



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

---

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE

**A PARENTALIDADE NO HIV:  
A VINCULAÇÃO DOS PAIS SEROPOSITIVOS – O PAPEL DO SEGREDO**

Joana Sofia Guedes Paiva Freixo

2009

---

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade conforme a Portaria nº 842/05 de 19 de Setembro para dar satisfação a alínea b) do nº 2 do artigo 5º do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que sempre foram para mim “suficientemente bons”, que tiveram comigo qualquer tipo de preocupação, primária ou não!

A todos os meus doentes por tudo o que diariamente me ensinam e confiam, nomeadamente a partilha de muitos segredos.

Aos meus colegas de Mestrado por tão bem me terem acolhido numa cidade que não era minha fazendo-me sempre sentir numa base segura.

Ao meu analista, por me acompanhar, em viagens bem mais longas e profundas que a mera distância Porto - Lisboa.

Ao Hospital Joaquim Urbano e a vários dos seus funcionários, que tornaram possível este trabalho. Em particular, ao Prof. Doutor Rui Sarmiento e Castro, por toda a compreensão e por me ter permitido chegar ao fim desta viagem sem ter desistido de nenhum dos desafios a que me propus quando parti.

À Professora Doutora Isabel Leal pela prontidão na ajuda e em tornar contingente as minhas dúvidas e angústias.

## Índice

Introdução.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
I. Enquadramento teórico .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Vinculação .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Parentalidade.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
HIV/SIDA .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
O Segredo.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
II. Método.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
2.1 Participantes.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
2.2 Materiais .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
2.3 Tratamento de dados .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
III. Resultados .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
IV. Discussão dos resultados.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
V. Conclusões.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Referências .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Anexos.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## **Índice de Quadros**

**Quadro 1:** Frequência, percentagem (entre parênteses) para os níveis de escolaridade, estado civil e distrito de residência e mínimos, máximos, médias e desvios padrão para a idade, por sexos

**Quadro 2:** Itens e correlações item -escala por factor

**Quadro 3:** Mínimos, Máximos Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para as três dimensões da EVA

**Quadro 4:** Frequência e Percentagem para o nível de relacionamento parental evidenciado

**Quadro 5:** Frequência e Percentagem para os diferentes tipos de reacção à doença

**Quadro 6:** Frequência e Percentagem para alteração de relação com os filhos

**Quadro 7:** Médias (M), Desvios Padrão (DP) e Valor T (20 g.l.) para a diferença da dimensão “confiança nos outros” entre amostra e população controlo

**Quadro 8:** Médias (M), Desvios Padrão (DP) e Valor T (20 g.l.) para a diferença da dimensão “ansiedade” entre amostra e população controlo

**Quadro9:** Médias (M), Desvios Padrão (DP) e Valor T (20 g.l.) para a diferença da dimensão “conforto com a proximidade” entre amostra e população controlo.

**Quadro 10:** Médias (M), Desvios Padrão (DP) e Valor T (19 g.l.) para as diferenças de alteração de relação na dimensão “conforto com a proximidade”

## RESUMO

O vírus da Imunodeficiência Humana tem sido objecto de variadíssimos trabalhos de investigação. Contudo, poucos estudos têm sido feitos tendo por base a Parentalidade neste contexto particular. Assim, esta investigação surge com o objectivo de compreender de que forma o facto de um dos pais ser seropositivo pode influenciar positiva ou negativamente, as ligações afectivas que estabelece com os filhos, ou seja, o vínculo que estabelecem enquanto pais. Este estudo teórico pretende essencialmente responder à questão fundamental de saber se “existem diferenças na relação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos após terem conhecimento do diagnóstico de VIH? e “quais são essas diferenças?” O papel do segredo e a sua influência na relação de vinculação foi um outro aspecto a ser considerado na investigação. A amostra, recolhida no Hospital de Joaquim Urbano, é constituída por 21 pais de ambos os sexos, com recurso a instrumentos: Escala de Vinculação do Adulto (EVA), questionário sócio - demográfico e uma entrevista semi-estruturada.

Dos nossos resultados destacamos que 57.1% dos pais alteraram o relacionamento com os filhos após terem conhecimento do diagnóstico. Concluimos que a alteração da relação pais - filhos após conhecimento do diagnóstico diferencia positivamente o conforto com a proximidade entre ambos.

**Palavras - chave:** Vírus da Imunodeficiência Humana; diagnóstico; Vinculação; Parentalidade

## ABSTRACT

The human immunodeficiency virus has been subject to widely varying research. However, few studies have been done based on the parenting in this particular context. So this research comes with the aim of understanding how the fact that a parent be hiv positive can influence positively or negatively the emotional bonds they establish with their sons, in other words, how establishing the bond as parents. This study essentially seeks to answer the fundamental question of if “are differences in the relationship that parents hiv positive establish with their children after knowing the diagnosis? and “what are these differences?” The role of secret and its influence on the attachment relationship was another aspect to be considered in research. The sample was collected in Hospital de Joaquim Urbano, consisted by 21 parents of boths sexes, with resource to instruments: Adult Attachment Scale (EVA), sociodemographic questionnaire and one semistructured interview.

From our results we detach que 57.1% of parents changed the relathionsip with the sons after knowing the diagnosis. Conclude that the change of the parent – sons after knowing the diagnosis positively differentiates the comfort with closeness between both.

**Key-words:** human immunodeficiency virus; diagnosis; attachment; Parenting

## **Introdução**

A vinculação é um tipo específico de um conjunto mais vasto de ligações que Bowlby e Ainsworth designaram por “ligações afectivas”.

Os objectivos primordiais deste estudo baseiam-se na determinação e compreensão das relações de vinculação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos e na preponderância que o factor segredo possui nessa mesma relação.

Os participantes incluídos neste estudo seriam indivíduos seropositivos, de ambos os sexos, heterossexuais, sem histórico de toxicoddependência e com pelo menos um filho menor de idade, doentes do hospital Joaquim Urbano. A estes foram administrados a Adult Attachment Scale-R (collins & Read, 1990), que na versão portuguesa recebe a designação de Escala de Vinculação do Adulto (EVA), foi ainda aplicado um questionário sócio demográfico, de forma a recolher dados sócio-demográficos e clínicos dos participantes e uma entrevista semi-estruturada em que fosse explorado a possível implicação do diagnóstico de VIH na relação de vinculação entre pais seropositivos e seus filhos.

A ênfase na (in) disponibilidade da figura de vinculação acompanha uma visão de (in) segurança da vinculação, sendo que a experiência de segurança está associada a uma avaliação da figura de vinculação como disponível, e a ansiedade ou insegurança à percepção de ameaça a esta disponibilidade. Estariam por isso os pais seropositivos indisponíveis emocionalmente para se vincularem com os filhos?

Fenómeno social com múltiplas implicações médicas e psicológicas, o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida), como doença que ameaça a vida, constitui para a Psicologia da Saúde um campo vasto de Intervenção que envolve praticamente todas as suas áreas de interesse que devem ser mobilizadas em função da evidência que é o sofrimento psicológico dos sujeitos afectados e das suas famílias.

Walker (1991) salienta que a guarda de segredos vinculada à Sida nas famílias é um reflexo directo das opiniões sociais que estigmatizam o paciente infectado. Para grande parte do público, a doença frequentemente está associada com pecado e vergonha e com comportamentos geralmente desaprovados.

Os dados obtidos revelaram que existe uma tendência para estes pais se aproximarem dos seus filhos e se sentirem confortáveis com essa proximidade. Sendo um dos receios verbalizados por estes pais o de não ver crescer estas crianças, investem emocionalmente neste relacionamento, estabelecendo com elas uma relação mais próxima, por essa razão os bons relacionamentos cifram-se em 66.7%

## I. Enquadramento teórico

### Vinculação

*“Um bebé não pode existir sozinho; ele é uma parte essencial de uma relação”  
D.W. Winnicott*

Vinculação provém do latim *vinculum* ou *vinclum* e é sinónimo de laço, onde a relação com o outro é a pedra basilar. A vinculação refere-se à ligação emocional especial que o bebé desenvolve com o seu prestador de cuidados durante o primeiro ano de vida.

Esta ligação afectiva da mãe ao bebé tem sido descrita como um processo de adaptação mútua, que exige tanto da mãe como do bebé, e se estabelece gradualmente a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o bebé, geralmente considerados muito determinantes para o relacionamento futuro na díade.

A relação de vinculação está centrada na regulação da segurança, no sentido em que há uma figura (vinculada) que procura protecção e há uma figura (de vinculação), concebida como sendo mais forte e mais capaz de se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda em caso de tal ser necessário (Bowlby, 1969/1982; Bretherton, 1985).

A premissa central da teoria da vinculação é a de que a necessidade de contacto humano, tranquilização e conforto face à doença, danos físicos e ameaça é uma resposta normal ao longo do ciclo de vida. Esta necessidade é particularmente proeminente nas fases iniciais de desenvolvimento, quando a sobrevivência física e emocional dependem da relação de vinculação entre pais e filhos.

Winnicott (1975) estudou este fenómeno da vinculação de uma forma magistral e disse “um bebé sozinho não existe”, existe sim nos braços da mãe que o sustêm (Holding), nos cuidados que continuamente ela lhe presta (Handling) e na forma como apresenta os objectos ao bebé (object presenting).

Dito de uma outra forma, como a mãe apresenta o mundo à criança, dando-lhe a sensação de que é ela que o cria, fazendo-lhe nascer o sentimento de que ela existe e que tem o poder de actuar sobre os outros e os objectos e, de os transformar.

Anteriormente, em 1951 a organização mundial de Saúde (OMS) encarregou John Bowlby de recolher todos os estudos sobre a carência parental e os seus efeitos, mas este já desde 1944

que tinha começado a estudar as crianças e jovens que vagueavam pelas ruas de Londres e praticavam actos associativos. Ele mostrou que a marginalidade era consequência da carência e da falta de suporte parental a estas crianças, que tinham ficado sem os pais durante a guerra.

Lorenz, em 1935, tinha mostrado como em algumas espécies animais um importante vínculo se estabelecia e desenvolvia com uma figura maternal, sem ter o alimento como intermediário. Suportado ainda pelos resultados obtidos nas clássicas experiências de Harlow & Zimmerman (1959) com primatas (rhesus macaques), nas quais os bebés mostravam preferir a mãe artificial, macia e confortável, apesar desta não lhe fornecer alimento, Bowlby postula a existência de uma pulsão primária – pulsão de vinculação, que envolveria uma dinâmica distinta da libido ou dos comportamentos de alimentação, consideradas até então como as duas fontes de motivação dos comportamentos humanos. Esta pulsão exprimir-se-ia de forma mais explícita nos primeiros dois anos de vida das crianças através da vinculação e do que designou por comportamentos de vinculação. Bowlby designou por comportamentos de vinculação aquando da tese que enunciou em 1958 os seguintes: comportamentos de aproximação – chupar, agarrar, seguir e comportamentos de sinalização – chorar e rir, comportamentos estes dirigidos à figura de vinculação ao longo do primeiro ano de vida.

O sorriso, por exemplo, catalisa o envolvimento emocional da mãe, como testemunha o aumento do prazer e do tempo dispendido pela mãe no contacto com o bebé (Richards, 1971).

Stern (1980), refere que a aquisição de certas competências comunicativas por parte do bebé tem vastas repercussões no investimento afectivo da mãe. Por exemplo, a possibilidade que o bebé tem de fixar o seu olhar no da mãe e de manter o contacto ocular mútuo assim estabelecido, tem consequências na aproximação afectiva da mãe, pois ela tem uma “primeira impressão subjectiva de que o bebé é um ser humano totalmente capaz de reacções, e de que a relação entre os dois é verdadeira”.

A intensidade da demonstração de afecto possui um valor comunicativo. Estas mensagens têm duas componentes: a componente de satisfação e a componente reguladora (Brazelton, 1976).

Na infância a proximidade física e disponibilidade emocional do prestador de cuidados são factores críticos, assim, o comportamento simétrico ao comportamento de vinculação detentor da função complementar- a de proteger o indivíduo vinculado- é o da prestação de cuidados. O bebé tenderá a escolher aquele que mais investe nele do ponto de vista parental.

A pesquisa de Bowlby teve um impacto extraordinário na psicologia do desenvolvimento, conceptualizando a ideia de continuidade e transformação através do desenvolvimento individual.

Bowlby propôs a ideia de que o comportamento não é algo estático, e que pelo contrário envolve um jogo dinâmico de interações pessoais com o meio envolvente, socorrendo-se de numerosos estudos de campo, a “attachment theory” enfatizou ainda a importância de podermos compreender o indivíduo como elemento de uma rede de relações. Bowlby (1969) salientou a satisfação de necessidade com base no desenvolvimento dos relacionamentos. No seu ponto de vista todas as crianças desenvolvem comportamentos de attachment para com a mãe (ou para quem o cuide, dependendo da forma como são tratados. Esta qualidade de cuidados é influenciada não só pelos comportamentos e respostas da criança, mas também pela disponibilidade da mãe. O conceito de disponibilidade emocional reflecte o processo interaccional envolvendo a criança, a mãe e o sistema diádico.

Bowlby defendeu que o período compreendido entre os seis meses e os cinco anos é também muito sensível no que concerne ao desenvolvimento de expectativas sobre a disponibilidade da (s) figura(s) de vinculação, ainda que mantenha a posição de que nos primeiros seis meses de vida a maior parte dos bebés está num estado de grande sensibilidade para o desenvolvimento do comportamento de vinculação.

Existem algumas evidências empíricas em que a dor sentida durante o parto, interfere no estado emocional da mãe após o parto (e.g., Lyons, 1998), assim como na sua disponibilidade para se ligar afectivamente ao bebé (e.g., Figueiredo e tal., em prensa; Newton & Newton, 1962; Robson & Kumar, 1980; Niven, 1988; Thune-Larsen & Moller-Pedersen, 1988). Assim, pode-se concluir que a intensidade da dor de parto é uma dimensão relevante na qualidade do envolvimento emocional da mãe com o bebé, sendo que quanto maiores são os níveis de dor, menor é o *bonding* materno ao 3º-5º dia do puerpério.

As diferenças individuais na organização dos comportamentos de base segura estão, de acordo com a teoria da vinculação, fortemente relacionadas com os comportamentos maternos, nomeadamente, com a sua sensibilidade, aceitação, cooperação e acessibilidade nas interacções diárias com as crianças (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Apesar das crianças se encontrarem vinculadas aos pais (e.g., Bowlby, 1969/1982; Main & Weston, 1981; Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos & Fernandes, no prelo), a meta-análise de Van IJzendoorn e De Wolff (1997) revela que a sensibilidade paterna tem um efeito médio de 0.13, cerca de 50% inferior ao efeito encontrado nas amostras maternas (0.24).

Pelo que, alguns autores (e.g., Cox, Owen, Henderson, & Margand, 1992; Goossens & Van IJzendoorn, 1990) sugerem que as origens da segurança da vinculação pai/criança podem residir em diferentes tipos de interacção e contextos. Segundo Grossmann, Grossmann, Fremmer-Bombik, Kindler, Scheuerer-Englisch e Zimmermann (2002), a sensibilidade no

contexto de brincadeira, por parte de pai, será central na relação de vinculação criança/pai, do mesmo modo que a sensibilidade na prestação de cuidados é central na relação criança /mãe uma vez que parece ser nestes domínios que estas figuras são mais salientes e onde interagem preferencialmente.

Lamb et al.(1983) sugerem que a qualidade da relação criança/pai poderá não estar associada com a quantidade global do envolvimento, mas com um tipo particular de envolvimento, nomeadamente a brincadeira.

Como assinalaram Brazelton e Cramer(1989) quando o bebé se torna capaz de demonstrar aos pais, primeiro, que prefere os estímulos humanos aos estímulos não-humanos,e, depois, que os prefere a eles aos restantes estímulos humanos, é impossível que os pais não caiam sob o domínio do bebé.

No que diz respeito às dimensões psicológicas que interferem na vinculação materna ao bebé, os estudos empíricos mostram que, as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros, têm geralmente um envolvimento mais favorável com o bebé (e.g.,Isabella,1994). O mesmo se verifica com as mães que têm uma representação segura da vinculação, dado que se observou que eram capazes, não só de um maior envolvimento emocional com o bebé, como ainda, de estabelecer interacções mais adequadas com ele (e.g.,Halft & Slade,1989).

Um dos primeiros autores a observar uma disposição particular em relação ao bebé na generalidade das mães, nos momentos que se seguem ao parto foi Winnicott em 1956. Esta disposição que o autor designa de “preocupação materna primária” que alia a elevada preocupação com o bem estar do recém nascido com a correcta identificação das suas necessidades físicas e psicológicas, o que conduz à satisfação imediata e adequada das mesmas e garante o bom desenvolvimento do bebé.

Winnicott (1965) propõe que só podemos compreender o bebé na sua relação com a mãe (ou com uma figura maternal), ele propõe então que a mãe proporcionará um ambiente facilitador (holding environment). Ambiente esse que deverá ser suficientemente bom, demonstrando disponibilidade para a criança mas simultaneamente possibilitando-lhe um espaço relacional para a auto-exploração e desenvolvimento da autonomia.

Assim, winnicott defende que o fundamental é a relação em si, sendo os comportamentos de vinculação o resultado secundário das relações, ao contrário de John Bowlby que vê os comportamentos de vinculação como uma tendência primária.

Melanie Klein surge como uma precursora das abordagens de Bowlby, winnicot e outros que vieram posteriormente, ela realça os fenómenos de troca corporal mais do que a mera relação

de alimentação e entende que a intensidade da comunicação corporal não alimentar da criança com a mãe é uma primeira expressão da capacidade de se relacionar e vincular.

A expressão relações objectais implica um modo de se relacionar que é considerado um inter-relacionamento, onde o sujeito afecta os seus objectos tanto quanto estes o afectam. Para a teoria das relações objectais, desde o início que o desenvolvimento individual se baseia nas vicissitudes dos relacionamentos objectais, e não somente nas vicissitudes dos instintos.

Mais tarde, Wilfred Bion enfatizou a ideia das relações entre um espaço continente e um conteúdo perante a descrição da forma como a criança integra o seu próprio mundo. A mãe actua como continente para as angústias e emoções da criança, ajudando-a a estruturar o seu próprio processo de identificação. Segundo este Psicanalista, a palavra Vínculo descreve uma experiência emocional onde duas pessoas (ou partes delas) estão relacionadas uma com a outra. Considera que existem emoções básicas que inevitavelmente se encontram presentes em toda a relação vincular. Elegeu três emoções básicas que relacionam continente e conteúdo com características de amor (L de love), ódio (H de hate) e conhecimento (K de Knowledge). Para Bion, estas emoções são intrínsecas ao vínculo entre dois objectos, já que é uma experiência emocional não pode ser concebida isoladamente de uma relação.

Segundo a teoria da vinculação de Ainsworth e cols.(1978) o conceito de “base segura” refere-se ao recurso que pode constituir a figura de vinculação. Assim, quando a criança se sente segura e o sistema de vinculação está activado numa intensidade baixa, ela pode usar a mãe como uma “base segura” a partir da qual pode explorar o meio com confiança. Se, nessa exploração do meio, a criança experienciar algo ameaçador, o nível de activação do sistema de vinculação aumenta e o restabelecimento da proximidade passa, então, a ser o seu objectivo.

Convém fazer a distinção entre refúgio seguro e base segura uma vez que o conceito de base segura não significa que a criança tenha medo enquanto que a procura da figura materna como um “refúgio” significa que pelo menos a criança encontra-se um pouco alarmada. Existe uma complementaridade entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração uma vez que o sistema de vinculação torna possível a aprendizagem e o conhecimento do meio pela criança.

Em função do grau em que a figura parental está atenta, disponível e responsiva, constituindo, por isso, uma fonte de segurança, o bebé pode envolver-se nessa exploração com confiança e segurança.

Ainsworth e cols.(1978) definiu a sensibilidade materna como a capacidade da figura de vinculação perceber e avaliar os sinais e comunicações da criança de um modo adequado (sensitividade) e responder de modo contingente e rápido (responsividade).

Sensibilidade significa reconhecer os desejos do bebé, ainda que não incondicionalmente satisfazê-los.

Segundo Soares (2002) a investigação de Ainsworth e cols. evidenciou de que modo a segurança proporcionada pela figura de vinculação no contexto relacional se transforma em confiança na relação do Self com a figura de vinculação e, posteriormente, em confiança no self.

A “Situação Estranha” foi concebida para avaliar a organização da Vinculação e o comportamento exploratório num contexto não – familiar e gerador de níveis moderados de stress. O procedimento consiste numa série de oito episódios, que incluem separações e reuniões entre a criança e o prestador de cuidados e a introdução de um adulto estranho.

A situação estranha de Ainsworth (1962) permite classificar o comportamento de vinculação em três padrões distintos: padrão A (Inseguro - Evitante), padrão B (Seguro) e o padrão C (Inseguro-Ansioso).

Na situação estranha uma vinculação segura reflecte-se na utilização activa e na confiança da criança na figura de vinculação para regular as suas emoções (Sroufe & Waters, 1977). As emoções negativas expressas durante a separação ou para comunicar necessidades ao prestador de cuidados, não interferem com exploração renovada e partilha de emoções positivas com a figura de vinculação.

De acordo com os estudos de Ainsworth e cols. (1978), a vinculação segura encontra-se relacionada com o seguinte comportamento maternal: contacto físico frequente e sustentado entre o bebé e a mãe, especialmente durante os primeiros seis meses, conjuntamente com a capacidade materna em acalmar o seu bebé pegando-lhe ao colo. A sensibilidade materna aos sinais do seu bebé e, em particular, capacidade para gerir as suas intervenções em harmonia com os ritmos daquele, assim como um ambiente regulado e previsível, que permita ao bebé retirar dele um sentido de consequências para as suas próprias acções e deleite mútuo sentido pela mãe e pelo bebé na companhia um do outro.

As crianças com uma relação de vinculação insegura – evitante expressam indirectamente as emoções negativas através de evitamento e não responsividade.

A vinculação insegura - evitante caracteriza-se por uma ineficácia em obter segurança a partir da figura de vinculação. A falta de confiança no prestador de cuidados é evidente.

No que concerne ao evitamento na vinculação do bebé foram identificados quatro aspectos do comportamento materno a ele associados, a saber: rejeição crónica, rejeição especialmente comunicada através de reacções fora do normal ao contacto corporal próximo, zanga contida e ajustamento geralmente compulsivo.

Segundo Cardoso (2001), a vinculação insegura evasiva merece reflexão, pois esta está ligada a perturbações psicossomáticas. Acontece em bebés filhos de pais negligentes, distantes, emocionalmente indisponíveis e com fraca capacidade de comunicação contingente.

O bebé desenvolve assim um comportamento adaptativo, que minimiza a procura de proximidade e reduz as expectativas, à custa da diminuição da função mental e da perda da qualidade das relações futuras. A este fenómeno de criação de uma máscara de autoprotecção chamou Winnicott (1958) de falso self.

Mary Main (1985) introduziu a categoria de vínculo D (inseguro desorganizado – desorientado). As crianças apresentavam comportamentos desorganizados, não sendo compreensíveis as intenções que as movem e parecendo incoerentes.

Posteriormente Main e Solomon (1990) concluíram que este comportamento desorganizado-desorientado não corresponde a um quarto padrão, pois não representa uma estratégia para procurar a proximidade com a mãe.

As autoras foram pioneiras na identificação dos seguintes sinais de desorganização da vinculação em bebés dos 12-18 meses observados na presença da figura de vinculação: manifestação sequencial e/ou de comportamentos contraditórios, movimentos e expressões não dirigidos, incompletos ou interrompidos, estereotípias, movimentos assimétricos e posturas anómalas, movimentos e expressões de estupefacção, imobilização e lentidão e expressões de apreensão e medo em relação à figura de vinculação. Este é um padrão recentemente identificado, evidencia um leque aparente de respostas comportamentais indirectas ou mal - dirigidas.

Uma vez que a segurança para com a figura de vinculação está relacionada com a história interactiva da díade, a mesma criança pode desenvolver uma vinculação segura com um dos progenitores e uma vinculação ansiosa com o outro (Grossman, Grossman, Huber, et al., 1981, Main & Weston, 1981), ou pode mudar de uma vinculação ansiosa para uma segura com o mesmo progenitor quando ocorrem alterações significativas nas circunstâncias de vida (Egeland & Farber, 1984).

A segurança na vinculação não significa imunidade face ao sofrimento psicológico, mas pode ajudar no desenvolvimento de competências que o minimizem ou ajudem a superá-lo.

Para além disso, nem todas as dificuldades relacionais progenitor-criança e problemas regulatórios associados implicam a presença de uma perturbação da vinculação (Sameroff & Emde, 1989).

De acordo com a teoria da vinculação, conclui-se que condições adversas de existência (anteriores e actuais) propiciam vinculação insegura e que o estilo de vinculação interfere na

qualidade do relacionamento com o companheiro e com outras pessoas significativas, nomeadamente na capacidade da grávida recorrer a apoio.

Segundo esta teoria, o indivíduo interpreta os acontecimentos da sua existência e estabelece formas de agir no mundo, nomeadamente na relação com os outros significativos, com base nas expectativas a respeito do próprio, do outro e da relação com o outro, geradas na interacção com os pais durante a infância (Bowlby, 1988).

As diferenças entre a mãe e o pai na interacção precoce foram estudadas por Yogman et. al., em 1976, estes autores defendiam que as diferenças entre a interacção mãe- filho e pai-filho são aparentes mesmo nas primeiras semanas de vida do bebé. Essas diferenças são, em grande parte, qualitativas. Nos comportamentos interactivos, a mãe fornece um invólucro e o pai uma base do qual pode surgir a brincadeira.

Tal é o efeito da novidade para sobre uma criança que a frase” como uma criança com um novo brinquedo” passou a expressar a epítome da atenção concentrada em um único aspecto do meio ambiente. O comportamento exploratório é uma classe de comportamento per se, é propriedade especial do comportamento exploratório transformar o novo em familiar e, por esse processo, converter um estímulo activador em terminal (Bowlby).

O vínculo da criança com sua mãe é um produto da actividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível (Bowlby).

Shaffer e Emerson apuraram que, durante o mês seguinte àquele em que as crianças mostraram pela primeira vez o comportamento de apego, um quarto delas o estava dirigindo a outros membros da família e, ao completarem dezoito meses de idade, todas elas, com excepção de umas poucas estavam apegadas a pelo menos uma outra figura, e com frequência, a várias. O pai era a outra figura que mais frequentemente eliciava o comportamento de apego.

## Parentalidade

*“Vocês dizem:  
 É cansativo estar com crianças.  
 E não há dúvida que têm razão.  
 Depois acrescentam:  
 Porque temos de nos pôr ao nível delas,  
 Porque temos de nos baixar, inclinar,  
 Curvar, tornar pequenos.  
 Mas aí vocês estão enganados.  
 O que mais cansa não é isso,  
 O que mais cansa é sermos obrigados a elevarmo-nos  
 Até à altura dos seus sentimentos.  
 A esticarmo-nos, a alongarmo-nos,  
 A ficar nos bicos dos pés.  
 Para não as magoar.”*

*Paulo Guerra*

A Parentalidade (do latim parentâle) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do (s) seu (s) filho (s) que numa perspectiva antropológica designa os laços de aliança, filiação, etc. (Bayle,F.).

O nascimento de um filho no seio de uma família modifica radicalmente os equilíbrios anteriores; este processo de mudança exige um tempo de reajustamento, durante o qual o recém-nascido toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros (Ball,1994;Giampino,2000).

A transição para a parentalidade é pautada pela mudança a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação árduo e onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento. De facto, a futura mãe e o futuro pai terão de ajustar-se a uma variedade de transformações que ocorrem tanto no seu próprio corpo, como em resultado de situações ocorridas ao longo do período de gestação ou no parto ou de expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Figueiredo,2001).

Assim, a transição para a parentalidade pode ser abordada através de uma perspectiva desenvolvimentista, baseada na concepção da transição para a Parentalidade como uma fase desenvolvimental acompanhada de tarefas específicas: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, construir a relação com

a criança enquanto pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papéis, valores, objectivos pessoais e prioridades).

No que diz respeito à reavaliação e reestruturação da relação com os pais, o bebé surge assim como elemento unificador das gerações, centralizando objectivos comuns e criando oportunidades para estreitar laços.

Se a relação de vinculação é o cimento construtor deste grande edifício que é a personalidade, também é o elemento de ligação entre as gerações, pois é mais neste período da maternidade que há um questionamento em relação à fortaleza deste laço e que vai permitir ou dificultar a construção da parentalidade, uma vez que todos nós “transportamos uma mala de (tamanho variado) connosco, denominada herança familiar, objecto simbólico, mas que está bem incrustado no nosso mundo psíquico (Correia, 1999; Lebovici, 1996).

Fazer uma criança é antes de mais repetir o que os pais fizeram por nós (Dumas, 1985).

Alguns estudos qualitativos (e.g., Narciso, 2002) mostram-nos que nas épocas de grande mudança e necessidades de reajustamentos diversos, o maior protector da aliança conjugal e a existência de comunicação sobre as necessidades sentidas, a partilha de experiências, dúvidas e muitas vezes ansiedade, conjuntamente com a sensibilidade às necessidades do outro.

Habitualmente a satisfação conjugal decresce com o nascimento de uma criança, daí ser necessário flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental (Relvas, 1996).

A Parentalidade implica integrar e equilibrar dimensões que parecem contrárias, como estar junto e separado, identificar-se e favorecer a diferença.

Os pais, ao lidarem com o bebé real, aquele que têm nos braços e que necessita dos seus cuidados, estão a ser influenciados pelo bebé que transportam dentro de si desde a infância, no desejo de serem pais em identificação aos seus próprios pais, o bebé fantasmático. E ainda pelo bebé que desejaram ter do companheiro (a) amado, o bebé imaginário, o bebé dos sonhos, do desejo de terem filhos (Lebovici, 1989).

A reavaliação e reestruturação da sua própria identidade implica a redefinição de valores, prioridades e objectivos e a acomodação de papéis e tarefas de forma a adaptar-se a este novo estádio, integrando a sua identidade prévia.

A forma de olhar a parentalidade, o papel materno e paterno tem-se modificado com o tempo. (Bayle, F.).

Contudo, à semelhança do que acontece com as mães, também os pais exibem um aumento da sintomatologia ansiosa na sequência do ajustamento à parentalidade, a qual sofre um decréscimo da gravidez para o pós-parto (Buist, Morse, & Durkin, 2003).

O conceito de família tem evoluído com o tempo, não só ao nível das funções enquanto sistema, mas também em relação às tarefas exercidas por cada elemento do grupo. Um dos factores que influenciou certamente o olhar sobre a família foi a longevidade.

Se o conceito de família mudou, o papel do homem também sofreu modificações. Os homens sempre duvidaram da sua paternidade e hoje o ADN pode confirmá-la.

Para Badinter (1980), o patriarcado designa não só a parentalidade masculina, a potência paterna, mas também o poder do pai.

O homem tem novas funções no exercício da parentalidade e a mulher na sua inscrição social. A família de hoje, devido a mudanças socioculturais, tecnológicas, ambientais, políticas e/ou religiosas interessa-se mais pela valorização da vida emocional e afectiva.

Dá-se, assim, lugar à família nuclear doméstica fechada, com fortes laços emocionais, individualizada em relação à família alargada, preocupada com a educação dos filhos e cuja escolha do cônjuge é feita em função de um relacionamento com amor e afecto (Alarcão, 2002).

As parentalidades diversificaram-se com o aparecimento de novas estruturas familiares. Aparecem assim três tipos de parentalidades: biológica, nominativa e educativa. Há crianças que nascem de um pai biológico, o pai de nascimento deu-lhes o nome e outro homem ocupa-se da educação. O novo cônjuge tem uma função paterna (ainda que não existam laços de filiação), enquanto noutros casos é-lhe proibida qualquer atitude educativa, o que complica as relações familiares (Meulders-Klein, 1993).

Contudo, existem diferenças de género na transição para a Parentalidade, de acordo com Cowan e Cowan (1985), a transição masculina processa-se de forma mais lenta ao longo do tempo, formando-se a ideia de si próprio como figura cuidadora.

A experiência clínica mostra que se houve durante a infância uma ligação traumática a nível da vinculação, há o risco de uma inibição das capacidades maternas ao nível da Parentalidade (Fraiberg, Adelson e Shapiro, 1983).

Nada prova que exista uma maior competência das mulheres para o amor e cuidados das crianças (Badinter, 1980) como, o desaparecimento das famílias alargadas está aí a demonstrar que as mulheres que nunca tiveram oportunidade para contactar com crianças são tão competentes, ou incompetentes, para o efeito, como os seus parceiros do sexo masculino. (Leal, I.).

A parentalidade é um processo desenvolvimental, multifacetado e multideterminado (Rita Gomez).

Camus, 2003 fala na “parentalização recíproca” ou seja, os progenitores influenciam-se e, idealmente, apoiam-se mutuamente.

Reconhecer o lugar do pai não é torná-lo idêntico à mãe, ou em competição com esta (Harris, 1983), mas é conferir-lhe um relevo único e muito importante na vida de cada criança; “o pai tem de se sentir certo enquanto pai desde o início” (Harris, 1983, p.7).

A adaptação à parentalidade tem sido descrita como um importante momento de desenvolvimento da vida das famílias, exigindo esforços de adaptação às novas tarefas com que pais e mães se deparam.

Foi no final dos anos 50 que, com LeMasters (1957), se passou a perspectivar este fenómeno de forma um pouco distinta. No seu estudo, o autor concluiu que 83% dos casais avaliados tinham experimentado uma crise forte ou severa na sua vida conjugal e familiar na altura do nascimento de um filho, o que levou LeMasters a considerar a transição para a parentalidade como um momento de crise, que provocava importantes alterações na vida dos indivíduos.

Apesar do nascimento de um filho não ser um acontecimento que envolve o casal e também toda a família, pais e mães tendem a adaptar-se de forma distinta, em função de vários factores, nomeadamente das suas características pessoais, das características do bebé e também das características do seu contexto social mais alargado (Belsky,1984).

De acordo com Cowan et al. (1985), homens e mulheres iniciam a transição para a parentalidade como entes separados e distintos, com diferentes percursos individuais, tentando alcançar um mesmo objectivo que é a formação de uma família.

Neste contexto, pais e mães parecem apresentar diferentes trajectórias na adaptação à parentalidade(Jordan,1997;Salmela-Aro,Nurmi,Saisto,&Halmesmaki,2000;Moura-Ramos,2006). Segundo Dickie (1987) a mulher experimenta maior perturbação com os seus novos papéis, nomeadamente pelas mudanças que ocorrem a vários níveis, como no sono, tempos de lazer, relacionamento sexual, tempo com os amigos e tempo com o companheiro, que são geralmente mudanças mais intensas que nos homens.

Devido às diferentes reorganizações que ocorrem na vida de pais e mães, os estudos realizados têm sugerido que os pais relatam menores níveis de stress do que as mães (Levy - Shiff, 1999).

Num estudo realizado por Cowan et al. (1985), em que se pretendia compreender e estudar a mudança em cinco domínios distintos (sentido de identidade individual, relação conjugal, relação parental, percepção da família de origem e stress e suporte social), os autores verificaram que, em quase todas as medidas, as mudanças nos pais foram menos acentuadas que as mudanças nas mães.

Também White, Wilson, Elander e Persson(1999), num estudo sobre as dinâmicas familiares na transição para a parentalidade em famílias suecas, realizado com 91 casais à espera do primeiro ou do segundo filho, avaliados no 3º trimestre da gravidez e 8º mês pós-parto, concluíram que as mães apresentavam maiores níveis de conflito dos papéis da família que os pais quando a criança tinha oito meses, pelo facto de se sentirem mais sobrecarregadas pelas diversas tarefas a realizar.

Num estudo de Moura-Ramos, M & Canavarro, C. (2007) sobre a adaptação parental ao nascimento de um filho estas concluíram que os resultados obtidos indicavam uma reacção mais intensa e uma adaptação mais difícil nas mães do que nos pais, já que os resultados apontam para a presença de maior emocionalidade negativa (tristeza) e menor emocionalidade positiva(Felicidade) nas mães que nos pais no primeiro momento. A adaptação materna parece ser assim mais desafiante para as mães que para os pais podendo por isso originar maiores dificuldades de ajustamento.

Contudo, apesar do nascimento ser um momento emocionalmente exigente, caracterizado por uma intensa reactividade emocional (tanto positiva como negativa), verificaram igualmente que, de um modo geral, tanto pais como mães apresentam valores inferiores de psicossomatologia que a população geral, tanto nos primeiros dias após o parto como oito meses após o nascimento do bebé.

As imagens parentais constroem-se pela oposição ou pela identificação. As transmissões intergeracionais (Lebovici,1996) podem fazer-se pelo idêntico ou então pelo inverso do que fizeram com eles, isto é, aquilo que faltou passa a ser mais tarde os ideais que terão para os filhos.

Segundo Freud a “função parental” seria uma profissão impossível devido a serem múltiplas as suas facetas.

Marcelli, propõe distinguir três ordens de parentalidade que organizam cada uma um eixo relacional principal: ordem tecnocrática a ordem capitalista e a ordem simbólica.

A ordem tecnocrática consiste em criar um filho, a ordem capitalista remete ao desejo ou à necessidade de ter um filho. Enquanto que a ordem simbólica significa ser genitor.

Em inúmeras culturas, nem sempre essas diversas ordens de parentalidade são assumidas pelas mesmas pessoas: os genitores não são necessariamente aqueles que criam a criança, nem aqueles que a criança chama de “pai” ou “mãe”.

Contudo, na maioria dos casos, a conjugação dessas três ordens de parentalidade sobre as mesmas pessoas pode ser considerada uma das características de nossas sociedades

ocidentais: a complexidade assim evidente estaria na base da complexidade crescente dessas mesmas sociedades?

Essa complexidade também revela múltiplos obstáculos da função parental.

De acordo com Rutter citado por Pires, 2001, entende-se por comportamento parental o conjunto de cuidados prestados à criança, devendo ser proporcionado um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma, responder ao seu desconforto, às interações sociais, pedidos e comportamentos disruptivos, bem como dificuldades interpessoais. Deste modo, o mesmo implica vários tipos de aptidões, que se manifestam na sensibilidade às solicitações da criança e na responsividade para as necessidades presentes em cada fase de desenvolvimento, na resolução de problemas, no lidar com adversidades e situações stressantes e na utilização de técnicas de disciplina.

Pires (1990) acrescenta que uma das maiores razões de menor sensibilidade por parte das mães, se pode dever à falta de planeamento. Entende-se por planeamento, o imaginar ou pensar acerca do que vai fazer. O mesmo autor refere que existem certas características da personalidade da mãe, que podem facilitar ou dificultar a capacidade de planeamento.

No que diz respeito às perturbações da parentalidade e o impacto da doença mental, a depressão pode de facto implicar uma incapacidade ao nível do planeamento e condicionar a sensibilidade materna, pois como a mãe se encontra demasiado centrada em si, nas suas preocupações, não está tão disponível para o que a rodeia, incluindo o seu bebé.

Lovejoy, Graczyk, O'Hare e Neuman (2000), referem que o comportamento parental é um factor de risco quando associado à depressão materna, sendo que as crianças mais novas e aquelas que estão expostas à depressão por um maior período de tempo, apresentam uma maior probabilidade de experienciar uma parentalidade aversiva e inadequada por parte das mães.

## **HIV/SIDA**

*“Todos nascemos com uma doença mortal, que é a Vida”*

O Vírus da Imunodeficiência Humana tem sido objecto de variadíssimos trabalhos de investigação. Contudo, poucos estudos têm sido feitos tendo por base a parentalidade neste contexto particular.

Uma gravidez no âmbito da infecção-VIH pode surgir em diferentes contextos, sendo importante distinguir desde logo três situações possíveis: mulheres seropositivas que conhecem o seu diagnóstico e optam por engravidar; mulheres seropositivas que conhecem o seu diagnóstico e engravidam, sem planear; e a mais comum das situações que são as mulheres que engravidam (planeado ou não) e descobrem nessa altura, pelas análises de rotina de uma mulher grávida, que são seropositivas (Cabral,1999).

No entanto, num estudo efectuado em grávidas seropositivas, observou-se que a decisão em levar a gravidez até ao fim, mesmo quando lhes é oferecida a possibilidade de fazerem o aborto, era a mais frequente (Honigsbaum, 1991).

Muitas vezes a grávida seropositiva vê-se confrontada com a dor trazida de ser uma mãe que dá a vida, e de, simultaneamente, se transformar numa mãe portadora da morte, exigindo-lhe um esforço suplementar para tentar integrar esse facto (Nascimento, Pires, & Sota, 2001).

A grávida seropositiva, vê-se muitas vezes confrontada com a dor trazida pela perspectiva de a mãe que dá a vida se transformar numa mãe “perigosa”, portadora da morte, exigindo-lhe um esforço suplementar para tentar integrar esse facto (Pinto,1995).

Segundo Ingram e Hutchinson (1999), o processo social básico, que as mães seropositivas usam como resposta ao seu diagnóstico e ao estigma inerente, são as atitudes defensivas, sendo esta mesma postura defensiva que assegura à mãe e à criança algum grau de protecção psicológica.

A experiência clínica sugere que a “emergência epidémica” do VIH representa um desafio único para a mulher e especialmente para as mães. É um combate que vai acompanhar para sempre tanto a mãe como o bebé.

Os modelos psicodinâmicos enfatizaram os conflitos intrapsíquicos, e as defesas do ego. Recentemente mais explorado foi o relacionamento nos primeiros meses de vida com influência decisiva na resolução de crises provocadas pela introdução da doença, como aponta Balint.

Assim sendo, as reacções positivas ou negativas à Sida, à luz desta corrente, seriam provenientes do passado psicológico do indivíduo, e também influenciadas pelo momento social que este vive.

As atitudes positivas surgindo nestes indivíduos seriam assim explicadas de um modo geral por o indivíduo ter uma boa adaptação psicológica face às experiências anteriores de vida e associado a um apoio (embora não muito comum) do campo social.

Uma das fundamentações da teoria psicodinâmica de Balint refere a zona da criatividade, como sendo um conceito explicativo através do qual o indivíduo resolve os seus conflitos neuróticos ou depressivos (com repercussão de atitudes positivas) tentando reencontrar a harmonia dos primeiros meses de vida e que actua através da capacidade de criar algo do seu interior. Enquanto que as atitudes negativas são explicadas pelo mesmo autor através do Basic Fault dando origem a estados de regressão.

Ainda na linha psicodinâmica, James Strain (1985), sugere uma lista de categorias de stress sofridas pelo indivíduo doente (Guerra, 1991a). A ameaça à integridade narcísica enunciada, tem sido verificada por vários autores principalmente no grupo de homossexuais. As desfigurações físicas são frequentes com o progredir da doença (Farthing et al. 1988; Frierson & Lippman, 1987) e a adoptarem comportamentos de evitação, chegando ao ponto de se recusarem ver-se ao espelho (Christ & Wiener, 1988). Além da deterioração da imagem física aparecem também alterações da imagem de si, e da auto-estima (Alleaume, 1988). O stress relacionado com a perda da integridade narcísica, o medo da separação e de perda de amor, perda de controlo (Abrams et al. 1986), a culpa e medo de vingança estão muito presentes na pessoa afectada de Sida.

Em geral, os mecanismos que o sujeito vai utilizar para encontrar um novo equilíbrio constituem uma actualização de estratégias que, no seu passado, funcionaram com maior ou menor êxito para reduzir o sofrimento psicológico.

Ao lado das características de personalidade do sujeito e do seu estilo de adaptação a circunstâncias adversas, o suporte social é também uma variável importante no ajustamento psicológico à doença (Holahan & Moos, 1987).

As manifestações do ajustamento à infecção – VIH não diferem substancialmente do que é conhecido sobre reacções de ajustamento a doenças incapacitantes e incuráveis, em cujo final previsível seja a morte (Christ & Wiener, 1983; Huete, 1987; Miller, 1988

“ O estigma da SIDA/HIV, medo do contágio, carga financeira, e o trauma emocional (...) conduzem à alienação, isolamento social e conspiração de silêncio por parte da família (...) Alguns membros da família são incapazes de lidar com a doença e rejeitam ou abandonam o

(doente/infectado) (...). Outras famílias que ultrapassam o choque inicial podem experienciar tremendos sentimentos de ansiedade e “peso” e o sentido esmagador da responsabilidade de tomarem conta dos seus entes queridos (...) Devido à cronicidade da doença, os (doentes/infectados) requerem um cuidado continuado e, muitas vezes, a família de origem é chamada a providenciar esta muito necessária assistência.”

Pomeroy, Rubin & Walker, 1996, 299

Esta citação condensa os principais impactos negativos da Sida na dinâmica funcional e emocional das famílias que se vêm confrontadas com esta situação.

Como diz Steinglass “ a doença é como um terrorista que surge à porta, irrompe pela casa fora, exigindo tudo o que a família tem “.

Ao nível emocional instala-se um turbilhão de emoções e afectos, muitas vezes contraditórios, que alteram a vida de cada um dos elementos da família bem como de todo o grupo familiar.

Como em qualquer doença crónica, a família tem que fazer o luto pela sua imagem de “família saudável”, com tudo o que isso pressupõe em termos de redefinição do futuro familiar.

Ao nível funcional, no que respeita aos papéis e funções desempenhadas por cada elemento da família, surgem novas exigências que podem chegar a ter complicações laborais e financeiras. Neste processo, há que ter em atenção quem é o doente/infectado: ser pai ou o filho, ser mais jovem ou mais idoso, ser casado ou solteiro, não é indiferente à forma simbólica e concreta como a família vai fazer a sua adaptação à doença e ultrapassar esta crise.

Desta reorganização emerge, quase sempre, a figura do “cuidador primário”: a família destaca um dos seus membros (a maior parte das vezes uma mulher) para assumir a responsabilidade do apoio ao doente, o que implica uma sobrecarga desse elemento e exige que se encontrem fontes de suporte, intra ou extrafamiliares, que lhe permitam usufruir de tempos e tempos de “respiro” (Navarro - Góngora, 2002). Por outro lado, também em termos sociais (relações com os amigos e com a comunidade, ocupação dos tempos de lazer, por exemplo) ocorrem mudanças relevantes na vida da família. O frequente isolamento contribui para a redução do apoio social tão importante para uma boa adaptação familiar à doença.

O estigma converte-se numa característica psicossocial desta doença interferindo também no sentido que a família dá à doença.

Vários trabalhos indicam que a morbilidade psicológica também é significativa entre os familiares dos sujeitos afectados pela infecção VIH e, ainda, entre aqueles que cuidam de

doentes com SIDA- declarada (Christ & Wiener,1985; Jacoby-Klein &Fletcher, 1986; Ross &Rosser,1988) implicando isto a necessidade de apoio e aconselhamento dos familiares.

No que diz respeito às causas de perturbação psicológica associada à infecção VIH e a Sida declarada, estas envolvem um potencial enorme de causas de perturbação psicológica, intimamente relacionadas com a reacção e/ou distúrbio de ajustamento (Tross & Hirsch, 1988) de tal maneira que o tipo e grau de stress psicológico e físico a elas associados podem ser muitos maiores em comparação com outras doenças incuráveis, sendo difícil para os sujeitos e para as suas famílias encontrar formas construtivas de atenuação da morbilidade psicológica (WHO, 1987).

A comunicação ao sujeito dum diagnóstico de seropositividade ou de Sida dum diagnóstico de seropositividade ou de SIDA - declarada tem implicações profundas no seu funcionamento psicológico, na medida em que é avaliado como ameaça de morte e traz consigo importantes consequências. A comunicação do diagnóstico tem implicações variadas, conduzindo a uma autêntica revolução na vida do sujeito (Miller, 1986; e Miller, 1988).

O sentimento de perda de controlo relaciona-se com o facto da infecção-VIH não ter tratamento eficaz. Como após o diagnóstico há necessidade de controlo médico regular, isto opera uma outra mudança radical no sentido do estabelecimento duma dependência em relação ao serviço e aos técnicos de saúde e pode contribuir, também, para a diminuição do sentimento de controlo pessoal sobre as opções de vida.

O aparecimento de medos e ansiedades centram-se, na sua essência, no medo do futuro e no medo das reacções das outras pessoas.

Do ponto de vista funcional, é frequente o aparecimento de inibição do desejo sexual e/ou disfunção erétil, associadas a restrição dos contactos sexuais, excepto quando se instala uma dinâmica de comportamentos sexuais compulsivos relacionados com outros factores.

Uma outra implicação é a disrupção profissional e social, na medida em que o sujeito pode estar tão doente que se vê impedido de continuar a desempenhar com eficácia os seus papéis profissional e social. Por outro lado, persiste a questão de saber o que dizer aos colegas de trabalho e aos amigos e para a ameaça dum despedimento. É compreensível que muitos sujeitos, mesmo estando razoavelmente bem do ponto de vista físico, optem por manter-se com baixa ou pensem mesmo deixar o emprego, oferecendo como explicação para a sua doença uma informação que lhes parece socialmente mais aceitável: cancro, leucemia ou tuberculose (Miller, 1988).

O apoio psicoterapêutico, ao disponibilizar uma presença afectiva, empática e calorosa, capaz de reforçar o eu, de combater a desorganização mental e transmitir informação adequada, é

susceptível de acolher e atenuar um sofrimento e uma dor até aí indizíveis. Particularmente, porque “dizer” expõe o sujeito seropositivo à rejeição pelos seus comportamentos sexuais, à fuga dos seus parceiros sexuais, ao eventual conflito com uma família que até aí podia ignorar as particularidades do seu comportamento sexual e mesmo ao risco de perder o seu emprego.

Na etapa inicial da crise emocional precipitada pelo diagnóstico a tarefa do terapeuta é a de acolher a descarga afectiva, ajudar a conter o medo e a ansiedade, fornecer suporte emocional e assegurar ao doente que haverá tempo para tomar decisões (Marcks & Turner, 1986).

A ineficácia do tratamento e/ou recidiva ou desenvolvimento de sintomas ou doenças oportunistas precipitam geralmente nova crise emocional, com sentimento profundo de falta de esperança e intenso sofrimento psicológico que é necessário acolher e escutar.

## **O Segredo**

Winnicott num ensaio sobre “comunicar e não comunicar,” explica o segredo como algo fazendo parte do espaço interior de cada indivíduo.

O segredo é “uma doença genealógica familiar” de algo não dito, devido a uma lealdade familiar inconsciente (Schutzenberger,1993) e vem interromper os pensamentos familiares.

A função do segredo é o sequestro activo de aspectos ou partes da vida emotiva individual ou familiar, que se transmite transgeracionalmente (Nicolo1996).

O direito ao segredo pertence a cada um de nós e é o guarda –fronteiras entre nós e os outros.

O segredo impede a elaboração psíquica entre o Eu e ele mesmo e entre o Eu e o outro, interrompendo o desenvolvimento no espaço e no tempo, bloqueando as ligações interpessoais. A ligação “entre” as pessoas representa um terceiro elemento, gerado pela interacção, que não se pode reduzir a uma única pessoa mas representa um novo elemento cuja influência se reflecte no mundo interior do indivíduo (Nicolo, 1996).

O segredo faz parte do espaço interior do indivíduo (Tisseron,1996) e ele pode guardar preciosamente os pensamentos, os fantasmas, os sonhos, a vida íntima, sem os partilhar com ninguém, ou então partilhando-os com as pessoas da sua escolha. Estes segredos são correntes em cada um de nós e são estruturantes para a vida psicológica, constituindo-se uma fronteira entre nós e os outros.

Para Vaillant (2001), um segredo só o é para aquele que o decreta e que o ouviu no quadro de um pacto.

Quando a família, num misto de protecção do seu membro doente e de si própria, faz do HIV/SIDA um assunto tabu, quer no seu interior quer na sua comunicação com o exterior. Surgem, assim, os não-ditos ou mesmo os segredos que, em vez de funcionarem como solução, promovem uma comunicação disfuncional e o isolamento, tanto da família em relação ao seu exterior, como de cada elemento dentro da sua própria família. Nalguns casos, o diagnóstico arrasta consigo revelações que a família tem dificuldade em integrar, como por exemplo a infidelidade conjugal ou estilos de vida do(s) seu(s) membros socialmente estigmatizados, interferindo com as suas crenças e valores e conduzindo a reacções de ambivalência que podem ir da raiva e desespero à culpabilidade e depressão.

O estudo de Márcia Abramson (1990) de práticas de assistentes sociais em hospitais que trabalham com pessoas com Sida identificaram o segredo como o problema ético mais

relevante e saliente enfrentado por esses profissionais. Ela descreve três áreas de guarda de segredos, incluindo guardar segredos da pessoa com HIV, devido ao desconforto do próprio médico; manter segredos daqueles que podem estar em risco, devido às exigências por confidencialidade, e manter segredos do resto do mundo, devido à sensação esmagadora de estigma. As suas pesquisas apoiam a ideia de que o terapeuta é o guardião designado de muitos segredos.

O segredo da sida tem uma natureza diferente de todos os outros, em vista dos múltiplos níveis nos quais ocorre a guarda de Segredos.

Walker (1991) salienta que a guarda de segredos vinculada à Sida nas famílias é um reflexo directo das opiniões sociais que estigmatizam o paciente infectado. Para grande parte do público, a doença frequentemente está associada com pecado e vergonha e com comportamentos geralmente desaprovaos.

A revelação da doença também pode fazer com que a pessoa perca a moradia, benefícios de seguros e amizades (Walker, 1991). Embora a discriminação baseada no estado de seropositividade para o HIV numa pessoa seja ilegal, isto ainda ocorre.

No nível familiar, os pais podem esconder informações de sua situação de HIV-positivos dos seus filhos, de parentes do cônjuge e de outros membros da grande família. Às vezes, a razão dada é que acham que os filhos ou os avós não podem “lidar” com as notícias devastadoras, ou não podem ser confiáveis para manter o segredo na família.

Enquanto os terapeutas trabalham no sentido de permitir que os pacientes com sida desvendam o segredo, é fundamental que este trabalho seja realizado num contexto que trace distinções adequadas entre a privacidade essencial numa sociedade livre e os segredos que resultam do estigma e vergonha.

Karpel (1980) descreve três níveis de segredos. O primeiro, ele chama, de individual, onde uma pessoa da família conhece um segredo e o mantém para si mesma.

Um outro nível é interno, onde algumas pessoas na família compartilham o segredo e o mantêm de outros.

O terceiro nível é formado de segredos familiares compartilhados, onde toda a família sabe de algo, mas não deseja compartilhar com o mundo externo.

A perspectiva de Grolnick (1983) é a de focaliza-se no conteúdo dos segredos. Como Karpel, Grolnick focaliza-se sobre o facto de que os segredos tendem a não ser sobre pensamentos e emoções mas sim sobre eventos reais ocorridos.

Os segredos são fenómenos sistémicos. Eles estão ligados aos relacionamentos, moldam as díades, formam triângulos, alianças encobertas, divisões, rompimentos, definem limites de

quem “está dentro” e de quem “está fora e calibram a intimidade e o distanciamento nos relacionamentos.

## II. Método

### Objectivos do estudo e operacionalização das variáveis

Os objectivos primordiais deste estudo, baseiam-se na determinação e compreensão das relações de vinculação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos.

Estes objectivos foram operacionalizados em quatro hipóteses

**Hipótese 1:** O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “resistente”.

Variável Independente: Portador de HIV (2 níveis – sim e não)

Variável Dependente: Dimensão de vinculação “confiança nos outros”

**Hipótese 2:** O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “ansioso”.

Variável Independente: Portador de HIV (2 níveis – sim e não)

Variável Dependente: Dimensão de vinculação “ansiedade”

**Hipótese 3:** O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “evitante”.

Variável Independente: Portador de HIV (2 níveis – sim e não)

Variável Dependente: Dimensão de vinculação “conforto com a proximidade”

**Hipótese 4:** A alteração de relação entre pais e filhos após conhecimento de diagnóstico diferencia o conforto com a proximidade entre ambos

Variável Independente: Conhecimento de diagnóstico (2 níveis – sim e não)

Variável Dependente: Dimensão de vinculação “conforto com a proximidade”

## 2.1 Participantes

Este estudo foi conduzido com 21 pessoas, nove do sexo masculino e doze do sexo feminino. A média geral de idades foi de 39.86 (6.18) obtendo um mínimo de 26 e máximo de 51 anos. Como critério de inclusão teve-se a condição de ser pai/mãe seropositivo sem qualquer histórico de toxicod dependência e com pelo menos um filho menor de idade. Devido a estes critérios de inclusão tornou-se um desafio encontrar participantes nestas condições. Para facilitar a leitura dos dados a descrição dos participantes sumaria-se no Quadro 1.

Quadro 1: Frequência, percentagem (entre parênteses) para os níveis de escolaridade, estado civil e distrito de residência e mínimos, máximos, médias e desvios padrão para a idade, por sexos.

	Masculino	Feminino
<b>Escolaridade</b>		
1º Ciclo	5 (55.6)	3 (25.0)
2º Ciclo	1(11.1)	4 (33.3)
3º Ciclo	1(11.1)	1 (8.3)
Secundário	1(11.1)	2 (16.7)
Licenciatura	1(11.1)	2 (16.7)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	1 (11.1)	1 (8.3)
Casado	5 (55.6)	10 (83.3)
Divorciado	3 (33.3)	1 (8.3)
<b>Distrito</b>		
Porto	1 (11.1)	9 (75.0)
Aveiro	8 (88.9)	2 (16.6)
Viana do Castelo	0 (0)	1 (8.3)
<b>Idade</b>		
Mínimo	26	30
Máximo	51	44
M	40.89	39.08
DP	8.42	4.06

Como se pode observar no quadro 1 as frequências mais elevadas nos níveis de escolaridade encontram-se nos estrados mais baixos (1º e 2º ciclo). Salienta-se contudo a existência de 4 mulheres com escolaridade igual ou superior ao nível secundário que

correspondem a 33.4% do total das mesmas. No que toca ao estado civil verifica-se que a maioria das mulheres é casada (83.3%) ao passo que nos homens essa percentagem cai para 55.6%. Quando ao distrito de residência a maioria dos homens pertence ao distrito de Aveiro (88.9%) e das mulheres ao do Porto (75%). No que toca à idade as médias de homens e mulheres são aproximadas havendo que salientar a maior dispersão dos dados em torno da média dos homens (8.42).

## 2.2 Materiais

Os materiais utilizados nesta investigação foram a Escala de Vinculação do Adulto (Adult Attachment Scale – R (AAS-R)) e uma entrevista semi-estruturada realizada com o objectivo de sumariar informações relevantes.

### 2.2.1 Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

A escala de vinculação do adulto (EVA) foi criada originalmente por Collins e Read e revista pelos mesmos em 1990 com o objectivo de identificar os três padrões de vinculação mencionados por Bowlby (seguro, evitante e ansioso) desenvolvidos por indivíduos adultos na relação com outros parceiros. Collins e Read (1990) desenvolveram as descrições a partir de Hazan e Shaver (1987) e incluíram itens que contemplam padrões de vinculação experienciados na infância. Na primeira fase de construção da escala, Collins e Read (1990) retiraram afirmações do instrumento de Hazan e Shaver e obtiveram 15 itens (cinco para cada estilo de vinculação: seguro, evitativo e ansioso). No estudo de validação da escala foi utilizada uma amostra de 286 mulheres e 184 homens sendo realizados testes psicométricos dos quais resultou a versão actual que é composta de 18 itens; os quais procuram avaliar o tipo de vinculação que o indivíduo estabelece com outros parceiros na vida adulta. Para quantificar o tipo de vinculação predominante, é utilizada uma escala de cinco pontos, do tipo Likert, que vai desde nada característico em mim até extremamente característico em mim. A análise factorial destes 18 itens sugere a existência de três dimensões (*seguro*, *evitante* e *ansioso*). As correlações efectuadas entre as três dimensões encontradas revelaram uma força de associação moderada entre os factores evitante e seguro ( $r = 0.38$ ), uma relação fraca entre os factores ansioso e dependente ( $r = -0.24$ ) e a inexistência de associação entre os factores ansioso e dependente ( $r = -0.08$ ). Collins e Read (1990) revelam uma boa viabilidade para a

escala, referindo alphas de Cronbach para as três subescalas de 0.81, 0.78 e 0.85, respectivamente.

Em Portugal os primeiros estudos realizados com esta escala pertencem a Canavarro (1997) sendo daí que decorreu o termo Escala de Vinculação do Adulto. No estudo de Canavarro procedeu-se à tradução do instrumento original de acordo com os critérios de De Figueiredo e Lemkau (1980)

Aqui os estudos da consistência interna da EVA revelaram, através dos índices de *alpha de Cronbach*, intervalos entre 0,759 e 0,688 que conferiram a robustez adequada à amostra.

Com os objectivos de avaliar a validade do instrumento e conhecer as dimensões factoriais subjacentes este autor procedeu à extracção de componentes principais, com rotação de tipo *varimax*. Os 18 itens foram então submetidos a uma análise factorial, da qual foi possível extrair três factores. Os factores aqui encontrados explicaram 46,62% da variância total e foram condizentes com a *Teoria da Vinculação do Adulto*, sendo designados, de acordo com o modelo de Hazan e Shaver (1987), de padrões de vinculação: *Ansiosa*, *Segura* e *Evitante* (Canavarro, 1997).

Almeida (2005) realizou um estudo semelhante no qual encontraram 46,9% da variância total, sendo o factor 1 constituído por itens que se relacionam com a dimensão *Ansiedade*, o factor 2 composto por itens que se associam à dimensão de *Conforto com a Proximidade* e o factor 3 constituído por itens que se relacionam com a dimensão *Confiança nos Outros*.

Desta forma, o factor 1, *Ansiedade*, refere-se ao grau de ansiedade experienciado pelo indivíduo que se relaciona com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido; o factor 2, *Conforto com a Proximidade*, refere-se ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade; e, por último, o factor 3, *Confiança nos Outros*, diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária (Canavarro, Dias & Lima, 2006)

Os três factores dividiram-se da forma que se pode ver sumariada no Quadro 2.

Quadro2: Itens e correlações item-escala por factor

Factor	Item	Correlação (R) Item – total
Ansiedade	3	0.674
	4	0.495
	9	0.686
	10	0.660
	11	0.686
Conforto com a Proximidade	15	0.540
	1	0.461
	6	0.276
	8	0.402
	12	0.482
Confiança nos outros	13	0.323
	14	0.487
	2	0.211
	5	0.037
	7	0.311
	16	0.379
	17	0.275
	18	0.513

Canavarro, Dias &amp; Lima (2006)

Em relação ao Quadro 2 há que salientar o aspecto do item cinco possuir um nível de correlação bastante baixo. Contudo Canavarro, Dias & Lima (2006) consideraram que dada a importância do mesmo para a dimensão que lhe corresponde este teria de ser incluído na versão final da escala.

Esta foi a escala utilizada neste estudo (cf. Anexo 1) para avaliar a vinculação nos adultos e as relações que estabelecem com outros. Outras escalas foram também ponderadas como a Escala de Avaliação da Relação Pais-Filhos (Matos & Costa, 2001). Salienta-se contudo que esta era dirigida aos adolescentes e ao seu processo de vinculação com os pais. Dessa forma a escolha recaiu sobre uma escala com um carácter algo generalista que permite inferir acerca das relações que os adultos estabelecem com os outros. Assim a escala seleccionada foi a EVA, uma vez que permite distinguir entre os três tipos de vinculação já descritos nas relações dos adultos. Está amplamente referenciado na literatura que os estilos de vinculação têm um carácter transgeracional, i.e. um pai/mãe com um tipo específico de vinculação tenderá a incuti-lo nos seus filhos (Relvas, 1996; Sampaio & Gameiro, 1998). Desta forma a vinculação do adulto tenderá a manifestar-se na vinculação com os seus filhos.

### **2.2.2 Entrevista Semi-estruturada**

A entrevista semi-estruturada (cf. Anexo 2) foi um instrumento realizado propositadamente para este trabalho e prendeu-se com uma serie de questões com o objectivo de conhecer melhor a realidade de cada pessoa. De acordo com Quivy et al, 1992 na entrevista semi-estruturada, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos a serem cobertos (guião de entrevista), mas a entrevista em si permite uma relativa flexibilidade. As questões podem não seguir exactamente a ordem prevista no guião e poderão, inclusivamente, ser colocadas questões que não se encontram no guião, em função do decorrer da entrevista. Mas, em geral, a entrevista seguirá o que se encontra planeado. Assim, estas, apesar do guião elaborado pelo entrevistador, permitem que o entrevistado tenha alguma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direcção que considere adequada, explorando, de uma forma flexível e aprofundada, os aspectos que considere mais relevantes.

Adicionalmente, este conhecimento traduziu-se numa tomada de direcção objectiva para a investigação. Dessa forma foi realizada uma análise qualitativa dos itens que se traduziu na constituição de diversas categorias (cf. Anexo 3). Algumas destas foram utilizadas na condução de análises estatísticas.

## 2.3 Tratamento de dados

Esta investigação utilizou, como foi referido, a escala de vinculação no adulto (EVA). Foram calculadas três dimensões conforme descrito em Canavarro, Dias & Lima (2006). Estas resultaram do somatório dos itens que lhes correspondiam (já referenciados na descrição da escala) uma vez que a cada dimensão correspondiam seis itens. Como forma de comparar as dimensões com estudos previamente realizados foram calculadas as médias relativas a cada dimensão para cada participante.

Adicionalmente foi realizada uma análise qualitativa no instrumento da entrevista semi-estruturada e criadas categorias para cada questão. Dada a natureza das respostas apenas foi possível quantificar três variáveis as quais se apresentam nos resultados.

### 2.3.1 Análise Quantitativa

O tipo de estudo em causa é do tipo Quasi-Experimental uma vez que utilizou como método de análise hipóteses inferenciais com recurso a grupos experimentais e controlo. Os testes estatísticos utilizados versaram todos a Estatística T de comparação de médias. As três primeiras hipóteses utilizaram uma comparação *T-student* com um valor externo à amostra e a última hipótese utilizou uma divisão da amostra por categoria fazendo uso de um Teste *T* para amostras independentes. O critério de decisão estatística manteve-se num nível máximo de rejeição de  $H_0$  para  $p < 0.05$ .

### III. Resultados

Em primeiro lugar são apresentadas as estatísticas descritivas referentes à EVA. Tal com dizem Canavarro, Dias & Lima (2006) uma vez que o sexo não altera significativamente as pontuações obtidas, não são apresentados os resultados em função deste.

Quadro 3: Mínimos, Máximos Médias (*M*) e Desvios Padrão (*DP*) para as três dimensões da EVA

	Mínimo	Máximo	M	DP
Ansiedade	1.00	4.00	2.10	1.08
Conforto com a proximidade	2.17	4.50	3.44	0.50
Confiança nos outros	1.67	3.67	2.61	0.62

Como se pode observar no Quadro 3 o valor mais alto situa-se na dimensão “conforto com a proximidade” seguido por “confiança nos outros” e “ansiedade”.

Quadro 4: Frequência e Percentagem para o nível de relacionamento parental evidenciado

	Frequência	Percentagem
Ligação profunda	7	33.3
Bom relacionamento	14	66.7

De acordo com o Quadro 4 verifica-se que na amostra não existiram casos de relações negativas. As referências a ligações profundas ascendem aos 33.3% ao passo que os bons relacionamentos cifram-se 66.7%.

Quadro5: Frequência e Percentagem para os diferentes tipos de reacção à doença

	Frequência	Percentagem
Choque	4	19.0
Desespero	15	71.4
Reacção Adaptativa	1	4.8
Indiferença	1	4.8

Como se observa no Quadro 5 o desespero é a reacção mais frequentemente encontrada com 71.4% das pessoas a referirem-no. O Choque segue-se com 19%. As reacções adaptativas e indiferença apenas obtiveram 4.8% cada um.

Quadro6: Frequência e Percentagem para alteração de relação com os filhos

	Frequência	Percentagem
Sim	12	57.1
Não	9	42.9

Como indica o Quadro 6 57.1% dos pais alteraram o relacionamento com os filhos após terem conhecimento do diagnóstico do HIV.

### 3.1 Resultados para as hipóteses

Antes de apresentar os resultados referentes a cada hipótese importa referir que para todos os testes estatísticos foi garantida anormalidade de acordo com o teste de Shapiro-Wilks, sendo que cada variável em análise se comportou sempre com um nível de significância superior a  $p > 0.02$  para o referido teste.

3.1.1 Resultados para a Hipótese 1: O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “resistente”.

Como forma de resolver esta hipótese realizou-se um T-teste confrontando os dados amostrais com aqueles encontrados por Canavarro, Dias & Lima (2006) cujo número de participantes foi de 434.

Quadro 7: Médias (*M*), Desvios Padrão (*DP*) e Valor T (20 g.l.) para a diferença da dimensão “confiança nos outros” entre amostra e população controlo

	M	DP	Valor T
Amostra	2.61	0.62	-4.84***
População controlo	3.27	0.53	

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

**Nota.** g.l. = graus de liberdade

De acordo com o Quadro 7 encontraram-se diferenças significativas para pais associados à problemática do HIV quando o seu nível de confiança nos outros é comparado com uma população controlo. O nível de “confiança nos outros” exibido pelos pais com HIV foi significativamente inferior ao da população em geral.

3.1.2: Resultados para a Hipótese 2: O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “ansioso”.

Para resolver esta hipótese foi utilizado o mesmo procedimento da hipótese anterior, ou seja, foram comparados os resultados amostrais com os de uma população controlo.

Quadro 8: Médias (*M*), Desvios Padrão (*DP*) e Valor T (20 g.l.) para a diferença da dimensão “ansiedade” entre amostra e população controlo

	M	DP	Valor T
Amostra	2.10	1.08	-1.39
População controlo	2.43	0.74	

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

**Nota.** g.l. = graus de liberdade

Como se pode observar no Quadro 8 não se confirma a hipótese formulada uma vez que o nível de significância não atingiu o mínimo exigível de 0.05. Ainda assim há que salientar o facto de que a ansiedade foi menor na amostra.

3.1.3. Resultados para a Hipótese 3: O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “evitante”.

Mais uma vez os procedimentos utilizados na resolução desta hipótese seguem os métodos anteriores.

Quadro 9: Médias (*M*), Desvios Padrão (*DP*) e Valor T (20 g.l.) para a diferença da dimensão “conforto com a proximidade” entre amostra e população controlo

	M	DP	Valor T
Amostra	3.44	0.50	-0.41
População controlo	3.49	0.58	

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

**Nota.** g.l. = graus de liberdade

Tal como evidencia o Quadro 9 não foram encontradas diferenças significativas face à dimensão “conforto com a proximidade” entre a amostra do estudo e a população controlo. Assim, não se confirma a terceira hipótese do estudo. Salienta-se ainda que ambas as médias (controlo e amostra) são bastante próximas.

3.1.4 Resultados para a Hipótese 4: A alteração de relação entre pais e filhos após conhecimento de diagnóstico diferencia o conforto com a proximidade entre ambos

Para solucionar esta hipótese foi conduzido um T-teste para amostras independentes que visou comparar quem referiu que tinha alterado a relação com os filhos e quem não tinha.

Quadro 10: Médias (*M*), Desvios Padrão (*DP*) e Valor T (19 g.l.) para as diferenças de alteração de relação na dimensão “conforto com a proximidade”

Alteração de relação	M	DP	Valor T
Sim	3.65	0.42	2.45*
Não	3.16	0.49	

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

**Nota.** g.l. = graus de liberdade

Como se verifica no quadro 10 quem alterou o relacionamento com os filhos obteve uma pontuação significativamente superior na dimensão de conforto com a proximidade. Salienta-se também a proximidade entre Desvios Padrão o que indicia homogeneidade de variâncias facto que se comprovou com o Teste de Levene para um  $p > 0.02$ .

#### IV. Discussão dos resultados

Segundo a Teoria da Vinculação, o indivíduo interpreta os acontecimentos da sua existência e estabelece formas de agir no mundo, nomeadamente na relação com os outros significativos, com base nas expectativas a respeito do próprio, do outro e da relação com o outro, geradas na interacção com os pais durante a infância (Bowlby, 1988).

Tendo em conta a Teoria da vinculação procurou-se estudar qual o padrão de vinculação que os pais seropositivos da nossa amostra estabeleciam com os seus filhos e se existia ou não alguma diferença nessa relação após terem tido conhecimento do diagnóstico.

No que diz respeito à primeira hipótese colocada “ O estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “resistente”, concluiu-se que o nível de confiança nos outros foi significativamente inferior ao da população em geral. Podemos analisar este resultado de duas perspectivas, a primeira está obviamente relacionada com o estigma que os pais seropositivos sentem devido ao seu diagnóstico e os faz ter uma atitude defensiva nas suas relações com os outros. Segundo Ingram e Hutchinson(1999), o processo social básico, que as mães seropositivas usam como resposta ao seu diagnóstico e ao estigma inerente, são as atitudes defensivas, sendo esta mesma postura defensiva que assegura à mãe e à criança algum grau de protecção psicológica.

Uma segunda perspectiva relaciona-se com o tipo de vinculação que determinados pais seropositivos possam já possuir e que o diagnóstico possa ter vindo a intensificar. Segundo Mary Ainsworth, a vinculação insegura – resistente caracteriza-se pelo facto dos bebés sentirem uma falta de confiança no prestador de cuidados. Tendo o estilo de vinculação um carácter transgeracional, isto é, um pai/mãe com um tipo específico de vinculação tenderá a incuti-lo nos seus filhos (Relvas, 1996;Sampaio e Gameiro, 1998). Assim, a vinculação do adulto tenderá a manifestar-se na vinculação com o seu filho.

No que diz respeito à segunda hipótese colocada “o estilo de vinculação dos pais portadores de HIV é mais “ansioso” conclui-se que não se confirma a hipótese formulada. Ora isto vai de encontro ao conceito de focalização nas crianças que o artigo sobre comportamento parental em mães seropositivas, de Pires, A. (2006) defende no que diz respeito à relação das mães seropositivas com os seus filhos “ A focalização nos filhos funciona também para o bem estar psicológico das mães (...) esta é a forma que as mães encontram para responder às suas necessidades e angústias”.(sic)

No que diz respeito à última hipótese formulada “ a alteração de relação entre pais e filhos após conhecimento de diagnóstico diferencia o conforto com a proximidade entre ambos”

Verifica-se que quem alterou o relacionamento com os filhos obteve uma pontuação significativamente superior na dimensão conforto com a proximidade.

“Tornam-se mães presentes, para não perderem um instante que seja longe dos seus filhos pois cada minuto tem para estas mulheres um valor extremamente importante.

As crianças, ao representarem tudo para as suas mães, proporcionam a criação de uma relação de grande empatia e proximidade”. (Pires, A. 2006).

Concluiu-se que 57.1% dos pais alteraram o relacionamento com os filhos após terem conhecimento dos resultados.

Significa assim, que a relação dos pais seropositivos com os seus filhos sofre modificações após estes terem conhecimento do diagnóstico.

Verifica-se na amostra que as referências a ligações profundas ascendem aos 33.3% ao passo que os bons relacionamentos cifram-se 66.7%.

O facto da doença ser estigmatizante e poder induzir rejeição social (Miller, 1988) faz com que o isolamento nestes doentes seja comum.

Isto está relacionado com o já estudado por Pires, 2006 onde de acordo com o estudo efectuado existe nesta população a visão dos filhos como um refúgio “ o facto de terem filhos também funciona para elas, de certa forma, como um reparador, uma vez que, os filhos acabam por ser um refúgio, pois é neles que elas vão buscar força e energia para continuarem em frente e tentarem vencer o vírus, são eles que lhes dão alegria quando nada lhes dá vontade de sorrir, que dão cor aos seus dias e vontade de mudar o mundo”.

Assim, estes pais passam a utilizar os filhos como um refúgio investindo a relação com estes e desinvestindo e afastando-se de relacionamentos com outros que não estes.

O desespero é a reacção mais frequentemente encontrada em 71.4% das pessoas a referirem-no.

As reacções psicológicas individuais à comunicação de um diagnóstico que representa uma interrupção súbita da trajectória existencial incluem sentimento de perda de controlo, com vivido psicológico de infelicidade, indefesa e impotência, culpa e depressão, medos diversos e ansiedade, repercussões no funcionamento sexual e ainda disrupção profissional e social

## V. Conclusões

Foram analisadas vinte e uma entrevistas semi-estruturadas de pais (ambos os sexos) infectados com VIH, sem nenhum histórico de toxicod dependência e com pelo menos um filho menor de idade. Foram também administrados a estes pais a escala de Vinculação de Eva e um questionário demográfico.

Os dados obtidos revelaram que 57.1% dos pais seropositivos alteraram o relacionamento com os filhos após terem tido conhecimento do diagnóstico o que significa que à questão levantada inicialmente neste estudo ““existem diferenças na relação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos após terem conhecimento do diagnóstico de VIH? a resposta é afirmativa. No que diz respeito ao complemento desta interrogação “quais são essas diferenças?” concluímos que esta diferença/alteração da relação entre pais e filhos após conhecimento do diagnóstico diferencia o conforto com a proximidade entre ambos, uma vez que a pontuação que estes pais tiveram foi significativamente superior do que o grupo de controle. Ora isto significa que existe uma tendência para estes pais se aproximarem dos seus filhos e se sentirem confortáveis com essa proximidade.

Sendo um dos receios verbalizados por estes pais o de não ver crescer estas crianças, investem emocionalmente no relacionamento com elas, estabelecendo com elas uma relação mais próxima. Por essa razão os bons relacionamentos cifram-se em 66.7%.

De salientar que a maioria destes pais referiram um afastamento temporário dos seus filhos após terem tido conhecimento do diagnóstico por receio de contágio.

Todos os que participaram na amostra tinham conhecimento do diagnóstico há pelo menos um ano e por isso a adaptação psicológica ao diagnóstico estava assim mais desenvolvida.

Existem nestes pais uma grande focalização nos filhos: “a vida não tinha grande interesse sem ele”(sic); “saber que ele não tem olhos para mais ninguém a não ser para mim e eu para ele”(sic).

Outra das conclusões prende-se com o facto do nível de “confiança nos outros” exibido pelos pais com HIV ser significativamente inferior ao da população em geral isto relaciona-se com o medo, muitas vezes o pânico destes pais em que outras pessoas possam descobrir o seu diagnóstico.

De salientar que uma das mães da amostra escolheu um hospital de uma outra cidade que não a sua para dar à luz por medo que alguém descobrisse, isto demonstra o nível de desconfiança e insegurança destes doentes.

Se este estudo seria ou não confidencial era sempre a primeira questão a ser colocada por estes doentes. Ora esta dificuldade em confiar nos outros está relacionada com o medo que alguém descubra o seu segredo e a dificuldade em desvendar este diagnóstico que é muitas vezes um segredo de muitos membros da família nomeadamente dos filhos. Por outro lado é verbalizado pelos pais como um meio de não só se auto protegerem como protegerem os seus filhos do estigma e do preconceito.

Todos estes doentes aceitaram de uma forma extraordinariamente generosa participar neste estudo, tendo em conta que muitos deles são de um estatuto sócio económico abaixo da média, aceitaram voluntariamente e alguns até entusiasticamente aceder a esta participação, a necessidade de serem ouvidos foi notória.

## Referências:

Almeida, J. (2005). Apoio social e morbidade em estudantes universitários nos períodos de transição: Estudo comparativo da prevalência da ansiedade e da depressão. *Monografia de investigação não publicada*. Braga: Universidade do Minho.

Bayle, F.& Martinet, S.(2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bowlby, J.(2002). *Apego e Perda*.Vol.1: *A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, B.T.&Cramer, G.B.(1993). *A relação mais precoce*. Lisboa:Terramar

Canavarro, M.C. (2001) (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra:Quarteto Editora.

Canavarro, M., Dias, P. & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da *Adult Attachment Scale-R (AAS-R)* na população Portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), p.155-186

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-683.

De Figueiredo, J. M., & Lemkau, P. V. (1980). Psychiatric interviewing across cultures: some problems and prospects. *Social Psychiatry*, 15, 117-121.

Figueiredo, B.(2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica e da saúde*, 3 (3), 521-539.

Figueiredo,B.,Pacheco,A.,&Costa,R.(2006). Qualidade da vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez. *Análise Psicológica*, 20,(1), 65-96.

Gameiro, J. (1998): *Os meus, Os teus e os Nossos – Novas Formas de Família*. Ed. Derramar. Lisboa

Guerra, P.M. (1998). *Sida implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.

Imber-Black, Evan., & Cols (2002). *Os segredos na Família e na Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Leal, I.(2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século

Matos, P.M. & Costa, M.E. (2001) Family and love narratives in young adults. Comunicação apresentada no 8º *International Conference of the European Association for Research on Adolescence*, Budapeste, Hungria

Monteiro,C.A.,Pires,A.,Ângelo,P.,Nascimento,S.&Sota,R.(2006). Comportamento Parental em Mães Seropositivas. Psicologia, Saúde & Doenças,7(1), 13-27.

Monteiro,L.,Veríssimo,M.,Santos,J.A.&Vaughn,E.B.(2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. Análise Psicológica, (3), 395- 409.

Moura-Ramos,M., & Canavarro,M.C.(2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. Análise psicológica,(3), 399-413.

Oliveira,A.R.(2000). Do vínculo às relações sociais: Aspectos Psicodinâmicos. Análise Psicológica, 2 (XVIII): 157-170.

Quivy, R. et al. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva

Relvas, A. (1996): *O Ciclo Vital da Família - Perspectiva Sistémica*. Ed. Afrontamento. Porto.

Sá, E.(2003). *Psicologia do Feto e do bebé*. Lisboa: Fim de século

Teixeira, C.J. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA

Terenó, S., Soares, I.Martins.,Sampaio, D. & Carlson,E.(no prelo). *Teoria e Investigação da Vinculação na Infância. Contributos para uma perspectiva desenvolvimental na Infância*. Lisboa: Neofarmacêutica

## **Anexos**

## ANEXO A – Questionário Sócio – Demográfico

**Processo nº:** 

Nome

Idade \_\_\_\_\_ anos

Sexo  Masculino Feminino

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Saber ler e/ou escrever

1º - 4º anos 5º - 6º anos 7º - 9º anos 10º - 12º anos Estudos Universitários Formação pós-graduada 

Profissão

Freguesia

Concelho

Distrito

Estado Civil:

Solteiro Casado União de facto Separado Divorciado Viúvo

## ANEXO B

*Escala de Vinculação do Adulto*EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO C - Entrevista semi - estruturada

1 - Que memória guarda sobre a sua infância? Como era a relação que estabelecia com os seus pais?

2 - Qual o nº de filhos que tem? Com que idades?

3 - Como considera ser o relacionamento dos seus filhos entre eles? (no caso do nº de filhos ser superior a um)

4 - Como definiria a relação que mantém com o (s) seu (s) filho (s)?

5 - Que actividades costuma fazer com o (s) seu (s) filho(s)?

6 - Como considera ser a relação que o pai/mãe do seu filho (a) tem com este(a)?

7 - Como definiria o tipo de relação que tem com o pai/mãe do seu filho?

8 - Tem algum relacionamento amoroso? Como vivencia a sua sexualidade?

9 - Utiliza métodos contraceptivos?

10 - Que idade tinha quando foi pai/mãe pela 1ª vez?

11 - Foi uma gravidez planeada/desejada?

12 - Como tem sido para si ser pai/mãe do(a) ...?

13 - Quando teve conhecimento do diagnóstico de VIH?

14 - Em que ano pensa que foi infectado(a)?

15 - Como reagiu?

16 - Qual o seu estado clínico para o VIH?

Assintomático

Sintomático

SIDA

Não sabe

17 - Dados médicos relativos à infecção VIH:

- CD4+ (última contagem) \_\_\_\_\_

- Carga Vírica(última contagem) \_\_\_\_\_

18 - Faz terapêutica anti - retrovírica? Existem falhas na adesão à TARV?

19 - Qual o seu regime de tratamento?

Internamento

Consulta Externa

Sem tratamento

20 - Qual a expressão que mais associa a si: sente-se doente, vê-se como um doente ou um portador de uma doença?

21 - O (a) seu (sua) filho(a) sabe do seu diagnóstico?

22 - No caso da resposta anterior ser afirmativa, quanto tempo após saber do diagnóstico o fez?

23 - Como explicou ao seu filho a doença?

24 - Qual a reação do seu filho perante a doença?

25 - Em casa existe algum momento em que falam sobre a sua doença?

26 - Alguma vez teve acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Sim, quando e durante quanto tempo?

27 - Toma alguma medicação psiquiátrica? Se sim, qual?

28 - Acha que a relação que mantém com o seu filho sofreu alguma modificação após ter conhecimento do diagnóstico? Se sim, de que forma?

29 - E a na sua vida, o que considera ter mudado após ter tido conhecimento do diagnóstico de VIH?

30 - Alguma vez esteve internado? Se sim, como vivenciou a ausência do seu filho? Como considera que ele tenha vivenciado a sua (ausência)?

No caso dos pais cujos filhos (ou apenas um dos) desconhece o diagnóstico:

31 - De que forma é que acha que esse segredo interfere na relação que tem com o seu filho?

## **Termo de Consentimento Informado**

### **Informação ao Participante**

Exmo (a) Senhor (a)

Solicitamos a sua participação voluntária no trabalho de investigação intitulado “ A Parentalidade no VIH: A vinculação dos pais seropositivos – o papel do segredo”, da autoria da Psicóloga Joana Freixo, Psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital de Joaquim Urbano no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade do Instituto Superior de Psicologia Aplicada sob orientação da Prof. Doutora Isabel Leal, Professora Associada do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Este trabalho de investigação tem como principal objectivo determinar a relação que o diagnóstico VIH/SIDA tem na relação de vinculação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos.

Estas actividades não apresentam qualquer risco para o (a) Senhor (a). Esta investigação pode permitir-nos perceber de que forma a pessoa infectada com VIH/SIDA estabelece relações de vinculação com os seus filhos e verificar até que ponto o segredo interfere nessa mesma relação.

A qualquer momento o (a) Senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado e tem total liberdade para recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto da Psicóloga Joana Freixo, sito Hospital de Joaquim Urbano.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser realizado um trabalho de investigação intitulado “**A Parentalidade no VIH: A vinculação dos pais seropositivos – o papel do segredo**” desenvolvido no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, por Joana Freixo, aluna do referido Mestrado do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, a realizar-se no Hospital de Joaquim Urbano.

Esta investigação tem como principal objectivo determinar a relação que o diagnóstico VIH/SIDA tem na relação de vinculação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos. Esta investigação pode permitir-nos perceber de que forma a pessoa infectada com VIH/SIDA estabelece relações de vinculação com os seus filhos e verificar até que ponto o segredo interfere nessa mesma relação.

Pedimos a sua colaboração para participar neste estudo através do preenchimento dos questionários em anexo a este documento.

A sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento nunca ficando por isso prejudicado, em qualquer aspecto.

A sua identidade é confidencial e anónima. A informação obtida através da recolha dos questionários e tratamento estatístico dos dados é confidencial e será apenas usada para fins de investigação.

## **Categorias**

### **Que memória guarda sobre a sua Infância?**

#### **1- Cor e Alegria**

Sufrimento

Ambas

Ausência de memórias

#### **1.1- Como era a relação que estabelecia com os seus pais?**

##### **Mãe**

Suficientemente boa

Ausente/Distante

Má

##### **Pai**

Suficientemente bom

Ausente /Distante

Mau

#### **Como considera ser o relacionamento dos seus filhos entre eles? (no caso do número de filhos ser superior a um)**

#### **3 - Com base no ciúme**

Protecção

Amizade

Não há

#### **Como definiria a relação que mantém com o (s) seu (s) filho (s)?**

#### **4 – Confidência/Amizade**

Protecção

Autoridade

Ambivalente

Distante

**Que actividades costuma fazer com o (s) seu (s) filho (s)?**

- 5 – Brincam muitas vezes  
 Brincam por vezes  
 Nunca Brincam

**Como considera ser a relação que o pai/mãe do seu filho(a) tem com este (a)?**

- 6 – De afecto e contentora

De afecto mas sem capacidade de contenção

Autoridade

Distância

Inexistente

**Como definiria o tipo de relação que tem com o pai/mãe do seu filho?**

- 7 – Satisfatória

Insatisfatória

Inexistente

**Como vivencia a sua sexualidade?**

- 8 – Normal

Com alterações

**Como tem sido para si ser pai/mãe do (a)...?**

- 12 – Ligação afectiva enorme

(Des) ligamento da relação afectiva

Boa experiência

Uma experiência igual a outra

**Como reagiu?**

- 15 -

Choque

Desespero (tristeza, dor, medo)

De uma forma adaptativa

Melhor do que em relação a outras doenças

### **Como explicou ao seu filho a doença?**

23 -

A minha médica de família explicou

“o teu pai é que me deu esta doença...”

“As mulheres...”

“Isto é um vírus...”

“Isto é um bicho...”

Não expliquei

### **Qual a reacção do seu filho perante a doença?**

24 – Surpresa

Silêncio

Medo da minha morte

Apoio e preocupação com a minha saúde

Nenhuma, porque desconhece o diagnóstico

### **Acha que a relação que mantém com o seu filho sofreu alguma modificação após ter conhecimento do diagnóstico?**

28 – Sim

Não

**Se sim, de que forma?**

Exagero nos cuidados de limpeza

Permissividade

Sobreprotecção e preocupação

Aumento do padrão de exigência

Diminuição da disponibilidade emocional (irritabilidade)

**E na sua vida o que considera ter mudado após ter tido conhecimento do diagnóstico de VIH?**

29 –

Isolamento Social (afastamento de familiares)

Sentimentos negativos (revolta, desânimo, perda de esperança quanto ao futuro)

Preocupação com a saúde

Medo que descubram o diagnóstico

Limitações laborais e económicas devido a doenças oportunistas

Nada mudou

**Acha que esse segredo interfere na relação que tem com o seu filho?  
(só contam os sujeitos cujos filhos desconhecem o diagnóstico)**

Sim

Não

**32- De que forma?**

Angústia de abandono (medo que o meu filho se zangue quando souber)

**33- Porque escondeu este segredo do seu filho?**

Pela idade (falta de maturidade)

Medo rejeição (auto-protecção)

Para protecção do filho

**34- Qual a reacção que acha que ele(a) teria?**

Compreensão

Afastamento

Desvalorização da doença

Angústia

Não sei

**35- Na sua opinião, considera que o seu filho compreenderia?**

Sim

Não sei

Não

**O que pensaria sobre si?**

Não sei, não ia pensar nada

Não quero pensar

Pensariam que tenha que tratar da minha saúde

Deixariam de me ver como exemplo

Pensariam que a falha foi de outro (a)

Prof. Doutora Isabel Maria Pereira Leal

### Declaração

Isabel Maria Pereira Leal, Professora Associada do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, declara para os devidos efeitos que assume a orientação da dissertação de Mestrado da licenciada Joana Sofia Guedes Paiva Freixo, aluna do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, no qual ela se propõe desenvolver um estudo de investigação no Hospital de Joaquim Urbano.

Neste estudo de investigação procura-se determinar a relação que o diagnóstico de VIH/Sida tem na relação de vinculação que os pais seropositivos estabelecem com os seus filhos. Neste sentido, serão asseguradas todas as condições inerentes a um processo desta natureza, nomeadamente a confidencialidade, a liberdade de participação e o esclarecimento de quaisquer dúvidas

Lisboa, 21 de Junho de 2009



---



## HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte

Exm<sup>a</sup> Senhora  
Dr<sup>a</sup> Joana Sofia Guedes Paiva Freixo  
joana\_freixo@hotmail.com

Hospital de Joaquim Urbano

Sua referência	Data	Nossa referência	Data	Processo
		165/CES	21.07.09	

**ASSUNTO: Pedido de autorização de realização de investigação no âmbito da tese de mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, da Técnica Superior de Saúde – Ramo Psicologia, Joana Sofia Guedes Paiva Freixo.**

Na sequência da reunião da Comissão de Ética do Hospital de Joaquim Urbano de 15 de Julho de 2009, relativamente ao pedido de parecer sobre o trabalho de investigação no âmbito da tese de mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, da Técnica Superior de Saúde – Ramo Psicologia Joana Sofia Guedes Paiva Freixo, após terem sido analisadas as alterações solicitadas, foi emitido parecer favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Porto e Hospital Joaquim Urbano, 21 de Julho de 2009

A Comissão de Ética

Dr.ª Elizabete Maria das Neves Borges

sida. transmissão e prevenção

