

# Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade (\*)

MARCO PEREIRA (\*\*)

MARIA CRISTINA CANAVARRO (\*\*\*)

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) é uma doença que compreende algumas especificidades quanto à sexualidade e ao género<sup>1</sup> (Dowsett, 2003). Os papéis de género podem intervir nos comportamentos que favorecem o risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ou que inibem meios de

prevenção. Por outras palavras, a construção da sexualidade masculina e feminina reflecte desigualdades e tem claras implicações na vulnerabilidade da mulher à infecção pelo VIH (Parker, 2001; Weiss, Whelan & Gupta, 2000). Como refere Squire (1993), qualquer intervenção profilática contra a infecção pelo VIH direccionada às mulheres em risco, não pode ser dissociada do meio envolvente em que a mulher vive e dos riscos que daí possam decorrer. Efectivamente, na maioria das sociedades, as relações de género caracterizam-se por um balanço desigual de poder, francamente desfavorável às mulheres.

A problemática da SIDA no feminino é múltipla e multidisciplinar, pela constante interacção de

---

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

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

(\*\*\*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Dr. Daniel de Matos do Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana, Hospitais da Universidade de Coimbra.

---

<sup>1</sup> O género tem sido considerado como um dos principais elementos estruturantes das relações sociais. Neste sentido, importa sublinhar que *género* não é sinónimo de sexo (Gupta, 2000). O género refere-se às expectativas e normas partilhadas dentro da mesma sociedade sobre comportamentos, características e papéis masculinos e femininos. Enquanto que o sexo descreve a distinção biológica entre homens e mulheres, o *género* é um conceito ancorado na diferenciação do poder, papéis, responsabilidades e obrigações entre homens e mulheres.

factores que pressupõe. Na mulher, a infecção pelo VIH concentra algumas singularidades, nomeadamente, porque uma larga maioria das mulheres são jovens, com vida sexual activa e com evidente potencial reprodutivo. Devido a vulnerabilidades específicas, o risco das mulheres serem contaminadas pelo VIH tem aumentado, progressivamente, em todas as partes do mundo. Esta vulnerabilidade é decorrente de uma constelação de factores de ordem biológica, psicossocial e de natureza comportamental e relacional.

Reconhecida a complexidade e multideterminação do processo de adaptação na transição para a maternidade, os Modelos Bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998) e o Modelo dos Determinantes do Comportamento Parental de Belsky (1984) oferecem uma grelha de leitura bastante útil, na medida em que contemplam diversas variáveis que, pertencentes a diferentes níveis (individuais; familiares; ambientais) têm influência no desenvolvimento humano e na adaptação a transições normativas ou não do ciclo de vida, como por exemplo na adaptação ao nascimento de um filho, empiricamente demonstrado em estudos internacionais (Levy-Schiff, 1994) e nacionais (Moura Ramos, 2006; Oliveira, 2006).

A perspectiva ecológica acentua a ideia de que as interações entre o indivíduo e os diferentes contextos são importantes definidores do desenvolvimento, sendo que as *transições desenvolvimentais* (e.g., nascimento de um filho) têm grandes implicações no desenvolvimento do indivíduo, podendo tornar-se em importantes “pontos de viragem” das trajectórias individuais. Para a compreensão do desenvolvimento humano, O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1979), actualmente designado de Modelo Bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998), contempla vários contextos que envolvem o indivíduo, remetendo para a valorização das interações entre o indivíduo e o contexto ao longo do ciclo de vida, por outras palavras, remetendo para interações bidireccionais, caracterizadas pela reciprocidade.

O Modelo Ecológico parte da premissa de que o desenvolvimento do ser humano é influenciado não apenas pelas características do indivíduo, mas igualmente por todos os sistemas contextuais em que se encontra integrado. Bronfenbrenner concebe o sistema ecológico como uma disposição seriada

de estruturas concêntricas, não independentes e pressupondo relações de inclusão. Concretamente, Bronfenbrenner oferece uma matriz de hierarquização com quatro níveis ou sistemas, progressivamente mais abrangentes, e que operam de forma concertada, influenciando o desenvolvimento humano: microsistema; mesossistema; exossistema; e macrosistema (Bronfenbrenner, 1979).

O *microsistema* é definido como o padrão de actividades, papéis e relações interpessoais experienciados pelo indivíduo num determinado contexto. O *mesossistema* compreende as inter-relações de dois ou mais contextos (microsistemas) em que o indivíduo participa de forma activa. O *exossistema* refere-se aos contextos que não envolvem directamente o indivíduo e no qual este não participa directamente, mas cujos acontecimentos influenciam ou podem ser influenciados pelo contexto em que o indivíduo está inserido. Finalmente, o *macrosistema* consiste no nível mais abrangente e integra a cultura, os padrões ideológicos e de organização social e que influenciam ou podem influenciar transversalmente os sistemas anteriores.

A aplicação deste modelo ao estudo da adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho implica considerar diferentes níveis de análise (Belsky, 1999; Bronfenbrenner, 1986; Levy-Schiff, 1994), tais como: as características dos pais; características das crianças; contextos e dinâmicas familiares (microsistema); o contexto social mais lato, onde se incluem a família alargada, o grupo de amigos (exossistema); e contexto social, económico e cultural da sociedade envolvente (macrosistema). De forma mais específica, este modelo tem igualmente sido aplicado na compreensão do processo de socialização associado ao género (Casey, 2002).

O *Modelo dos Determinantes do Comportamento Parental* deriva dos trabalhos de Belsky (1984) com crianças maltratadas e considera que existem diversos factores implicados na determinação do comportamento parental. Em particular, neste modelo destacam-se três determinantes principais do comportamento parental: (a) características dos pais; (b) características da criança; e (c) características do contexto social.

De acordo com a matriz conceptual enunciada por Belsky (1984, 1999; Belsky & Jafee, 2006), o comportamento parental é directamente influenciado por características do próprio indivíduo (personalidade), por características da criança e pelo contexto social mais lato, onde se incluem: a relação

conjugal, o contexto social mais geral e a experiência profissional dos pais. Este modelo, fortemente influenciado pela perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida, considera ainda a história desenvolvimental dos pais, que exerce influência sobre a sua personalidade, o que vai ter impacto no comportamento parental e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança.

Todo o conjunto destes factores interage de forma sistemática, de modo a permitir um funcionamento competente dos pais. Neste sentido e, na mesma linha, o comportamento parental competente seria aquele que *permite ao indivíduo em desenvolvimento (a criança) adquirir as capacidades exigidas para lidar de forma mais eficaz com os contextos em que viverá durante a sua infância, adolescência e idade adulta* (Belsky, Robins & Gamble, 1984, p. 251).

De acordo com este modelo, as características dos pais e as características do contexto estão altamente interligadas (Luster & Okagak, 1993). Ou seja, para compreendermos a adaptação na transição para a parentalidade torna-se essencial considerar as relações que os pais estabelecem com o contexto que os rodeiam. Neste sentido, é esperável que as vulnerabilidades contextuais face à infecção VIH associadas ao género feminino desempenhem um papel essencial na compreensão da forma como uma mulher infectada se adapta à gravidez e ao nascimento de um filho.

Os modelos conceptuais anteriormente descritos, ainda que distintos na sua origem, são um bom exemplo da integração das perspectivas desenvolvimentista e ecológica, partilhando a valorização dos aspectos contextuais e sobretudo, partilhando a multideterminação subjacente às diferentes transições do ciclo de vida (normativas ou não), em geral, e à adaptação à transição para a parentalidade, em particular.

## MÉTODO

### *Objectivos do estudo*

O padrão crescente da transmissão do VIH por via heterossexual, aliada ao facto da grande maioria das mulheres tomar conhecimento da existência de infecção durante as rotinas de cuidados pré-natais tem legitimado o crescente interesse empírico pela

temática da gravidez e infecção pelo vírus da SIDA, assim como pela forma como as mulheres, que se encontram numa posição central (e, conseqüentemente, mais vulnerável) face à transmissão do VIH, percebem como grávidas e *doentes*.

O estudo apresentado contemplou dois momentos distintos de avaliação: (1) no 2.º trimestre de gravidez e (2) dois a quatro dias após o parto. Em ambos os momentos de avaliação a adaptação foi avaliada através de três indicadores: (1) percepção de stress; (2) sintomatologia psicopatológica; e (3) reactividade emocional.

O objectivo geral deste estudo consistiu em avaliar a adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. De forma específica procurou-se avaliar o papel dos diferentes contextos de influência (socio-demográficos; associados com a infecção pelo VIH; e associados com a gravidez e maternidade) na adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho das mulheres infectadas pelo VIH/SIDA.

### *Participantes*

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

A recolha da amostra decorreu entre Abril de 2003 e Fevereiro de 2006 e foi recolhida na MDM. Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicado à grávida a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato 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 6,19 anos. A maioria das mulheres é casada ou vive em união de facto. Têm habilitações literárias entre os 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário. Cerca de 81% das mulheres pertencem ao nível socio-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 nove (29%) dos casos de gravidez; três mulheres provêm do Brasil e uma de Marrocos.

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

### *Instrumentos*

#### Entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez

No primeiro momento de avaliação foi utilizada uma entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez (Canavarro & Araújo, 2002). Esta entrevista é constituída por 58 questões resposta aberta e fechada e divide-se em duas partes. A Parte I, com 49 questões, encontra-se organizada em sete partes temáticas, designadamente, dados socio-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.

#### 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 catorze itens, outra abreviada com dez itens e ainda uma versão indicada para entrevistas telefónicas breves, constituída por apenas quatro itens. Cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta, variando entre 0 “Nunca” e 4 “Com muita frequência”. A versão utilizada foi a de dez itens. Nos estudos originais (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Cohen & Williamson, 1988), a versão de dez 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.

#### 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 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) encontram-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.

#### 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 avaliar 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).

#### 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; e, no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, comporta dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual (estado de infecção) do(s) filho(s).

#### *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*).

Numa primeira fase, para a caracterização socio-demográfica das amostras e os diferentes grupos que a compõem recorremos 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, recorremos 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 o equivalente não paramétrico da ANOVA (análise da variância) – Teste de Kruskal-Wallis.

## RESULTADOS

### *Contextos de Influência da Adaptação Materna*

No contexto da vulnerabilidade de género, neste ponto procuramos descrever os contextos que influenciam a adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho, de acordo com o enunciado anteriormente, nomeadamente, os contextos socio-demográficos, associados com a infecção VIH e contextos relacionados com a gravidez/maternidade.

### *Contextos Socio-Demográficos*

Em primeiro lugar, procurámos analisar a influência dos diferentes contextos socio-demográficos (idade; habilitações literárias; estado civil; etnia; e situação profissional) relativamente aos indicadores de

adaptação pessoal (percepção de *stress*; sintomatologia psicopatológica; e reactividade emocional) através de análises de comparação de médias (teste de Mann-Whitney) e testes da variância univariada, concretamente utilizando o teste de Kruskal-Wallis.

Em relação às mães dos diferentes grupos etários, não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos indicadores de adaptação pessoal nos dois momentos de avaliação. Relativamente ao estado civil [variável dicotomizada: casada/união de facto vs. solteira], no primeiro momento de avaliação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em duas emoções avaliadas pela EAS, nomeadamente na *Surpresa* e na *Tristeza*. Os resultados médios destas emoções encontram-se no Quadro 1.

No segundo momento de avaliação, e em relação à mesma variável foram encontradas diversas diferenças estatisticamente significativas, quando avaliada a psicopatologia (cf. Quadro 2).

Como podemos verificar pelos resultados apresentados no Quadro 2, dois a quatro dias após o

parto, as mulheres solteiras apresentam valores mais elevados em três dimensões do BSI, assim como no Índice Geral de Sintomas. Em termos de reactividade emocional, expressam de igual forma uma maior intensidade de emoções negativas.

Em relação às mães com diferentes habilitações literárias não se encontraram quaisquer diferenças com significação estatística, em ambos os momentos de avaliação.

No que diz respeito à etnia, encontraram-se, no primeiro momento de avaliação, diferenças estatisticamente significativas em diversos indicadores de adaptação pessoal. Os resultados encontram-se expressos no Quadro 3.

Os resultados expressos no Quadro 3 mostram que, de forma consistente, as mulheres pertencentes à raça/etnia negra apresentam valores mais elevados em todas as dimensões psicopatológicas e índices do BSI, que revelaram significação estatística na comparação dos grupos, assim como nas emoções *Ansiedade* e *Culpa* da EAS.

Em relação ao segundo momento de avaliação,

QUADRO 1

*Reactividade emocional: Comparação dos grupos de grávidas em função do estado civil (M1)*

	Casada/União de facto		Solteira		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Tristeza (EAS)	38.14	31.89	91.50	0.71	2.269	<b>.023</b>
Surpresa (EAS)	29.22	22.50	76.67	20.27	2.017	<b>.044</b>

QUADRO 2

*Psicopatologia: Comparação dos grupos de mães em função do estado civil (M2)*

	Casada/União de facto		Solteira		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Obsessões-Compulsões (BSI)	0.48	0.40	1.67	1.17	2.128	<b>.033</b>
Sensibilidade Interpessoal (BSI)	0.35	0.46	1.50	1.14	2.002	<b>.045</b>
Ansiedade Fóbica (BSI)	0.08	0.14	0.60	0.20	2.673	<b>.008</b>
IGS (BSI)	0.45	0.42	1.22	0.69	2.197	<b>.028</b>
Ansiedade (EAS)	29.90	23.78	65.58	16.39	2.200	<b>.028</b>
Cólera (EAS)	12.07	19.90	59.67	28.42	2.203	<b>.028</b>
Surpresa (EAS)	22.07	17.49	68.00	07.37	2.535	<b>.011</b>
Tristeza (EAS)	21.75	27.94	75.83	27.57	2.210	<b>.027</b>

QUADRO 3  
*Psicopatologia: Comparação dos grupos de grávidas em função da etnia (M1)*

	Caucasiana		Negra		Outra		$\chi^2$	p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Obsessões-Compulsões (BSI)	1.000	0.588	1.300	0.938	0.167	0.167	6.689	<b>.035</b>
Sensibilidade Interpessoal (BSI)	0.696	0.810	1.450	1.109	0.000	0.000	7.210	<b>.027</b>
Depressão (BSI)	0.869	0.729	1.733	1.084	0.056	0.096	8.686	<b>.013</b>
Ansiedade (BSI)	0.786	0.687	1.400	1.228	0.000	0.000	7.357	<b>.025</b>
Psicoticismo (BSI)	0.557	0.416	1.360	0.974	0.067	0.115	8.819	<b>.012</b>
IGS (BSI)	0.743	0.503	1.343	0.892	0.126	0.073	8.195	<b>.017</b>
TSP (BSI)	23.714	11.93	30.600	12.18	6.000	5.568	6.940	<b>.031</b>
ISP (BSI)	1.572	0.448	2.263	0.871	1.056	0.096	8.092	<b>.017</b>
Ansiedade (EAS)	45.46	19.65	69.44	25.41	22.83	15.23	7.575	<b>.023</b>
Culpa (EAS)	21.81	12.91	56.50	34.12	11.67	6.99	6.442	<b>.040</b>

QUADRO 4  
*Reactividade emocional: Comparação dos grupos de mães em função da categoria de transmissão*

	Sexual		Não sexual		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Surpresa (I)	40.58	27.44	13.94	14.05	2.156	.031
Surpresa (II)	47.09	25.06	13.33	10.08	2.079	.038

e no que respeita à etnia, não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à situação profissional das grávidas, não foram encontradas diferenças significativas nos indicadores de adaptação pessoal entre os grupos com diferentes situações (empregada; desempregada; doméstica), em ambos os momentos de avaliação.

#### *Contextos associados à Infecção pelo VIH*

Em seguida, procurámos avaliar a existência de diferenças nos indicadores de adaptação referidos, em função dos contextos associados à infecção pelo VIH, concretamente, a categoria de transmissão e o momento do diagnóstico.

No que se refere à categoria de transmissão, e quando realizamos a análise considerando a variável categorizada em sexual vs. não sexual, encontramos

diferenças estatisticamente significativas, em ambos os momentos de avaliação, e em relação à mesma emoção avaliada pela EAS, a *Surpresa* (cf. Quadro 4).

Em relação às mulheres diagnosticadas previamente e durante a actual gravidez, não encontramos diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliação. Embora o momento do diagnóstico não tenha revelado diferenças estatísticas nos indicadores de adaptação pessoal, chamamos a atenção para a sua importância e, concretamente, para o carácter informativo dos resultados, dado que podem traduzir uma medida do impacto da infecção pelo VIH/SIDA.

Com efeito, tendo em conta a especificidade do contexto da infecção pelo VIH/SIDA na gravidez, e a indicação de que a grande maioria dos diagnósticos desta infecção, entre as mulheres, ocorre durante os exames de rotina pré-natal, procurámos, neste sentido, avaliar o impacto desta notícia criando,

para efeitos de análise de dados, dois grupos distintos. Um primeiro grupo, cujo diagnóstico da infecção ocorreu na actual gravidez (DAG), constituído por dezassete mulheres; e um segundo, composto por catorze mulheres, com diagnóstico efectuado previamente à actual gravidez (DPAG).

#### *Percepção de stress (PSS)*

Em relação à percepção de stress (tal como é avaliada pela PSS) dos dois grupos (DAG – Diagnóstico na Actual Gravidez; e DPAG – Diagnóstico Prévio à Actual Gravidez) não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Teste de Mann-Whitney).

#### *Sintomatologia psicopatológica (BSI)*

Em seguida, procurámos analisar o impacto do diagnóstico da infecção VIH tendo em conta a sintomatologia psicopatológica. As diferenças nas pontuações médias, das diferentes dimensões do BSI e nos índices globais, entre os grupos DAG e DPAG, foram analisadas utilizando o teste de Mann-Whitney para amostras independentes.

Relativamente às nove dimensões psicopatológicas do BSI, todas revelaram pontuações mais elevadas no grupo DAG. Embora não se tenham encontrado diferenças com significação estatística, na dimensão *Depressão*, o nível de significação foi limítrofe ( $p=0.093$ ). Os índices globais do BSI, relativos ao número e intensidade dos sintomas, revelaram pontuações igualmente mais elevadas

no grupo DAG, e também sem diferenças estatisticamente significativas.

#### *Reactividade emocional (EAS)*

No Quadro 5 apresentamos a reactividade emocional dos dois grupos no momento da incursão (Teste de Mann-Whitney). A ordem das emoções encontra-se por ordem decrescente de intensidade (numa escala de 0 a 100), reflectindo as emoções mais sentidas pelo grupo DAG.

Os resultados expressos no Quadro 5 não apresentam diferenças estatisticamente significativas (que pode ser um reflexo do tamanho da amostra), contudo, entendemos tecer algumas considerações sobre os resultados obtidos. Como podemos verificar, as mulheres do grupo DAG apresentam valores superiores em todas as emoções avaliadas pela EAS. A emoção prevalente no grupo DAG é a *Tristeza*, seguida da *Ansiedade* e da *Felicidade*.

No grupo DPAG as emoções mais frequentes são a *Felicidade* e a *Ansiedade*. Parece-nos, no entanto, previsível a frequência elevada de duas emoções, antagónicas na sua essência, no grupo das mulheres cujo diagnóstico da infecção pelo VIH foi efectuado durante a actual gravidez que reflectem, por um lado, a satisfação e a felicidade associadas à gravidez e, simultaneamente, o choque e a intensidade de um diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA.

Chamamos igualmente atenção para a dispersão dos resultados (avaliada pelos valores dos desvios-padrão), em particular no grupo DAG, que parece

QUADRO 5  
*Reactividade emocional: Comparação dos grupos DAG e DPAG*

	DAG		DPAG		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Tristeza	58.59	38.73	24.85	14.27	1.620	n.s.
Ansiedade	52.30	22.14	40.75	17.01	1.268	n.s.
Felicidade	52.12	36.42	51.70	29.37	0.070	n.s.
Medo	43.95	35.16	28.23	18.76	0.634	n.s.
Surpresa	42.94	32.98	23.87	17.45	0.324	n.s.
Cólera	37.82	32.58	17.07	17.63	0.951	n.s.
Culpa	34.85	28.63	18.30	8.74	1.340	n.s.

QUADRO 6

*Reactividade emocional: Comparação do grupo de mães em função do planeamento da gravidez (M2)*

	Planeada		Não Planeada		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Depressão (BSI)	0.111	0.136	1.271	.0854	3.057	<b>.002</b>
Ansiedade (EAS)	18.96	18.24	49.09	25.31	2.132	<b>.022</b>
Culpa (EAS)	9.50	5.17	38.38	28.56	2.066	<b>.039</b>
Tristeza (EAS)	7.08	4.94	50.31	37.52	2.075	<b>.038</b>

traduzir uma grande ambivalência emocional que a convergência de gravidez e infecção pelo VIH parece desencadear.

#### *Contextos associados à gravidez e maternidade*

A literatura sobre adaptação à gravidez e maternidade tem sublinhado a importância das experiências prévias de gravidez e maternidade na adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho. Com este objectivo, comparámos a adaptação das mulheres primíparas e múltiparas. Em relação a este contexto, não encontramos diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliação.

Em seguida, procurámos avaliar a influência do planeamento da gravidez nos mesmos indicadores de adaptação. No primeiro momento de avaliação não encontramos diferenças estatisticamente significativas. No segundo momento de avaliação foram encontradas diferenças em alguns indicadores. Os resultados encontram-se expressos no Quadro 6.

Os resultados descritos no Quadro 6 apontam para uma maior dificuldade de adaptação das mulheres que não planearam a gravidez, apresentando valores mais elevados de Depressão (BSI), assim como pontuações mais altas nas emoções *Ansiedade, Culpa e Tristeza*.

Relativamente à aceitação da gravidez não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliação, parecendo não ser um contexto de influência da adaptação.

Em seguida procurámos verificar se as características do recém-nascido exerciam alguma influência na adaptação destas mulheres ao nascimento de um filho. Para tal, considerámos o género do bebé

e os indicadores de adaptação avaliados no segundo momento de avaliação. Não foram encontradas quaisquer diferenças com significação estatística.

#### DISCUSSÃO

Tendo em consideração os modelos teóricos apresentados, sobressai a noção de complexidade da adaptação à gravidez e na transição para a maternidade. Com efeito, constatada a multiterminação e complexidade das interações entre os diferentes contextos, estes resultados permitem-nos *entrever a possibilidade de fragilidades num factor ser atenuada pelas potencialidades de outros, o que equivale a salientar a presença de factores de risco mas também de protecção neste processo* (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Assim, encontramos um pano de fundo que valoriza a vulnerabilidade do género feminino. Como referimos anteriormente, a vulnerabilidade feminina à infecção pelo VIH é multivariada e determinada por diferentes factores interrelacionados. Embora a existência de factores de protecção não diminua necessariamente a vulnerabilidade das mulheres, a forma como estes interagem com os factores de risco é seguramente uma demonstração da complexidade deste processo mas, por outro lado, é um bom veículo para compreender as diferentes trajectórias desenvolvimentais e para testar empiricamente a adaptação destas mulheres, à gravidez e maternidade e à doença.

No que diz respeito aos vários contextos de influência estudados, verificamos que o *estado civil* (e a presença/ausência de companheiro) tem influência na reactividade emocional (*Tristeza e Surpresa*)

no primeiro momento de avaliação, e nas dimensões do BSI (*Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Ansiedade Fóbica e IGS*) e nas emoções *Ansiedade, Cólera, Surpresa e Tristeza* avaliadas pela EAS. As mulheres solteiras apresentam valores mais elevados nestes indicadores relativamente às casadas ou aquelas que vivem em união de facto.

No primeiro momento de avaliação, observou-se também que piores índices de ajustamento se encontravam associados à *etnia*. De forma consistente, são as mulheres de raça negra que apresentam pior ajustamento, o que poderá estar relacionado com uma *acumulação* de diversos factores de vulnerabilidade pessoal (e.g., socio-económica; rede de apoio social) e de vulnerabilidade associada ao género. Por outras palavras, o que parece válido para as mulheres de raça negra, tal como demonstrado pelos resultados encontrados, é igualmente aplicável a todas as mulheres, concretamente que os factores de risco implicados na vulnerabilidade do género feminino co-ocorrem e interagem. Tem aplicabilidade no contexto da infecção pelo VIH, a noção de riscos cumulativos, assumida por exemplo por Belsky e Jafee (2006) no âmbito dos múltiplos determinantes da parentalidade, de que não é apenas um factor de risco que pode aduzir dificuldades na adaptação, mas a acumulação de factores de risco.

No que se prende com os aspectos associados com a infecção VIH, verificámos apenas a influência da *categoria de transmissão* na emoção *Surpresa*, nos dois momentos de avaliação. Os valores mais elevados registam-se nas mulheres cuja via de infecção foi sexual. Este resultado encontra correspondência com um dos principais contextos de vulnerabilidade do género feminino, nomeadamente da maior vulnerabilidade associada à crescente predominância desta via de transmissão.

Embora o momento do diagnóstico não se tenha revelado um contexto de influência significativo, existe um consenso bastante generalizado de que a infecção pelo VIH pode ter um impacto considerável na mulher grávida. A gravidez, enquanto transição importante na trajectória desenvolvimental de uma mulher, exige adaptações diversas, e implica um conjunto de reorganizações nos níveis individual, familiar e social (Canavarro, 2001). A convergência de gravidez e infecção pelo VIH acresce as exigências da adaptação à doença.

Metodologicamente, a opção pelo emparelhamento considerando o momento do diagnóstico,

permitir-nos-ia afirmar com razoável segurança que as diferenças encontradas entre os grupos reflectiam um impacto distinto da infecção pelo VIH. Com efeito, devido ao tamanho da nossa amostra e ao próprio momento de avaliação, poucas diferenças se revelaram estatisticamente significativas, no entanto, pensamos que na sua maioria são bastante informativas e, de forma mais específica, clinicamente significativas. O facto da maioria das mulheres ter tomado conhecimento da infecção durante a rotina pré-natal, parece favorecer o argumento de que estes resultados podem estar associados à existência de um evitamento da própria doença. Com efeito, a literatura têm sublinhado o papel da negação do diagnóstico (Bedimo, Bessinger & Kissinger, 1998) que, enquanto mecanismo de defesa, é frequentemente uma primeira resposta emocional quando uma mulher tem conhecimento de que está infectada com pelo VIH.

Os resultados obtidos no estudo do momento do diagnóstico como contexto de influência permitiram caracterizar o *impacto psicológico* da infecção revelando que as mulheres diagnosticadas na actual gravidez apresentam níveis mais elevados de *percepção de stress e sintomatologia psicopatológica*. Em relação à *reactividade emocional*, a gravidez parece constituir um momento vivido com uma grande intensidade, na medida em que se registam valores superiores mais elevados em todas as emoções nesta amostra, comparativamente ao registado na população geral (Moura Ramos, 2006). Estas mulheres, quando comparadas com as mulheres com diagnóstico anterior à actual gravidez, apresentam valores mais elevados em todas as emoções. Em ambos os grupos a *Felicidade* é uma emoção importante, embora no grupo cujo diagnóstico de infecção foi coincidente com a actual gravidez a emoção prevalente seja a *Tristeza*. Neste mesmo grupo, a intensidade das emoções negativas é particularmente evidente.

Uma questão central prende-se, naturalmente, com a relevância futura destes resultados. Entre os dois grupos (DAG – Diagnóstico na Actual Gravidez; e DPAG – Diagnóstico Prévio à Actual Gravidez) a principal diferença se regista em torno da intensidade das emoções sentidas neste momento específico. Esta intensidade regista-se nas emoções de valência positiva e negativa. Em particular, a intensidade das emoções negativas, simultaneamente à vivência de felicidade, tem sido assinalada noutros estudos realizados no contexto da

gravidez e maternidade (Moura Ramos, 2006; Oliveira, 2006).

Em síntese, no grupo DPAG as emoções mais frequentes foram a *Felicidade* e a *Ansiedade*. No grupo DAG as emoções mais frequentes foram a *Tristeza* e a *Ansiedade*. A previsibilidade deste resultado, assim como a dispersão dos resultados encontrada parece efectivamente traduzir a convergência de duas situações opostas na sua natureza, no grupo das mulheres cujo diagnóstico da infecção pelo VIH foi efectuado durante a actual gravidez que parecem reflectir, por um lado, a satisfação e a felicidade associadas à gravidez e, por outro, o choque e a intensidade emocional de um diagnóstico de infecção pelo VIH.

Em relação aos contextos associados com a gravidez, os resultados encontrados sugerem uma influência estatisticamente significativa do *planeamento da gravidez*, apenas no segundo momento de avaliação, na dimensão *Depressão* (BSI), e nas emoções *Ansiedade* (EAS), *Culpa* (EAS) e *Tristeza* (EAS). Com efeito, são as mulheres cuja gravidez não foi planeada que apresentam valores mais elevados nestes indicadores.

Apesar dos resultados deste estudo contribuírem para o conhecimento de alguns factores importantes na adaptação psicológica à gravidez e ao nascimento de um filho das mulheres infectadas pelo VIH, algumas questões importantes permanecem sem resposta. Aprofundar este estudo, com uma amostra de maior dimensão e recorrendo a análises estatísticas mais sofisticadas, poderá contribuir para uma compreensão mais abrangente dos factores de risco e de protecção intervenientes neste processo de adaptação.

Tratam-se de resultados complexos que, por sua vez, são reflexo de contextos complexos articulados e em interacção, e são consistentes com a matriz conceptual relativa ao processo de adaptação parental subjacente aos modelos Bioecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 1998) e Modelo dos Determinantes do Comportamento Parental de Belsky (1984). As análises efectuadas traduzem um esforço de integrar os vários níveis e contextos de influência. No entanto, e como tão bem referem Belsky e Isabella (1988), a nossa capacidade de pensar sobre sistemas complexos ultrapassa a possibilidade de os testar empiricamente.

Estes resultados permitem, no entanto, retirar importantes implicações para a prevenção e inter-

venção psicológica neste momento do ciclo de vida e junto destas mulheres. De forma mais específica, os diferentes técnicos de saúde devem estar atentos ao papel que estas múltiplas influências podem exercer, assim como a tê-los em conta na abordagem destas mulheres durante os cuidados pré-natais. Trata-se, em última instância de, reconhecendo os diversos níveis e contextos de influência, possibilitar o alargamento das possibilidades de acção e intervenção.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bedimo, A. L., Bessinger, R., & Kissinger, P. (1998). Reproductive Choices among HIV-Positive Women. *Social Science & Medicine*, 46 (2), 171-179.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 249-264). New York: Guilford Press.
- Belsky, J., & Isabella, R. (1988). Maternal infant and social-contextual determinants of attachment security. In J. Belsky, & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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* (pp. 38-85). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Belsky, J., Robins, E., & Gamble, W. (1984). The determinants of parental competence. In M. Lewis (Ed.), *Beyond the Dyad* (pp. 251-279). New York: Plenum Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1989). The ecology of developmental processes. In W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology. Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: Wiley.
- 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* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPOINT/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, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. 3). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- 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.
- Casey, M. B. (2002). Developmental Perspectives on Gender. In S. G. Kornstein, & A. H. Clayton (Eds.), *Women's Mental Health: A Comprehensive textbook* (pp. 499-514). New York: The Guilford Press.
- 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.
- Dowsett, G. W. (2003). Some Considerations on Sexuality and Gender in the Context of HIV/AIDS. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 21-29.
- Gupta, G. R. (2000). *Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how*. XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July.
- Levy-Schiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Development Psychology*, 30, 591-601.
- Luster, T., & Okagak, L. (1993). Multiple influences on parenting: Ecological and life-course influences. In T. Luster, & L. Okagak (Eds.), *Parenting: An ecological perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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. M., Pedrosa, A. P., & Canavarro, M. C. (2005). Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In A. Marques Pinto et al. (Coords.), *Stress e bem-estar* (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi.
- 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.
- Parker, R. (2001). Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS Research. *Annual Review of Anthropology*, 30, 163-179.
- 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.
- Squire, C. (Ed.) (1993). *Women and AIDS – Psychological Perspectives*. London: Sage Publications.
- Weiss, E., Whelan, D., & Gupta, G. R. (2000). Gender, sexuality and HIV: making a difference in the lives of young women of developing countries. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (1), 223-245.

## RESUMO

Os modelos contextuais e desenvolvimentistas (Belsky, 1984, 1999; Belsky & Jafee, 2006; Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) defendem a compreensão do desenvolvimento e comportamentos individuais através de uma leitura ecológica em que o indivíduo é capaz de influenciar e ser influenciado por outros sistemas. Estas abordagens permitem uma compreensão da adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho e, em igual medida, facilitam a conceptualização da co-ocorrência e interacção dos contextos de vulnerabilidade de género associados à Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Este estudo tem o objectivo de avaliar os contextos de influência (socio-demográficos; associados com a infecção pelo VIH; e associados com a gravidez/maternidade) na adaptação das mulheres infectadas pelo VIH à gravidez e ao nascimento de um filho.

A amostra é constituída por 31 grávidas infectadas pelo VIH. A recolha de dados envolveu a realização de uma entrevista clínica, preenchimento de grelhas médicas e sociais; e instrumentos de auto-resposta para avaliação da adaptação: *Perceived Stress Scale* (PSS – Cohen et al., 1983); *Brief Symptom Inventory* (BSI – Derogatis, 1983) e *Emotional Reactivity Scale* (EAS – Carlsson et al., 1989).

Os resultados do presente estudo mostram que o estado civil, a etnia, a categoria de transmissão e o planeamento da gravidez constituem contextos de influência importantes na adaptação das mulheres grávidas. Em particular, apresentam pior adaptação as mulheres solteiras, de raça negra, infectadas por via sexual e cuja gravidez não foi planeada.

De forma mais específica, os resultados encontrados apontam para a necessidade de ter em conta estes con-

textos no delinear de programas de intervenção psicológica no contexto da gravidez e infecção pelo VIH/SIDA e, em particular ter em atenção as especificidades culturais e vulnerabilidades diferenciadas ao risco de infecção pelo VIH (biológica; psicossocial; comportamental; e relacional).

*Palavras-chave:* Gravidez, VIH/SIDA, contextos de influência, adaptação, género.

#### ABSTRACT

The contextual and developmental models (Belsky, 1984, 1999; Belsky & Jafee, 2006; Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) comprehend the development and individual behaviours throughout an ecological approach, where the individual, as a system or member of a system, is able to influence and be influenced by other systems. These approaches allow a comprehension of adjustment to pregnancy and to the birth of a child and, in certain ways, facilitate the conceptualizations of co-occurrence and interactions between different contexts of gender vulnerability associated with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection.

The aim of this study was to assess the contexts of influence (socio-demographic; related with HIV infection and associated with pregnancy and motherhood) in the adjustment of HIV-positive pregnant women.

The sample comprises 31 HIV-infected pregnant women. Data were obtained using a semi-structured interview; medical and social grids; and self-reported questionnaires to assess adjustment: Perceived Stress Scale (PSS – Cohen et al., 1983); Brief Symptom Inventory (BSI – Derogatis, 1983) and Emotional Reactivity Scale (EAS – Carlsson et al., 1989).

Results showed the role of marital status (being single), race/ethnic (being black), mode of transmission (sexual transmission) and planning of pregnancy (non-planned) as significant and influent determinants in a poorer adjustment to pregnancy of HIV-infected women.

Specifically, these results highlight the importance of considering these determinants in the development of specific psychological interventions in the context of pregnancy and HIV-infection. Special attention must be given to the cultural considerations and differential vulnerabilities to HIV infection (biological; psychosocial, behavioural; and relational).

*Key words:* Pregnancy, HIV/AIDS, contexts of influence, adjustment, gender.