

Apoio social e redes relacionais na gravidez e infecção pelo VIH: Uma abordagem do Convoy Model¹

Marco Pereira² & Maria Cristina Canavarro³

Os contextos sociais são considerados um elemento central na vida da maioria das pessoas. Conceber a sua influência na adaptação à transição para a maternidade implica acentuar o papel do apoio social e das redes de apoio social. No contexto da infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o apoio social pode ser particularmente relevante para o bem-estar dos doentes infectados.

O objectivo deste trabalho consiste em conhecer a rede relacional de 47 grávidas infectadas pelo VIH e de 51 grávidas sem patologia médica associada, as suas principais fontes de apoio e o tipo de apoio que percebem destas fontes. A rede e percepção de apoio social foram avaliadas através do *Convoy Model*.

A análise da rede relacional das grávidas alerta para a importância do apoio social percebido (sobretudo emocional) do companheiro e dos progenitores, em particular da mãe. De salientar que o apoio percebido do companheiro e da mãe se correlacionam de forma negativa no grupo de grávidas seropositivas. Embora este estudo se reporte a uma amostra relativamente reduzida e de conveniência, suporta a ideia da importância das redes sociais, bem como da importância das dinâmicas relacionais da rede social das grávidas seropositivas.

PALAVRAS-CHAVE: Apoio social; Rede relacional; Gravidez; Infecção VIH; Convoy Model

¹ O presente estudo foi financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (Proc. 11-7.3/2004) e por uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/19126/2004) e foi desenvolvido no âmbito da linha de investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde, da Unidade I&D Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (FEDER/POCTI-SFA-160-192).

² Bolseiro de Pós-Doutoramento da FCT (SFRH/BPD/44435/2008)

Unidade de Intervenção Psicológica do Departamento de Medicina de Materno-Fetal dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra - marcopereira@fpce.uc.pt

³ Unidade de Intervenção Psicológica do Departamento de Medicina de Materno-Fetal dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

1. Introdução

A investigação empírica sobre o apoio social destaca as relações com outros significativos como um importante factor de influência na saúde física e ajustamento dos indivíduos (Cohen, 1988; Cohen & Wills, 1985; Hegelson, 2003; Kalichman, Sikkema, & Somlai, 1996), sendo particularmente importante no bem-estar psicológico dos doentes infectados pelo VIH (Green, 1997; Hough, Magnan, Templin, & Gadelrab, 2005), principalmente tendo em conta as representações sociais sobre a infecção. O apoio social percebido como disponível pelos indivíduos sujeitos a condições adversas assume-se frequentemente como um “protector”, reduzindo a vulnerabilidade dos sujeitos aos efeitos adversos das situações de stresse (Cohen & Wills, 1985; Heaney & Israel, 2002) e uma boa rede de apoio pode constituir um factor atenuante ou impeditivo do aparecimento de transtornos psicopatológicos (Rutter, 1985).

O apoio social tem sido estudado na tentativa de compreender o indivíduo no seu contexto social mais vasto e definido com base em características estruturais e funcionais, bem como na percepção de apoio social por parte do indivíduo (Antonucci, 1985). Existe bastante consenso de que o conceito de apoio social comporta diversos componentes e que em quase todas as tipologias conceptuais ou empíricas se faz uma distinção básica respeitante à estrutura ou funções de apoio das relações sociais. Globalmente, estão subjacentes a estas tipologias os aspectos quantitativos e estruturais das redes sociais e as relações estabelecidas entre o indivíduo e os membros da rede; e o conteúdo, natureza, qualidade e satisfação com o apoio recebido dos membros das redes sociais. A este respeito, Helgeson (2003) chama a atenção para a distinção entre medidas estruturais e funcionais de apoio. As medidas estruturais descrevem a existência, as interações e relações entre os membros da rede social, entre si e com o indivíduo focal. As medidas funcionais dizem respeito ao que o indivíduo pensa quando considera o apoio social. Essencialmente, estas medidas dizem respeito aos recursos fornecidos ao indivíduo pelas pessoas da sua rede pessoal.

A rede social oferece-se como uma base de apoio fundamental, não só pelo apoio funcional que proporciona, mas também pelo enquadramento emocional e pelo próprio crescimento que possibilita (Sousa & Alarcão, 2007). Trata-se da estrutura que fornece os recursos necessários à adaptação do indivíduo em situações de crise (Pereira, 2007), e que pode contribuir para a manutenção da sua saúde física e mental. No entanto, parece ser o conteúdo e não a estrutura em si que desempenha um papel importante na explicação do efeito das redes sociais no funcionamento (in)adaptativo (Hough et al., 2005; Pereira, 2007). De acordo com Dessen e Braz (2000), as pessoas que compõem a rede social de apoio e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sociocultural, tempo histórico e estágio de desenvolvimento individual e familiar. Esta perspectiva desenvolvi-

mental do apoio social constitui o pressuposto central da abordagem do *Convoy Model*. Um dos momentos em que se verificam alterações nesta rede social é quando a família passa por transições decorrentes do nascimento de um filho.

O *Convoy* representa um modelo conceptual do apoio social no contexto desenvolvimental do indivíduo (Akyiama, Antonucci, Takahaski, & Langfahl, 2003; Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Hough et al., 2005; Levitt, 2005; Peek & Lin, 1999), que oferece uma abordagem integradora das noções de apoio social e rede social e que encerra, na perspectiva de Kahn e Antonucci (1980), a dinâmica das redes sociais de apoio e a sua implicação no bem-estar do indivíduo. Este modelo é conceptualizado como uma estrutura hierárquica e dinâmica, definida empiricamente por três círculos externos a um círculo que representa o próprio indivíduo, e que traduzem, à medida que os círculos se aproximam do centro, níveis crescentes de proximidade, intimidade e importância. Todos os membros do *convoy* são pessoas que o sujeito identifica como importantes em termos de apoio, sendo que a sua inclusão no *convoy* é determinada, simultaneamente, pela ligação afectiva do próprio ao indivíduo, assim como pelo papel que este desempenha na sua vida (Levitt, Guacci-Franco, & Levitt, 1993). Peek e Lin (1999) referem, contudo, que o facto de as pessoas serem consideradas importantes não significa necessariamente que sejam uma fonte de apoio.

A maioria dos estudos empíricos é consistente com as premissas básicas do *Convoy Model*. De acordo com Levitt (2005), este modelo tem tido aplicabilidade num conjunto variado de contextos, incluindo a gravidez e maternidade (Coffman, Levitt, Deets, & Quigley, 1991). A escolha deste instrumento de avaliação, nos mais diversos estudos empíricos, relaciona-se com algumas das possibilidades que oferece, nomeadamente: (1) avaliação simultânea de características estruturais, funcionais e adequação da rede de apoio identificada e (2) facilidade na identificação da rede pessoal social, não existindo limite para o número de pessoas a incluir (Antonucci, 1985).

Os indivíduos diferem, no entanto, no número de pessoas com quem percebem ter uma relação de apoio, bem como no grau e proximidade que caracteriza essas relações (Canavaro, 1997). As relações mais próximas seriam, na perspectiva deste modelo, aquelas que o indivíduo localiza no círculo do diagrama mais próximo de si, ou seja, as pessoas de quem *se sente tão próximo que é difícil imaginar a vida sem elas*. Os membros incluídos neste círculo são muito próximos ao indivíduo e são normalmente percebidos como as principais fontes de apoio. Esta posição é essencialmente determinada pela qualidade da relação e não pelo papel desempenhado, embora habitualmente a composição deste círculo englobe os membros da família nuclear, como o cônjuge, os pais e os filhos (Pereira, 2007). No círculo do meio são colocadas as pessoas que *não sendo tão próximas são também*

importantes. Finalmente, no círculo mais externo são incluídas as pessoas que, não tendo sido ainda referidas, são consideradas como *suficientemente próximas e importantes* na vida do indivíduo (Canavarro, 1997). Em síntese, tratam-se de pessoas que não sendo tão próximas como as assinaladas no primeiro círculo, são igualmente identificados como figuras de apoio. Nestes círculos, encontram-se, geralmente, os membros da família alargada, os amigos, os vizinhos, os colegas de trabalho, entre outros. A consideração dos diferentes círculos é relevante, uma vez que a composição de cada círculo pode contribuir de diferentes formas para a saúde e bem-estar do indivíduo (Pereira, 2007).

Em síntese, o *Convoy Model* pode ser visto como uma importante matriz conceptual e integradora do conhecimento das relações interpessoais ao longo da vida. No mesmo sentido, pode oferecer uma grelha de leitura elucidativa das relações e das suas funções ao longo dos diferentes períodos desenvolvimentais e, extensivamente, da forma como estas relações contribuem para a adaptabilidade dos sujeitos face às transições (desafios desenvolvimentais) com que são confrontados ao longo do ciclo de vida.

No âmbito da intersecção entre gravidez e infecção pelo VIH, a associação entre as características estruturais das redes relacionais e a percepção de apoio social tem sido escassamente estudada. Neste sentido, partimos para uma revisão de estudos que analisaram estes dois contextos separadamente.

Entre as mulheres infectadas, é consensual que estas têm muitas relações significativas – com a família, em particular com os filhos; com o marido/companheiro; com amigos; e com profissionais de saúde -, sendo que cada uma dessas relações (e tipo de apoio fornecido por cada uma dessas relações) pode exercer influência nos outros e, extensivamente, ter um impacto profundo na forma como a mulher lida com a sua infecção e com outras comorbilidades (Aranda-Naranjo & Davis, 2001). Alguns estudos têm verificado que os membros da família não são vistos como fontes consistentes de apoio para os indivíduos infectados. De facto, a maioria dos estudos sugere que os amigos oferecem mais apoio que os familiares dos doentes infectados (Namir, Wolcott, Fawzy, & Alumbaugh, 1987). As explicações avançadas para estes dados incluem, por exemplo, o estigma associado à infecção e o tipo de comportamentos e estilo de vida prévio à contaminação (Hough et al., 2005).

A gravidez, constituindo uma importante transição na vida de uma mulher, constitui um período de reorganizações pessoais, conjugais, familiares e sociais. Neste sentido, o nascimento de um filho representa uma importante transição para a mãe, mas igualmente para os membros mais próximos da sua rede social, podendo influenciar a qualidade das relações interpessoais da mãe, o seu bem-estar e a sua atitude em relação ao bebé (Coffman et al., 1991; Peterson, & Hennon, 2005).

Embora estes efeitos possam ocorrer em certa medida sob circunstâncias normais, para mulheres com gravidezes de risco podem ser particularmente devastadores.

No âmbito da literatura e investigação empírica sobre parentalidade tem sido destacado o impacto do apoio social nas figuras parentais pela influência directa no comportamento parental, mas igualmente pela influência indirecta, ao promover o bem-estar das figuras parentais e ao atenuar o impacto do stress, reduzindo os seus efeitos negativos no comportamento parental (cf. Jongenelen, 2003; Priel & Besser, 2002). Nesta linha de raciocínio, é coerente a assunção de que o apoio social (rede de apoio e qualidade das relações significativas) aumenta a probabilidade de uma transição bem sucedida para a parentalidade (Belsky, 1984; Figueiredo, Pacheco, Costa, & Margarinho, 2006). A este mesmo respeito, diversos autores (Chou, Avant, Kuo, & Fetzer, 2008; Dessen & Braz, 2000; Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, 2004; Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Priel & Besser, 2002) têm chamado a atenção para o facto de que a existência de apoio social durante a gravidez e transição para a maternidade tem sido consistentemente associada à qualidade da adaptação da mulher às mudanças que ocorrem, à qualidade dos cuidados que presta ao bebé durante esse período, bem como a uma menor probabilidade de ocorrência de complicações durante a gravidez.

Em relação às fontes de apoio, as mulheres têm referido, de forma consistente, o companheiro e a própria mãe, como as principais fontes de apoio durante a gravidez e pós-parto (Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983; Cobb, 1976; Dessen & Braz, 2000; Feldman, Dunkel-Schetter, Sandman, & Wadhwa, 2000; Levitt, Weber, & Clark, 1986). O apoio social recebido pelos amigos e por outros familiares, como pai, sogro e sogra, é considerado como menos importante (Belsky, 1981; Levitt, Weber, & Clark, 1986). Mais especificamente, o apoio do companheiro (e a qualidade da relação conjugal) parece ter um maior impacto no bem-estar materno e na adaptação à maternidade (Cox, Owen, Lewis, & Henderson, 1989; Crnic et al., 1983; Levitt, Weber, & Clark, 1986; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron, & Hulsizer, 2000; Rubertsson, Waldenstroem, & Wickberg, 2003), mas também o de outras figuras significativas, como a sua própria mãe (Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Heleniu, & Piha, 2001; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Piha, & Heleniu, 2001).

O presente estudo tem como objectivo estudar a rede relacional de um grupo de grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem risco médico associado, as principais figuras de apoio e o tipo de apoio percebido. Partindo da abordagem do *Convoy Model*, pressupomos que o círculo mais interno seja composto pelos elementos que os indivíduos percebem como importantes fontes de apoio, e de forma mais específica, membros que exercem o papel de cônjuge, pais e filhos (Levitt, 2005; Peek & Lin, 1999) e que as diferentes valências de apoio,

percebidas das diferentes figuras, se encontrem positivamente associadas. No plano estrutural, resultados neste mesmo sentido têm sido indicados em estudos com a população geral (Soares, 2007), com adolescentes grávidas e não grávidas (Pereira, 2001), bem como em grávidas infectadas pelo VIH (Cabral & Leal, 2000; Pereira & Canavarro, 2009).

2. Método

O presente estudo empírico integra um grupo de 47 mulheres grávidas infectadas com o VIH (GC-VIH) e um grupo de 51 mulheres com gravidez sem risco médico associado (GC), acompanhadas nos serviços de Obstetrícia da Maternidade Doutor Daniel de Matos (MDM) - Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e na Maternidade Doutor Alfredo da Costa (MAC; Lisboa), tendo a avaliação decorrido no 2º trimestre de gravidez e no pós-parto (dois a quatro dias após o parto). O presente estudo tem um desenho transversal, reportando-se apenas ao período da gravidez. A amostra foi efectuada por conveniência, nas duas instituições mencionadas.

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

2.1. Participantes

A amostra foi composta por dois grupos. O grupo clínico (GC-VIH) é constituído por 47 mulheres grávidas infectadas pelo VIH, com uma idade média de 28.74 anos e desvio padrão (*DP*) de 6.01 anos. A maioria das mulheres (76.6%) é casada ou vive em união de facto e têm maioritariamente habilitações literárias entre o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário. Trinta e cinco mulheres (74.5%) pertencem ao nível socioeconómico (NSE) baixo (de acordo com a tipologia de Simões, 1994). Em termos profissionais, 48,9% encontra-se empregada e 36.2% encontra-se em situação de desemprego.

As grávidas do GC têm uma idade média de 29.53 anos (*DP* = 4.06 anos). A maioria (94.1%) das mulheres é casada ou vive em união de facto. Têm maioritariamente habilitações literárias entre o Ensino Secundário (37.3%) e Estudos Superiores

(37.3%). Cerca de metade (51%) das grávidas pertencem ao NSE médio. No plano profissional, a larga maioria (86.3%) encontra-se empregada.

A análise comparativa dos dois grupos não permitiu constatar a sua homogeneidade em todas as variáveis sociodemográficas consideradas, verificando-se que os dois grupos eram equivalentes em termos de idade ($t = -0.752$; $p = .454$), mas não em termos de estado civil, $\chi^2(3) = 12.714$; $p = .013$; habilitações académicas, $\chi^2(4) = 12.170$; $p = .016$; nível socioeconómico, $\chi^2(2) = 9.989$; $p = .007$; e situação profissional, $\chi^2(3) = 17.041$; $p = .001$.

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

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

No que se reporta às vias de transmissão, as relações heterossexuais foram a principal causa de infecção para a maioria das mulheres (63.8%); oito (17%) mulheres contraíram a infecção devido a comportamentos associados à toxicodependência; uma (2.1%) refere contágio por transfusão e oito (17%) referem desconhecer a origem da infecção.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Ficha de dados sociodemográficos e grelhas clínicas e sociais

Do protocolo de avaliação faziam parte uma ficha de dados sociodemográficos e duas grelhas de informação clínica. Uma de natureza obstétrica, incidindo sobre

os antecedentes obstétricos e com a actual gravidez; e uma segunda relativa à história médica da infecção por VIH, compreendendo dados sobre a infecção, em concreto: duração da infecção; tempo de conhecimento da infecção; contexto de realização do teste VIH; categoria de transmissão; condição serológica do companheiro; e, no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual do(s) filho(s).

2.2.2. Convoy Model – Redes de Apoio Social

O *Convoy Model* (Kahn & Antonucci, 1980) é um instrumento que se baseia na ideia de que, desde o início da vida, o indivíduo possui um conjunto de relações sociais, que o acompanha ao longo do tempo. O *modelo em comboio* avalia a rede de apoio social centrada no indivíduo através de uma técnica de representação espacial. Este modelo traduz uma abordagem subjectiva da definição de apoio social, no sentido em que é pedido ao indivíduo que identifique as pessoas mais importantes em termos de apoio trocado e que avalie a satisfação com o apoio percebido (Antonucci, 1985).

É pedido ao respondente que posicione, numa figura composta por quatro círculos concêntricos e em que o sujeito é representado pelo círculo central, *as pessoas que, na sua vida, considera mais próximas, em termos do apoio (afectivo, familiar, profissional, etc.) que delas recebe e que lhes dá*. No círculo mais próximo do que o representa (C1), o indivíduo coloca *as pessoas que lhe são tão próximas que lhe é difícil imaginar a vida sem elas*; no círculo intermédio (C2), *as pessoas que, embora não tão próximas, são também muito importantes*; e no círculo mais distante (C3) *as pessoas que são suficientemente próximas e importantes na sua vida, pelo que ainda devem ser incluídas*. Finalmente, o indivíduo tem de avaliar o grau de satisfação com o apoio que recebe e que dá aos outros, numa escala, tipo *Likert*, de seis pontos, que vai de o “Nada Satisfeito” a 5 “Muitíssimo Satisfeito”.

As diferentes perguntas do *Convoy* foram condensadas em dois índices de apoio. Assim, “Confia e sente-se seguro(a) com esta pessoa”; “Pode falar/desabafar com esta pessoa quando está perturbado(a), nervoso(a) ou deprimido(a)”; e “Pode pedir conselhos a esta pessoa” constituíram a dimensão *apoio emocional*. As perguntas relativas à ajuda nas tarefas domésticas, a cuidar dos filhos, nos pequenos problemas do quotidiano e nas dificuldades financeiras foram aglomeradas num índice designado de *apoio instrumental*. O *Convoy* congrega ainda um índice relativo à satisfação global com o apoio percebido. Para cada indicador mencionado, o máximo de apoio possível atinge uma média de 5.

Este instrumento foi escolhido pelas possibilidades que oferece, nomeadamente pelo facto de tornar possível a avaliação simultânea de características estrutu-

rais (número de indivíduos em cada círculo da rede e proporção de pessoas nas diferentes categorias relacionais – família nuclear, família alargada, amigos, etc.) e pela adequabilidade da rede de apoio identificada (hierarquia das relações em função da sua importância relativamente ao apoio percebido). Apresenta de igual forma a vantagem de ser um procedimento mais acessível de identificação da rede pessoal social (Antonucci, 1985).

2.3. Procedimentos estatísticos

Para a análise estatística dos dados utilizámos o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0. Níveis de significação inferiores a .05 ($p < .05$) foram considerados como indicando diferenças (resultados) estatisticamente significativas.

Numa primeira fase, para a caracterização sociodemográfica da amostra e dos diferentes grupos que a compõem recorremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos de estudo, recorremos a testes t de Student e testes Mann-Whitney. Para a análise da associação entre os diferentes tipos de apoio recorremos às correlações de Spearman.

3. Resultados

Na descrição dos resultados da avaliação do apoio social apresentamos, em primeiro lugar, uma análise descritiva da rede relacional das grávidas em cada um dos círculos do *Convoy Model*. Em seguida, procedemos à análise da distribuição das diferentes figuras de apoio pelos dois primeiros círculos, e posteriormente à apresentação do grau de satisfação global com o apoio social percebido pelas principais figuras referidas. Na categorização das respostas, e face às dificuldades em contabilizar o número de sujeitos indicados em cada círculo quando os indivíduos referiam as suas relações no plural (por exemplo: amigos, primos, etc.), optou-se por, nestes casos, assinalar como “não resposta”.

3.1. Número de figuras de apoio em cada um dos círculos

No que diz respeito ao número de figuras de apoio referidas em cada um dos círculos, para ambos os grupos apenas apresentamos os dados relativos ao primeiro e segundo círculos, dado o elevado número de não respostas no 3º círculo.

No GC o número médio de figuras de apoio mencionadas nos círculos do *Convoy* é superior ao do GC-VIH (C1: 4.29 *versus* 4.02; C2: 5.90 *versus* 3.76), no entanto, a diferença só é estatisticamente significativa relativamente ao número de figuras incluídas no C2 [$t = -2.170$; $p = .034$].

3.2. Distribuição das figuras de apoio pelos dois círculos

Em seguida descrevemos a distribuição das diferentes figuras de apoio assinaladas no C1 e C2. Em ambos os grupos, do C1, fazem essencialmente parte o companheiro (79.5% no GC-VIH e 96% no GC); os filhos, quando existentes (85% no GC-VIH e 80% no GC); a mãe (70.5% no GC-VIH e 68% no GC); o pai (40.9% no GC-VIH e 52% no GC); e os irmãos (45.5% no GC-VIH e 44.9% no GC). No C2 do *Convoy Model* consideraram-se as diferentes figuras de apoio, importantes em termos de trocas de apoio, embora não tão próximas como as indicadas no C1. Neste 2º círculo, as figuras de apoio mais assinaladas pelas grávidas dos dois grupos foram os amigos (30.2% no GC-VIH e 55.3% no GC); os tios (23.3% no GC-VIH e 21.3% no GC) e os irmãos (20.9% no GC-VIH e 21.3% no GC). No GC-VIH são ainda referidos numa percentagem relevante o pai e a mãe (ambos 16.3%). No GC, os sogros (34%) e os primos (34%) são igualmente figuras importantes assinaladas neste círculo.

Em síntese, podemos verificar que a natureza das relações entre as grávidas seropositivas e os membros incluídos, em particular no círculo mais concêntrico do diagrama, indicam que a rede relacional do círculo interno é composta habitualmente pelos elementos que desempenham o papel de cônjuge, pelos progenitores e filhos. A importância das primeiras figuras mencionadas será alvo de análise do tópico seguinte.

3.3. Satisfação com o apoio percebido dos círculos

Nesta sequência, procurámos averiguar o grau de satisfação médio percebido relativamente às figuras de apoio assinaladas em cada um dos círculos. Assim, para cada círculo foi calculado um valor médio em função do grau de satisfação com o apoio percebido e em relação a cada figura.

Foi possível verificar que o grau de satisfação com o apoio percebido relativamente ao total das figuras incluídas no C1 é preponderantemente mais elevado relativamente ao apoio percebido das figuras que constam do C2 (GC-VIH: $M = 4.49$; GC: $M = 4.60$). As grávidas do GC demonstram maior satisfação com o apoio percebido em relação aos indivíduos que lhe são mais próximos. Pelo contrário, as grávidas do grupo GC-VIH referem uma maior satisfação com o apoio social

das figuras referenciadas no C2 ($M = 3.94$), comparativamente ao verificado no GC ($M = 3.73$). As diferenças, para o C1 [$t = -0.857$; $p = .394$] e para o C2 [$t = 0.955$; $p = .343$] não se revelaram estatisticamente significativas.

3.4. Satisfação com o apoio percebido das principais figuras de apoio

Considerando as principais figuras de apoio assinaladas no C1 e C2, procurámos averiguar o grau de apoio, nas suas diferentes valências, dados pelas principais figuras referidas (companheiro, mãe e pai), assim como o grau médio da satisfação global do apoio percebido relativamente a todos os membros indicados em cada um dos dois círculos do *Convoy*.

No Quadro 1 encontram-se descritos os resultados relativamente à satisfação com o apoio percebido da mãe, pai e companheiro nas diferentes perguntas, nos dois índices anteriormente referidos, bem como no indicador global. Como se pode verificar, em relação à mãe, existe uma maior percepção de apoio nas dimensões emocionais. Em particular, a mãe constitui um importante recurso de confiança e segurança das grávidas dos dois grupos. Tendo em consideração que a escala de resposta varia entre 0 e 5, as médias para as diferentes dimensões, todas superiores a 4, no que respeita ao *apoio emocional*, e próximas ou superiores a 4, nas dimensões instrumentais, atestam a satisfação com o apoio percebido em relação à mãe. Esta observação foi equivalente para os dois grupos do estudo.

No cômputo geral, as grávidas do GC assinalam maior satisfação em todas as dimensões do *Convoy*, com excepção da *ajuda a cuidar dos filhos*. A análise comparativa da satisfação com o apoio percebido em relação à mãe não revelou, no entanto, diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao pai, atendendo aos resultados expressos no Quadro 1, podemos verificar que as mulheres grávidas dos dois grupos sentem particularmente *confiança e segurança* com o pai, sendo que nas outras formas de apoio (em particular o *apoio instrumental*) a média é mais reduzida e comparativamente menor à registada para a mãe. As grávidas do GC sentem-se mais satisfeitas com o apoio percebido em relação ao pai, com excepção no que respeita à *ajuda nos problemas do dia-a-dia*. A comparação entre os grupos, tendo em conta todas as dimensões de apoio relevou apenas uma diferença estatisticamente significativa, concretamente na *ajuda nas tarefas domésticas* [Teste U de Mann-Whitney; $z = -2.109$; $p = .043$].

Finalmente, foram efectuadas as mesmas análises para a satisfação com o apoio percebido relativamente ao companheiro. No Quadro 1 constam igualmente as estatísticas descritivas, nos grupos clínico e controlo, das diferentes dimensões de

apoio social. Os dados permitem-nos comprovar que as grávidas percebiam bastante apoio por parte do companheiro, superior na valência emocional relativamente à instrumental, mas ainda assim em níveis manifestamente positivos.

Os resultados revelaram ainda que a satisfação com o apoio percebido do companheiro é superior em todos os indicadores no GC. A análise comparativa entre os dois grupos demonstrou a existência de uma diferença com significação estatística respeitante ao *pedido de conselhos* [$t = -2.648$; $p = .011$]. No que se prende com os três indicadores globais de apoio, em todos se verificaram diferenças significativas. Os resultados expressam diferenças no mesmo sentido observado para as figuras de apoio anteriores, nomeadamente de maior satisfação com o apoio percebido entre as grávidas do GC. Concretamente: *apoio emocional* [$t = -2.110$; $p = .040$]; *apoio instrumental* [$t = -2.146$; $p = .037$]; e *satisfação global* [$t = -2.113$; $p = .039$].

Em seguida, ainda no âmbito dos contextos de apoio, e de forma a testar a hipótese de associação positiva entre as diferentes dimensões de apoio (das três figuras consideradas),

Quadro 1: Satisfação com o apoio percebido em relação à mãe, pai e companheiro

	Mãe				Pai				Companheiro			
	GC-VIH		GC		GC-VIH		GC		GC-VIH		GC	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Confiança e segurança	4.70	0.74	4.70	0.74	4.30	0.95	4.44	0.99	4.78	0.67	4.91	0.21
Falar/desabafar	4.16	1.24	4.16	1.24	3.26	1.65	3.47	1.38	4.43	1.12	4.68	0.63
Pedido de conselhos	4.38	1.01	4.38	1.01	3.41	1.74	3.82	1.34	4.27	1.17	4.81	0.45
Apoio emocional	4.41	0.87	4.41	0.87	3.65	1.19	3.91	1.10	4.50	0.82	4.80	0.36
Ajuda nas tarefas domésticas	3.06	2.26	3.06	2.26	1.00	1.60	1.97	1.86	3.97	1.46	4.23	1.10
Ajuda a cuidar dos filhos	4.30	1.49	4.30	1.49	3.57	1.79	3.64	1.27	4.33	1.49	4.56	0.70
Ajuda nos problemas do dia-a-dia	3.88	1.45	3.88	1.45	3.24	1.67	3.09	1.74	4.28	1.39	4.74	0.53
Ajuda nas dificuldades financeiras	3.92	1.79	3.92	1.79	3.23	1.97	3.50	1.92	4.43	1.30	4.78	0.79
Apoio instrumental	3.79	1.36	3.79	1.36	2.74	1.21	2.95	1.46	4.22	1.01	4.60	0.50
Satisfação global com o apoio percebido	4.57	0.96	4.57	0.96	3.96	1.19	4.24	1.13	4.63	0.67	4.87	0.34

procurámos analisar, separadamente para cada grupo, a associação entre os índices de apoio das figuras anteriores. As matrizes de correlações entre os diferentes tipos de apoio encontram-se no Quadros 2 (para o GC-VIH) e 3 (para o GC).

Quadro 2: Matriz de correlações de Spearman entre os tipos de apoio da mãe, pai e companheiro no GC-VIH

	AEM	AIM	SGM	AEP	AIP	SGP	AEC	AIC	SGC
AEM	-								
AIM	.567**	-							
SGM	.498**	.665**	-						
AEP	.133	-.078	.059	-					
AIP	.014	.432*	.424*	.499**	-				
SGP	.084	.189	.328	.531**	.735**	-			
AEC	-.258	-.300	-.285	.116	-.108	-.108	-		
AIC	-.276	-.297	-.283	.254	.028	.107	.719**	-	
SGC	-.351*	-.367*	-.353*	.233	.002	.147	.637**	.655**	-

AEM – Apoio emocional mãe

AIM – Apoio instrumental mãe

SGM – Satisfação global mãe

AEP – Apoio emocional pai

AIP – Apoio instrumental pai

SGP – Satisfação global pai

AEC – Apoio emocional companheiro

AIC – Apoio instrumental companheiro

SGC – Satisfação global companheiro

* $p < .05$; ** $p < .001$

No GC-VIH, pela análise do Quadro 2, podemos verificar que, de forma consistente, existem correlações estatisticamente significativas no âmbito dos diferentes tipos de apoio e para cada figura, ou seja, para cada informador os diferentes tipos de apoio que a grávida percebe correlacionam-se entre si. Relativamente ao apoio dos diferentes informadores, os dados demonstram apenas uma correlação significativa entre o *apoio instrumental* do pai e *apoio instrumental* e *satisfação global* da mãe. De assinalar que nenhuma dimensão de apoio do pai da grávida se correlaciona com o apoio do companheiro, e que todas as valências de apoio da mãe se correlacionam de forma negativa e estatisticamente significativa ($p < .05$) com o *satisfação global* do companheiro.

Quadro 3: Matriz de correlações de Spearman entre os tipos de apoio da mãe, pai e companheiro no GC

	AEM	AIM	SGM	AEP	AIP	SGP	AEC	AIC	SGC
AEM	-								
AIM	.436**	-							
SGM	.499**	.381*	-						
AEP	.422*	.059	.311	-					
AIP	.455*	.628**	.430*	.611**	-				
SGP	.248	.006	.443*	.766**	.458**	-			
AEC	.376*	.349*	.229	.268	.328	.208	-		
AIC	.066	.383*	.231	-.065	.277	.041	.458**	-	
SGC	.419**	.153	.524**	.383*	.156	.410*	.533**	.243	-

AEM – Apoio emocional mãe

AIM – Apoio instrumental mãe

SGM – Satisfação global mãe

AEP – Apoio emocional pai

AIP – Apoio instrumental pai

SGP – Satisfação global pai

AEC – Apoio emocional companheiro

AIC – Apoio instrumental companheiro

SGC – Satisfação global companheiro

* $p < .05$; ** $p < .001$

Já no GC, e como podemos observar no Quadro 3, registaram-se igualmente diversas associações com significação estatística. Contrariamente ao verificado no GC-VIH, todas as correlações foram moderadas a elevadas e no sentido positivo. De forma mais específica, registou-se uma maior associação entre o apoio da mãe e do pai e, designadamente, os três tipos de apoio da mãe com o *apoio instrumental* do pai. Relativamente à associação entre o apoio dos progenitores da grávida e o apoio do companheiro, os resultados revelam sobretudo uma associação entre os apoios *emocional* e *satisfação global* de ambos os progenitores e a *satisfação global* do companheiro. As correlações são todas positivas e significativamente mais elevadas na relação com o apoio percebido da mãe.

4. Discussão

Este estudo teve como principal objectivo conhecer o enquadramento relacional das grávidas seropositivas para o VIH e de grávidas sem patologia médica associada, as suas fontes principais de apoio e o tipo de apoio que é percebido destas mesmas fontes.

No que diz respeito aos contextos relacionais observou-se que a *rede de apoio social* do grupo de grávidas infectadas integra uma diversidade de figuras de apoio, entre elas, e de forma mais consistente, o companheiro, a mãe, o pai e outros filhos, bem como níveis bastante satisfatórios de apoio percebido das principais figuras. A rede das grávidas do GC apresenta uma estrutura bastante semelhante. Estas grávidas apresentam igualmente bons níveis de apoio social percebido, sendo de salientar a inexistência de diferenças entre os dois grupos na importância atribuída às principais figuras de apoio social. O companheiro configura-se como a mais importante figura de referência, em termos de apoio *emocional*, *instrumental* e numa perspectiva global. A mãe surge, na generalidade, como a segunda figura de referência. O pai, embora percepcionado como uma importante figura das redes relacionais das grávidas, constitui uma figura de menor relevo, particularmente no que respeita ao *apoio instrumental*. Em relação a todas as figuras referidas, o apoio *emocional* percebido é superior ao apoio *instrumental*. No cômputo geral, ambos os grupos reportam maior satisfação com o apoio *global* percebido.

Globalmente, a hierarquia da importância das relações observadas apoia a ideia do papel central da família, nomeadamente do companheiro e da mãe, durante o período de gravidez. Esta hierarquia das relações e da proximidade emocional estão de acordo com os resultados encontrados por Kahn e Antonucci (1980), e confirmados *a posteriori* por outros estudos empíricos, nacionais e internacionais, que utilizaram a abordagem do *Convoy Model* (Levitt, 2005; Peek & Lin,

1999; Pereira, 2001; Soares, 2007). Nomeadamente, que o círculo mais interno é composto pelos elementos que são percebidos como importantes fontes de apoio, e de forma mais específica, membros que exercem o papel de cônjuge, de pais e filhos. Estes dados apoiam a nossa hipótese relativamente à constituição da rede relacional das grávidas. É possível que também os círculos mais externos possam de igual forma influenciar a saúde mental dos indivíduos, no entanto, é aos elementos incluídos no primeiro círculo do *Convoy Model* que se atribui um efeito mais forte. Este aspecto não constitui o objectivo do presente estudo, contudo, configura-se como uma importante pista de investigação futura.

Os resultados obtidos encontram-se também de acordo com a hipótese de que o companheiro e a mãe são os membros de quem a grávida percebe um maior apoio, e corroboram os resultados dos diversos estudos que os apontam como as principais figuras de apoio durante a gravidez (Crnic et al., 1983; Dessen & Braz, 2000; Feldman et al., 2000; Levitt, Weber, & Clark, 1986; Matthey et al., 2000; Pajulo et al., 2001). Os diferentes tipos de apoio percebido por estas figuras (*emocional, instrumental*) e *satisfação global* tendem a ser médios altos ou elevados, indicando que percebem níveis bastante satisfatórios de apoio social. Estes dados são consistentes nos dois grupos, porém, encerram algumas particularidades. Os resultados indicam que as associações são mais elevadas para as relações pertencentes ao mesmo sistema ou contexto relacional, verificando-se associações moderadas a elevadas entre os tipos de apoio percebidos do pai e mãe e, em especial, no GC. Porém, e em relação ao grupo clínico, chamamos a atenção para o facto de todas as valências do apoio da mãe se correlacionarem de forma significativa e inversa com a *satisfação global* com o apoio do companheiro, o que não acontece no GC, onde todas as associações são positivas.

A qualidade da relação conjugal pode ser facilitada pela percepção que a rede relacional significativa (em particular a família de origem) tem da relação (Narciso, 2001). Os nossos resultados mostram um padrão relacional das grávidas seropositivas muito pouco claro. Aparentemente, mãe e companheiro parecem estar nos antípodas no que respeita ao apoio percebido pela grávida. Este facto suscitou-nos algumas interrogações que, numa tentativa de melhor os compreender, nos levaram à realização de análises adicionais. Neste contexto, verificámos, por exemplo, nos casos em que o estado serológico do companheiro era positivo, o padrão de associação relativamente ao apoio emocional da mãe continuava negativo e era mais forte que o encontrado no presente estudo. Este aspecto merece, no entanto, e em nosso entender, maior exploração empírica.

O pai da grávida, ainda que sendo referido com frequência, é percebido como menos apoiante, sobretudo relativamente à mãe e companheiro, o que também se encontra de acordo com alguns dos estudos revistos (e.g., Belsky, 1981; Levitt,

Weber, & Clark, 1986), incluindo estudos realizados no contexto da gravidez e infecção pelo VIH (Cabral & Leal, 2000; Pereira & Canavarro, 2009).

Tendo em consideração a importância da qualidade das relações interpessoais para o bem-estar dos indivíduos e a relevância do apoio percebido dos significativos em períodos de vida tão específicos, como é o caso da gravidez, os resultados do nosso estudo sugerem que a maioria das mulheres vivem a transição para a maternidade em condições favoráveis do ponto de vista do apoio percebido e das relações com o companheiro e família de origem. E assumindo que a gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, tornando-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio (Cabral & Leal, 2000), a existência de bons circuitos relacionais pode predizer uma boa adaptação na transição para a maternidade, incluindo nas mulheres seropositivas para o VIH (Pereira & Canavarro, 2009).

Embora a literatura sugira que o tamanho da rede social parece ser menos importante em termos de implicações na saúde do que a sua composição (Hough, et al., 2005) e que a rede de apoio social e a qualidade das relações significativas são especialmente importantes na adaptação do indivíduo em períodos em que as exigências desenvolvimentais e o stress envolvido são elevados, tal como acontece na transição para a parentalidade (Figueiredo et al., 2006), no contexto de infecção por VIH e gravidez, além de central a avaliação das redes de apoio, pode ser importante promover o alargamento das redes e circuitos relacionais, principalmente tendo em consideração que um dos principais condicionalismos impostos por esta doença diz respeito ao estigma associado. Com efeito, sendo consistente na literatura científica que a disponibilidade de apoio social é um factor apaziguador do impacto da seropositividade para o VIH, e é um recurso pessoal que pode facilitar o processo de adaptação à doença e a outras transições específicas, defendemos que a diversificação da rede social pode amplificar as potencialidades de apoio e que o alargamento da rede de apoio e o treino de competências interpessoais podem ser estratégias úteis para melhorar o apoio social dos indivíduos com défices neste recurso. Tendo em consideração que um resultado positivo poderá ter fortes implicações nas relações interpessoais, torna-se fundamental ajudar a grávida a mobilizar recursos formais e informais, incluindo familiares, amigos e outras fontes de apoio na comunidade.

Na presente investigação, ainda que as grávidas infectadas pelo VIH refiram uma elevada percepção de apoio social, uma questão permanece em aberto: *quem conhece o seu estado serológico?* Os nossos resultados induzem-nos a possibilidade de sobrevalorização do apoio percebido como disponível, não se traduzindo em apoio efectivamente recebido. Este aspecto remete-nos essencialmente para a temática da revelação do diagnóstico a outras pessoas significativas e, naturalmente, para outra (e relevante) área de investimento empírico.

O presente estudo adiciona à literatura existente a importância de considerar as redes relacionais, bem como as dinâmicas entre os membros dessas redes durante a gravidez, quer em mulheres infectadas pelo VIH quer em mulheres sem risco médico associado. No entanto, não se encontra isento de limitações. Uma primeira diz respeito ao tamanho da amostra. Grupos clínico e de controlo de maiores dimensões poderiam fornecer informações mais adequadas sobre as redes de apoio, naturalmente incluindo figuras para além do companheiro e família nuclear. Uma segunda limitação respeita à natureza do próprio estudo. Embora faça de parte de um estudo longitudinal, a variável apoio social só foi recolhida no primeiro momento de avaliação, desta forma invalidando a possibilidade de avaliar a continuidade e/ou mudança na percepção de apoio durante a gravidez e no pós-parto.

Embora a aplicação do *Convoy Model* seja relativamente complexa, entendemos que encerra grandes potencialidades para a avaliação e intervenção num contexto de saúde e, especificamente, no contexto de maternidade. Este instrumento fornece informações num nível de detalhe elevado e complexo, possibilitando uma melhor compreensão das redes e dinâmicas relacionais, o que poderá possibilitar o desenvolvimento de intervenções mais sustentadas, e baseada numa lógica sistémica e multidisciplinar, isto é, organizada não só com os membros mais significativos da rede de apoio (e.g., família nuclear; família de origem), bem como dos profissionais de saúde e membros da comunidade que se tornem necessários para esta mesma intervenção.

Referências bibliográficas

- Akiyama, H., Antonucci, T., Takahashi, K., & Langfahl, E.S. (2003). Negative interactions in close relationships across the life span. *Journal of Gerontology*, 58B (2), 70-79.
- Antonucci, T.C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behaviour. In R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of Aging and Social Sciences* (2ª ed., pp. 94-128). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Aranda-Naranjo, B. & Davis, R. (2001). Psychosocial and cultural considerations. In J.R. Anderson (Ed.), *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV* (pp. 275-287). Health Resources and Services Administrators. HIV/AIDS Bureau.
- Belsky, J. (1981). Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*, 17, 3-23.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Cabral, I.P. & Leal, I. (2000). Um olhar sobre o paradoxo: O desejo de maternidade, a percepção de doença e o suporte social em mulheres grávidas e mães seropositivas para o VIH. In J. Ribeiro, I., Leal, & M. Dias (Org.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 323-337). Lisboa: ISPA.

- Canavarro, M.C. (1997). *Relações Afetivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Chou, F.-H., Avant, K. C., Kuo, S.-H., & Fetzer, S.J. (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1185-1191.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coffman, S., Levitt, M.J., Deets, C., & Quigley, K.L. (1991). Close relationships in mothers of distressed and normal newborns: Support, expectancy confirmation, and maternal well-being. *Journal of Family Psychology*, 5 (1), 93-107.
- Cohen, S. (1988). Review: Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Crnic, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209-217.
- Cox, M.J., Owen, M.T., Lewis, J.M., & Henderson, V. (1989). Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development*, 60, 1015-1024.
- Dessen, M.A., & Braz, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 3-13.
- Feldman, P.J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C., & Wadhwa, P.D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 715-725.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25.
- Fiori, K.L., Antonucci, T., & Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *Journal of Gerontology*, 61B (1), 25-32.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 247-255.
- Goldstein, L.H., Diener, M.L., & Mangelsdorf, S.C. (1996). Maternal Characteristics and Social Support Across the Transition to Motherhood: Associations With Maternal Behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71.
- Green, G. (1997). Stigma and social relationships of people with HIV: Does gender make a difference. In L. Sherr, C. Hankins, & L. Bennett (Eds.), *AIDS as a Gender Issue* (pp. 46-63). Taylor & Francis.
- Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment roles, and social support. In P.B. Baltes & D.G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2002). Social networks and social support. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis (Eds.), *Health Behavioral and Health Education: Theory, Research and Practice* (pp. 185-209) (3rd edition). San Francisco: Jossey-Bass.

- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1), 25-31.
- Hough, E.S., Magnan, M.A., Templin, T., & Gadelrab, H.F. (2005). Social network structure and social support in HIV-positive inner city mothers. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, 16 (4), 14-24.
- Jongenelen, I. (2003). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: Da matriz relacional à matriz conceptual*. Dissertação de Doutorado apresentada à Universidade do Minho.
- Kalichman, S.C., Sikkema, K.J., & Somlai, A. (1996). People living with HIV infection who attend and do not attend support groups: a pilot study of needs, characteristics and experiences. *AIDS Care*, 8, 589-599.
- Levitt, M.J. (2005). Social Relations in Childhood and Adolescence: The Convoy Model Perspective. *Human Development*, 48, 28-47.
- Levitt, M.J., Guacci-Franco, N., & Levitt, J. (1993). Convoys of social support in childhood and early adolescence: Structure and function. *Developmental Psychopathology*, 29(5), 811-818.
- Levitt, M.J., Weber, R.A., & Clark, M.C. (1986). Social Network Relationships as Sources of Maternal Support and Well-Being. *Developmental Psychology*, 22(3), 310-316.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
- Namir, S., Wolcott, D., Fawzy, I.F., & Alumbaugh, M. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 309-328.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: À procura do padrão que liga*. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency, and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65, 9.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J., & Helenius, H. (2001). Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 529-544.
- Peek, M.K. & Lin, N. (1999). Age differences in the effects of network composition on psychological distress. *Social Science & Medicine*, 49, 621-636.
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos Relacionais de Vulnerabilidade e Protecção para a Gravidez na Adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pereira, A.I. (2007). *Crescer em relação: Estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento. Um estudo longitudinal com crianças em idade escolar*. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pereira, M. & Canavarro, M.C. (2009). Relational contexts in adjustment to pregnancy of HIV-positive women: Relationships, social support and personal adjustment. *AIDS Care*, 21(3), 301-308.
- Peterson, G.W. & Hennon, C.B. (2005). Conceptualizing parental stress with family stress theory. In P.C. McKenry & S.J. Price (Eds.), *Families and Change: Coping with Stressful Events and Transitions* (2nd ed., pp. 25-48). Thousand Oaks: Sage.

- Priel, B. & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 343-360.
- Ritter, C., Hobfoll, S., Lavin, J., Cameron, R., & Hulsizer, M. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology*, 19(6), 576-585.
- Rubertsson, C., Waldenstroem, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123.
- Simões, M.R. (1994). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Soares, A. (2007). *Contributo para a compreensão do apoio social: Estudos psicométricos do Convoy Model*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. & Alarcão, M. (2007). Quem apoia os imigrantes de Leste em Portugal? Um estudo exploratório das suas redes pessoais sociais. *Psychologica*, 45, 171-193.

Social support and social networks in pregnancy and HIV-infection: An approach of Convoy Model

Social contexts are a central issue in most people's lives. Conceptualise its influence in the adjustment to the transition to motherhood implies an emphasis on social support and social support networks. In Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, the social support, conceptualised as a relational context, could be particularly relevant in the psychological well-being of HIV patients.

In this study we intend to understand the social network of 47 HIV-positive and pregnant women and 51 pregnant women without medical risk, the main sources of support and the type of support perceived from these sources. The social support network and the perception of social support were assessed with the *Convoy Model*.

Profile analysis suggests a greater importance of social support perceived (mainly emotional support) from partner and both parents, especially the perceived support from mother. Additionally, the perceived support from partner and mother was negatively correlated among HIV-positive group. Although this study was based on a small and convenience sample, our results sustain the relevance of social networks, as well as the importance of the relational dynamics of the social network of seropositive women.

KEY-WORDS: Social support; Social network; Pregnancy; HIV infection; Convoy Model

Appui social e filets relationnels dans la grossesse et infection par VIH : Un abordage du Convoy Model

Les contextes sociaux sont considérés un élément central dans la vie de la majorité des personnes. Concevoir son influence dans l'adaptation à la transition pour la maternité implique d'accentuer le rôle de l'appui social. Dans le contexte de l'infection par le Virus de Immunodéficience Humane (VIH), l'appui social peut être particulièrement relevant pour le bien-être des malades infectés.

L'objectif de ce travail consiste à connaître le filet relationnel 47 femmes enceintes infectées par le VIH et 51 femmes enceintes sans pathologie médicale associée, leurs principales sources d'appui et le type d'appui ils laquelle perçoive de ces sources. Nous avons évalué le filet d'appui et la perception d'appui social avec le *Convoy Model*.

L'analyse du filet relationnel des femmes enceintes alerte pour l'importance de l'appui social perçue (surtout émotionnel) du compagnon et des ancêtres, en particulier de la mère. De faire ressortir que l'appui perçu du compagnon et de la mère se corrèle de forme négative dans le groupe de femmes enceintes séropositives. Bien que cette étude s'il a reporté à un échantillon relativement réduit, et à d'une utilité, il supporte l'idée de l'importance des filets sociaux, ainsi que pour l'importance des dynamiques relationnelles du filet des femmes enceintes séropositives.

MOTS-CLÉS: Appui social; Filet relationnel; Grossesse; Infection VIH; Convoy Model