K. C., & Berryman, J. C. (1996). Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women of 35 and over. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14*(1), 45-55.

In the present empirical study, we intend to determine the influence of parity in the adaptation in transition to motherhood among HIV-positive pregnant women and pregnant women without associated medical risk. Ninety-eight women (47 HIV-positive and pregnant women and 51 pregnant women without medical risk) were assessed during the second trimester of pregnancy and 2 to 4 days postpartum. The assessment protocol consisted of social-demographic, clinical and obstetric grids; and self-report questionnaires designed to assess psychological symptom patterns (*Brief Symptom Inventory*), emotional reactivity (*Emotional Assessment Scale*), and quality of life (*WHOQOL-Bref*). Our results showed that multiparity is associated with worse adaptation in the transition to motherhood, more prominently among HIV-infected women. The highest discriminative power, regarding parity, was observed in the Social Relationships and Environment domains, in the general facet of quality of life as well as in the dimension Anxiety. Throughout time, the highest individual stability was reported among multiparous women and the lowest stability was observed in HIV-infected primiparous women. Our findings supported the existence of different patterns and trajectories of adaptation for primiparous and multiparous women and, essentially, suggested the importance of differential interventions concerning each group.

**Key-words:** Adaptation, HIV, Motherhood, Parity.