



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Investimento materno de mães angolanas em bebés em risco

Wilma Leocádia Patrício Candeiro
(wilma.aura@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (subárea de especialização em Sistémica Saúde e Família) sob a orientação da Professora Doutora Maria João Seabra Santos

Investimento materno de mães angolanas em bebês em risco

Resumo

A mortalidade e morbidade infantil é uma realidade prevalente em Angola, principalmente nas unidades de cuidados de saúde materno-infantil. Os nascimentos de risco são frequentes e o modo como as mães lidam com esta situação constitui um ponto de análise relevante no contexto angolano. O presente estudo tem por objetivo principal avaliar o investimento materno nos bebês nascidos em situação de risco, assim como estudar a aplicabilidade da Escala de Investimento Parental na Criança. A amostra é constituída por 80 mães recentes, sendo metade mães de bebês prematuros ou doentes, internados na UCIN, e a outra metade, mães de bebês saudáveis. Os dados foram recolhidos no Hospital Irene Neto do Lubango. Foram usados como instrumentos de avaliação um Questionário sociodemográfico, um Questionário geral sobre a Gravidez e Nascimento, um Questionário sobre os Aspetos ligados à Situação de Risco do bebé e a Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC; Bradley & cols., 1997; versão portuguesa de Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008). Os resultados relativos à consistência interna da EIPC evidenciam valores inferiores, em comparação com o estudo português. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras quanto ao investimento materno no bebé. Os resultados são discutidos pondo em evidência algumas especificidades culturais da amostra estudada.

Palavras-chave: Investimento materno; Nascimento de risco; Escala de Investimento Parental na Criança.

Angolan investment of mothers in infants at risk

Abstract

Mortality and morbidity in children is a prevalent reality in Angola, especially in intensive care units of maternal and child health. The risk births are common and the way mothers deal with this situation constitutes a relevant point of analysis in the Angolan context. The present study aims at assessing the maternal investment in babies born at risk, and to study the applicability of the Parental Investment in the Child Scale. The sample consists of 80 recent mothers; half are mothers of premature or sick babies, hospitalized in the NICU, and the other half are mothers of healthy babies. Data were collected in Irene Neto Hospital of Lubango. The instruments used were a socio-demographic questionnaire, a General questionnaire on Pregnancy and Childbirth, a questionnaire on Aspects related to Risk of Baby and the Parental Investment in the Children Scale (Bradley et al., 1997; Portuguese version of Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008). The results for internal consistency of the EIPC show lower values compared to the Portuguese study. There are no statistically significant differences between the two subsamples on the maternal investment in the baby. The results are discussed highlighting some cultural specificities of the studied sample.

Keywords: Maternal investment; Birth risk; Scale of Parental Investment in Children.

Agradecimentos

Em primeiro lugar e acima de tudo agradeço a Deus pela inteligência, conhecimento e determinação que me concedeu para iniciar e concluir este trabalho. Aos meus pais e irmãos pela força, pelo apoio material e psicológico que sempre estiveram dispostos a dar, a atenção e energia que dedicaram foram essenciais e muito apreciadas.

À orientadora da tese Dra. Maria João Seabra-Santos, pelo tempo dedicado e pela energia despendida enquanto durou este trabalho, pela sua prudência e seu estilo informal que não só tornaram o trabalho possível, mas também contribuíram para o seu peso e importância.

Aos meus amigos e companheiros de curso especialmente à tia Flor e ao Camba Jó por estarem sempre dispostos a partilharem da sua experiência e sentido de humor. Agradeço profundamente aos técnicos da Maternidade Irene Neto por prestarem um apoio contínuo e generoso e por contribuírem com observações inestimáveis sobre as questões técnicas que ajudaram a apurar a minha atenção e dedicação.

Desejo finalmente agradecer a todos os meus professores que desde o início até a conclusão do curso, transmitiram os ensinamentos na área de Psicologia e não só, bem como a todos aqueles que por generosidade forneceram material de apoio bibliográfico para estar à altura de elaborar este trabalho.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Conceptual	2
1.1 Investimento parental e vinculação	2
1.2 Nascimento do bebé em situação de risco.....	4
1.2.1 Bebés prematuros e de baixo peso	5
1.2.1.1 A prematuridade e o baixo peso na trajetória de desenvolvimento da criança	6
1.2.2 Outros nascimentos de risco	7
1.2.3 O bebé na UCIN	8
1.3 O impacto do nascimento de risco nos pais e na família	9
II – Objetivos e Hipóteses	11
III – Metodologia	11
3.1 Amostra	11
3.2- Instrumentos de avaliação	11
3.2.1 Questionário sociodemográfico	16
3.2.3 Questionário geral sobre a Gravidez e Nascimento	17
3.2.3 Questionário sobre Aspetos ligados à Situação de Risco do Bebé	17
3.2.4 Escala de Investimento Parental na Criança	17
3.3 Procedimentos de recolha de dados	17
3.4 Tratamento estatístico dos dados	18
IV – Resultados	19
4.1 Consistência interna da Escala de Investimento Parental na Criança	19
4.2 Estatística descritiva da Escala da Investimento Parental na Criança	21
4.3 Comparação entre as duas subamostras quanto ao investimento materno na criança	21
4.4 Resultados no Questionário sobre Aspetos ligados à Situação de Risco do Bebé	22
V – Discussão dos resultados	23
VI – Conclusões	26
Bibliografia	28
Anexos	31

Introdução

A tomada de conhecimento acerca da existência de condições que colocam um recém-nascido em situação de risco é particularmente marcante para os pais e familiares. As expectativas criadas pelos pais em relação ao filho durante a gestação e contrariadas após ao nascimento podem gerar frustração e, conseqüentemente, originar um desinvestimento naquele filho (Klaus & Kennel, 1982).

Em Angola, pela escassez de programas de saúde sexual e reprodutiva e de investimento na construção e no equipamento das unidades sanitárias especializadas para o efeito, os índices da mortalidade e morbidade materno-infantil são altos, considerados dos mais elevados do mundo (Ministério do Planeamento, 2005). Face a esta realidade e pelos constantes nascimentos de risco nos hospitais, revelou-se pertinente estudar que características toma o investimento destes pais, mais especificamente das mães, em relação aos filhos que nascem nestas condições. Para avaliar o efeito que o impacto dos nascimentos de risco pode provocar no investimento de uma mãe em relação ao seu filho, procedeu-se a um estudo exploratório nesta área. Dada a inexistência de instrumentos que possam avaliar este critério, especificamente adaptados à realidade angolana, utilizou-se uma escala adaptada para a população portuguesa. Neste contexto, constitui também objetivo do presente estudo verificar a aplicabilidade de tal instrumento na população angolana.

Sendo assim, num primeiro momento, no que diz respeito ao enquadramento teórico da pesquisa, será feita uma revisão sobre o conceito de vinculação e seu papel no investimento parental. De seguida serão referenciados os tipos de nascimentos de risco, a caracterização das condições que os originam, bem como questões relativas à assistência médica e psicológica destes recém-nascidos. Posteriormente será feita uma reflexão acerca das reações parentais, sobretudo da mãe, face à situação de ter um bebé de risco.

Segue-se a apresentação do estudo empírico realizado, começando pela definição dos respetivos objetivos e hipóteses formuladas a priori. Em seguida é descrita a metodologia, com a caracterização da amostra do estudo, instrumentos utilizados, procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Os resultados serão apresentados a seguir com uma apreciação dos mesmos, explícita na discussão. Conclui-se sublinhando o principal contributo do estudo, as suas limitações e sugestões para estudos futuros.

I – Enquadramento conceptual

1.1 Investimento parental e vinculação

Os primeiros anos de vida são cruciais para o estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e o filho. Desde o início da vida, desenvolve-se uma díade de afetos caracterizada por fortes laços afetivos e um certo distanciamento do meio circundante (Griffa & Moreno, 2004), na qual o bebé sente a necessidade da figura materna, uma figura que além de proporcionar as necessidades básicas, transmite amor, confiança, refúgio e segurança (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007). O bebé não apenas tem a alimentação como uma necessidade central, mas demonstra igualmente um grande interesse quando é abraçado, quando lhe é mostrado um sorriso por outras pessoas, mesmo nunca tendo sido alimentado por estas, parece sentir prazer e satisfação (Gleitman et al., 2007). Esta díade, que se desenvolve desde o período intrauterino e se estende após ao nascimento (Pedro, 1985), é a base do conceito de vinculação, definido por John Bowlby (1969, citado por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008), como “um conjunto de comportamentos organizados que permitem à criança manter a proximidade em relação ao principal cuidador” (p. 78).

Para que a criança se desenvolva emocional e socialmente, necessita de contatos humanos que devem ser iniciados tão cedo quanto possível. Segundo Sameroff e Chandler (1975, citados por Figueiredo, 2001) “o desenvolvimento da criança é produto de interações dinâmicas entre a criança, a experiência providenciada pela família e o seu contexto em geral” (p. 4). Este desenvolvimento dá-se a partir da interação dirigida inicialmente à mãe e/ou cuidador principal (Griffa & Moreno, 2004) e posteriormente aos restantes familiares, proporcionando à criança a capacidade de relacionar-se com outras pessoas, desenvolver a confiança em si e saber o que pode esperar dos outros (Bowlby, 1973/1978, citado por Figueiredo, 2001). Neste processo é estabelecida uma relação de proximidade, onde a mãe dirige algumas mensagens ao bebé, ao tocar-lhe e “conversar” com ele, e este pode responder geralmente com um sorriso, uma expressão de prazer e satisfação ou um balbúcio, estabelecendo assim o que Bakeman e Brown (1977, citados por Figueiredo, 2001, p. 6) denominaram de “diálogo comportamental”.

O cuidado materno é a continuação do laço profundo da vida intrauterina. O desenvolvimento de uma relação vinculativa segura serve de base para o investimento feito pelos pais aos seus filhos. Por investimento parental entendem-se todas as atitudes adotadas pelos pais, refletidas no grau de envolvimento nos cuidados aos seus filhos, com objetivo de promover o seu bem-estar, aumentando as suas hipóteses de sobrevivência e crescimento saudável (Grenberg & Goldberg, 1989, citados por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008). De acordo com Rodrigues (1998) o investimento no cuidado dirigido aos filhos não se resume à espécie humana mas a todos os vertebrados e insetos superiores. Wilson e Daly (1994, citados por Rodrigues, 1998) afirmam que o cuidado de pais para filhos pode estar relacionado com a certeza do grau de parentesco genético, com as

características fenotípicas da criança e as suas aptidões, isto é, a aparência física e as possibilidades expressivas da criança potencializam o estabelecimento do vínculo que serve de base para o investimento parental.

É de notar que, quanto maior é o investimento feito pelos pais, maior será a probabilidade de a criança desenvolver uma vinculação segura através da criação de laços afetivos fortes, que por sua vez irão favorecer as suas relações interpessoais futuras e, conseqüentemente, constituirão a base para investirem no cuidado aos seus próprios filhos (Gameiro et al., 2008; Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007). Desta forma, as experiências que a pessoa teve com as suas figuras de vinculação durante a infância e adolescência são determinantes no que diz respeito à organização do comportamento de vinculação (Soares, 1992, citada por Figueiredo, 2001). Neste contexto, reconhece-se que as pessoas com maior capacidade na gestão das questões interpessoais, que se sentem seguras nas relações interpessoais, desempenham de maneira mais adaptada o seu papel parental e têm maior sensibilidade no que concerne à prestação de cuidados parentais (Gameiro et al., 2008). Gameiro e colaboradores (2008) incluem no conceito de investimento socioemocional aspetos como o sentimento de prazer de cuidar de um filho, a responsabilidade do papel de cuidador e as atitudes de amor e afeto para proporcionar o bem-estar da criança. Este investimento não é prestado somente ao nascer, mas é continuado ao longo do tempo, favorecendo o crescimento dos filhos, assegurando, numa perspetiva sociobiológica, não somente a passagem dos genes mas também a continuidade da sua espécie (Mendes, 2010; Rodrigues, 1998).

Segundo Klaus e Kennel, (1982) a transição para a parentalidade está relacionada com a maneira como os pais encaram a chegada do filho, que gera mudanças no funcionamento do sistema familiar (Alarcão, 2006) e pode constituir tanto uma fonte de prazer, como uma fonte de stress (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). Neste sentido, um ambiente de tensão e stress familiar, caracterizado por condições socioeconómicas desfavoráveis, um número elevado de filhos ou uma qualidade baixa da relação conjugal, podem desencadear um menor investimento parental e, conseqüentemente podem favorecer o não desenvolvimento de relações de vinculação seguras (Gameiro et al., 2008; Mendes, 2010).

1.2 Nascimento do bebé em situação de risco

São várias as situações que ao longo do processo de gravidez, desde a conceção até ao nascimento, podem causar conseqüências negativas tanto para os pais como para os filhos.

Pode ocorrer, nas gestações, a presença de fatores de risco físico, antes do nascimento (pré-natais), ao nascer (perinatais) e depois do nascimento (pós-natais) (Aguilar & Galbes, 2010; Rodrigues, 2003). Entre os fatores pré-natais encontram-se a presença de história materna de problemas obstétricos, tais como abortos, partos prematuros, gravidezes múltiplas, incompatibilidade sanguínea, e a ocorrência de doenças durante a gravidez, tais como infeções, tumores ou malformações uterinas. Entre os fatores de risco perinatais contam-se as condições do parto, tais como o uso

não adequado de instrumentos (fórceps), trabalho de parto demorado (mais de 18 horas) bem como trabalho de parto precipitado ou sem condições físicas para o efeito (Alves et al., 1997, citados por Rodrigues, 2003). Ainda dentro dos riscos durante o parto estão enquadradas as condições do bebé, tais como prematuros com e sem doença, bebés a termo com alto índice de desnutrição e peso abaixo de 2500 gramas, presença de convulsões, anóxia crónica ou aguda, choro reduzido ou inaudível, apneia, dispneia e qualquer outro tipo de problema respiratório que exija o recurso a oxigénio. Finalmente, de entre os fatores de risco após o parto contam-se as manifestações clínicas de anomalias congénitas, a desnutrição e a diminuição do peso (SOPERG 1988/1990, citado por Rodrigues, 2003).

A literatura sublinha, igualmente, a importância de fatores de risco socioculturais e psicológicos, nomeadamente a violência doméstica, o tabagismo e alcoolismo, o ritmo de vida agitado, quer seja na família ou na profissão, refletido no esforço físico despendido em trabalhos pesados, maternidade na adolescência ou em idade superior aos 40 anos, os transtornos psiquiátricos (Aguilar & Galbes, 2010; Barros, 2001a), bem como a escassez de recursos (falta de assistência médica pré-natal, alimentação deficiente). Em Angola, pela situação de guerra que o país vivenciou e pelo alto índice de pobreza gerado, a falta de saneamento básico e acesso aos programas de saúde tem dificultado o controlo e suporte da assistência pré, peri e pós natais, embora esta realidade tenda a mudar (Ministério do Planeamento, 2005). Acresce que em sociedades africanas, particularmente no contexto angolano, o fator cultural, como por exemplo o recurso às parteiras tradicionais, muitas vezes sem formação científica (parteiras domiciliares), entre outros, tem implicações na segurança tanto da mãe quanto do bebé, sendo estes outros fatores também associados aos nascimentos de risco.

De acordo com Barros (2001a) “a maior parte dos bebés nascidos em situação de risco orgânico têm características relativamente semelhantes aos prematuros em termos de atividade, comportamento e desenvolvimento” (p. 237). Estes recém-nascidos estão sujeitos a desenvolver, para além dos problemas que a condição atual acarreta, outros problemas causados pelo próprio tratamento que recebem nas unidades de cuidados intensivos neonatais, que com frequência envolvem manipulação e estimulação excessivas (Nowicki, 1994, citado por Barros, 2001a), tal como adiante se exporá.

1.2.1 Bebés prematuros e de baixo peso

Os nascimentos prematuros são comuns nos hospitais e ocorrem em várias culturas e extratos sociais. Trata-se de uma das causas mais importantes de mortalidade no primeiro mês de vida (Aguilar & Galbes, 2010).

De acordo com Ramos e Cuman (2009) o coeficiente de mortalidade em prematuros é expressivo e a ele podem estar associados fatores como o conhecimento das mães acerca dos cuidados de proteção à saúde na gestação, a disponibilidade de serviços de saúde, o nível de imunização, a

alimentação adequada, o rendimento familiar e o saneamento básico, que são fundamentais para a qualidade de vida de qualquer população. É considerado prematuro o bebé que nasce antes da 36^a semana de gestação (Nowicki, 1994, citado por Barros, 2001a) ou antes da 37^a semana de gestação (Aguilar & Galbes 2010; Innis, 2011; Lubchenco, 1984, citado por Carvalho, Linhares & Martinez, 2001). Uma gestação de termo dura 40 semanas e, no que se refere à idade gestacional podem considerar-se três tipos de nascimentos: o nascimento pré-termo, que ocorre até a 36^a-37^a semana de gestação; o nascimento a termo entre a 38^a e a 42^a semana de gestação; e o nascimento pós-termo, após a 42^a semana de gestação (Lubchenco, 1984, citado por Carvalho, Linhares & Martinez, 2001).

Relativamente ao peso, alguns autores atribuem a classificação de recém-nascidos “com extremo baixo peso” aos bebés que nascem com peso entre 800-1000 gramas “muito baixo peso” aos que à nascença apresentam peso abaixo de 1500 gramas mas acima de 1000 (Barros, 2001a; Innis, 2011; Beckwif & Rodning, 1991, citado por Linhares et al., 2000) e recém-nascidos de “baixo peso” aos que nascem com peso inferior a 2500 gramas mas superior a 1500 (Lubchenco, 1984, citado por Carvalho et al., 2001), com uma probabilidade de sobrevivência de 50%, entre 60 a 80% e mais de 90% respetivamente (Barros, 2001a). Neste sentido, quanto menor for a idade gestacional, menor tenderá a ser o peso do bebé e mais sinais de imaturidade ele apresentará (Aguilar & Galbes, 2010), bem como “problemas de desenvolvimento e sequelas de difícil reversão” (Linhares et al., p. 61).

A etiologia da prematuridade é multifatorial. As doenças da mãe, do feto, as enfermidades frequentes na gestação e diferentes razões sociais e psicológicas encontram-se entre as principais causas associadas aos nascimentos prematuros (Aguilar & Galbes, 2010; Barros, 2001a). Exemplos de doenças da mãe que podem estar relacionadas com a ocorrência de partos prematuros são as afeções dos rins, do coração e do fígado, anemias, desnutrição, o uso de determinados medicamentos, bem como o consumo de álcool ou drogas (Aguilar & Galbes, 2010; Linhares, Carvalho, Bordin & Jorge, 1999) ou doenças do aparelho genital, alterações da placenta (placenta prévia e deslocamento prematuro), excesso de líquido amniótico (Ramos & Cuman, 2009) ou patologias vasculares da gravidez como a hipertensão arterial, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (Instituto de Psicologia Cognitiva Vocacional e Social, Universidade de Coimbra s.d). Quanto aos problemas do feto os mesmos autores fazem menção às malformações congénitas, às anomalias dos cromossomas, às infeções adquiridas no ventre da mãe, ou ainda à gravidez gemelar.

Relativamente às causas socioculturais a literatura aponta para os fatores de *stress* tais como competitividade e pressão no local de trabalho, a pressa excessiva, a falta de repouso entre outros, que se vão repercutir diretamente na saúde da mãe e do bebé. Os fatores psicológicos, como a não-aceitação da gravidez, a ansiedade e depressão durante a gestação também podem afetar todo este processo (Campos, 2000; Linhares, Carvalho, Bordin & Jorge, 1999).

O bebé prematuro tem uma aparência frágil, com a cabeça geralmente grande, o cabelo curto e escasso, a pele fina e enrugada, de aspeto transparente e avermelhado, e um escasso desenvolvimento dos membros (Aguilar & Galbes, 2010). Está sujeito a vários riscos pelo facto de as suas defesas imunológicas, ainda prematuras, não estarem totalmente desenvolvidas para protegê-lo das infeções que, nesta altura, têm grande probabilidade de surgir. Existe também o risco das hemorragias intracranianas (Barros, 2001a), devido à fragilidade dos vasos sanguíneos e estas, quando acontecem, podem originar problemas no desenvolvimento psíquico e neurológico (Aguilar & Galbes, 2010). Dada a imaturidade das estruturas físicas, estes bebés, necessitam de maior controlo e monitorização da nutrição, respiração e temperatura, procedimentos estes que podem exigir maior tempo de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais (Barros, 2001a).

Os avanços da ciência, especialmente nos países mais desenvolvidos, têm permitido conhecer e prevenir as circunstâncias que podem estar envolvidas no nascimento pré-termo e o suporte aos bebés prematuros tem resultado num aumento da taxa de sobrevivência destes bebés, à medida que é assegurada a oportunidade de assistência médica nas unidades de cuidados intensivos neonatais (Aguilar & Galbes, 2010; Innis, 2003; Linhares et al., 2000). Particularmente no contexto angolano, esta realidade é ainda pouco observada. Embora a taxa mínima de fertilidade em Angola seja elevada (sete gravidezes por cada mulher), a gestação ainda acarreta grande risco para as mães e conseqüentemente para os bebés, de acordo com os dados obtidos através do Ministério do Planeamento (2005). Segundo estes dados, a assistência perinatal em termos de recursos materiais e pessoal de saúde qualificado na África subsariana em 2003 era em média de quarenta e um por cento, sendo que a percentagem em Angola caía para a metade. Isto indica que ainda existe um défice em termos de recursos materiais e humanos disponíveis para o acompanhamento do elevado número de gravidezes e partos, o que condiciona o desenvolvimento saudável tanto da mãe quanto do bebé, aumentando a probabilidade da incidência de nascimentos de risco.

1.2.1.1 A prematuridade e o baixo na trajetória de desenvolvimento da criança

Vários estudos demonstram que a trajetória desenvolvimental das crianças nascidas pré-termo pode diferir significativamente das crianças de termo. Segundo Carvalho, Linhares e Martinez (2001), a interação entre fatores de risco biológico (prematuridade e muito baixo peso ao nascimento) e de risco social (adversidade familiar) podem resultar em problemas socioemocionais na criança, bem como favorecer o desenvolvimento de sequelas tais como problemas relacionados com o desenvolvimento intelectual e neurológico, problemas de visão e audição, bem como problemas de conduta e inserção social (Leone & Tronchin, 1996, citado por Rodrigues, 2003). Greenberg e Crnic (1988, citados por Campos, 2000) referem que “durante o primeiro ano de vida...os bebés prematuros sofrem

um atraso na organização do seu comportamento e conseqüentemente um atraso na aquisição das aptidões sociais” (p. 25). Este facto é visível no estudo de Linhares e colaboradores (2000) com crianças de oito a dez anos, nascidas pré-termo, em que estas revelam maiores dificuldades no plano comportamental e emocional do que no plano intelectual. Neste contexto, Valente e Seabra-Santos (2011) encontram, em crianças com 3-4 anos de idade, nascidas prematuramente, quando comparadas com crianças de termo, resultados médios mais baixos em diversas áreas de desenvolvimento, e níveis mais elevados de problemas de comportamento, nomeadamente no domínio do excesso de atividade. Assim, a prematuridade aparece associada a características que se podem prolongar ao longo da vida, tais como o aparecimento de transtornos na adolescência como depressão, agressividade e problemas de inserção social, e a presença de níveis elevados de *stress* na vida adulta (Patton, Coffey, Carlin, Olsson & Morley, citados por Valente & Seabra-Santos, 2011). Porém, a presença de fatores protetores, tais como famílias estruturadas e apoiantes, assim como uma estimulação e intervenção adequadas e precoces no período de desenvolvimento destas crianças podem atalhar o surgimento destas condições (Valente & Seabra-Santos, 2011).

1.2.2 Outros nascimentos de risco

Além da prematuridade existem outras circunstâncias de risco, em que os nascimentos merecem maior atenção dos pais e da equipa de profissionais. Algumas destas condições serão referidas a seguir.

Os problemas respiratórios, como a insuficiência respiratória, podem surgir imediatamente após o parto, são caracterizados por alterações da frequência respiratória, podendo também observar-se taquicardia progressiva (mais de 140 batimentos por minuto), uma retração das costelas inferiores e do esterno. Estes problemas são geralmente causados pela inalação do líquido amniótico, infeções pulmonares e bacterianas, malformações do aparelho respiratório ou cardíacas e constituem um quadro relativamente frequente, sobretudo no caso dos nascimentos prematuros anteriormente referido (Aguilar & Galbes, 2010).

Outra situação que pode afetar os recém-nascidos é o sofrimento cerebral do lactente (Aguilar & Galbes, 2010; Sousa & Pires, 2003) que pode provocar dificuldades no desenvolvimento neuropsíquico, convulsões leves ou graves, hipertonia muscular e lesões oculares. É frequente em bebés de mães fumadoras, podendo também ser causado por estados de sofrimento fetal (em partos prolongados e difíceis) e em situações pós natais por anemia e problemas cardiovasculares (Aguilar & Galbes, 2010).

As malformações congénitas também se incluem na categoria dos nascimentos de risco. Trata-se de alterações morfológicas ou bioquímicas presentes no recém-nascido, responsáveis por 15% das mortes no primeiro ano de vida (Aguilar & Galbes, 2010; Rodrigues, 2003), e geralmente causadas por fatores genéticos, hereditários ou adquiridos por mutações, e fatores ambientais conseqüentes de agentes químicos, ingestão de fármacos, transtornos do metabolismo materno, infeções e radiações.

Outra situação de risco é a dos bebés filhos de mães

toxicodependentes (Aguillar & Galbes, 2010; Barros, 2001 a; Rodrigues, 2003), que estão sujeitos a nascer com um síndrome de abstinência, geralmente manifestado por tremores, choro agudo, hipertonia muscular, respiração agitada, hipotrofia (desnutridos e pouco desenvolvidos) e hipoglicemia. Este síndrome é geralmente causado pelo consumo materno de substâncias como o álcool, heroína, *cannabis*, anfetaminas e barbitúricos, entre outras.

A depressão nos bebés ao nascer é também frequente nas Unidades de Cuidados Intensivos. É caracterizada pela falta e/ou lentidão dos batimentos cardíacos e respiração, baixa tolerância do recém-nascido em resposta aos estímulos, coloração azulada da pele, e dificuldades nos movimentos dos membros. É geralmente provocada pelas manifestações clínicas de malformações, anemias ou atrasos no crescimento intrauterino e pode também estar relacionada com o consumo excessivo de álcool ou drogas, pela mãe, antes e durante a gravidez, ou pela ingestão de alguns medicamentos. É avaliada através do teste de Apgar, que permite realizar uma avaliação rápida da situação clínica do recém-nascido, no primeiro, quinto e décimo minutos de vida, analisando a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tónus muscular, os reflexos e a cor da pele.

1.2.3 O bebé na UCIN

O cuidado aos recém-nascidos em situação de risco é uma responsabilidade grande, requer a experiência de profissionais capacitados para o efeito, exige que estejam minuciosamente atentos e que procurem neutralizar todas as ameaças que possam influenciar e agravar o estado destes bebés.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é uma área especializada para o atendimento de bebés que, à nascença, apresentem algum problema de saúde. De acordo com Nunes (2010), a UCIN é um espaço que proporciona apoio a estes recém-nascidos, no qual os profissionais utilizam técnicas especializadas para a manutenção das funções vitais dos bebés, onde estes podem ser permanentemente observados relativamente aos períodos de vigília e de sono, à tonalidade da pele, à motricidade, à tolerância ao *stress* bem como aos parâmetros cardíacos e respiratórios.

O cuidado do bebé numa UCIN, especialmente no que diz respeito aos prematuros, deve fazer-se em incubadoras - um recinto de paredes transparentes que tem por objetivo separar ou isolar o recém-nascido do meio externo, proporcionar uma temperatura adequada para o seu estado e assegurar um grau de humidade constante, bem como o fornecimento de oxigénio (Aguilar & Galbes, 2010). Geralmente é necessário que os profissionais que circulam por este espaço estejam devidamente equipados de forma a evitar quaisquer tipos de infeções.

O internamento numa UCIN tem implicações tanto para os bebés como para os pais. Os procedimentos médicos, que incluem a manipulação frequente do recém-nascido, bem como as condições físicas, tais como níveis elevados de som e luz, podem constituir fonte de stress e de dor para

os bebês (Barros, 2001b). Por conseguinte, atualmente é visível a preocupação em promover estratégias que visem o controlo da dor e sofrimento do recém-nascido, minimizando a manipulação e estimulação dos bebês (Barros, 2001 b). Estas medidas passam, por exemplo, pela diminuição dos níveis globais de som e de luz e pela definição de ciclos de dia e noite com uma variação do grau de iluminação na UCIN, o controlo do tom de voz das pessoas que circulam neste espaço, o controlo dos alarmes, para que não estejam ligados por muito tempo ou, mesmo, a chamada “hora de sossego” (Wyly, 1995, citado por Barros, 2001b), na qual não deve ser programada nenhuma atividade que possa perturbar o silêncio da UCIN, exceto em casos de emergência (Barros, 2001b). No que diz respeito à iluminação é importante cobrir as incubadoras dos bebês com quadro clínico mais estável e para aqueles com quadro clínico mais grave cobrir apenas uma parte da cabeça do bebê. As medidas de manipulação mínima (cf. Barros, 2001b) preconizam a adoção de mecanismos que visem a acomodação do bebê, através de um controlo mais subtil dos seus sinais fisiológicos e comportamentais e, conseqüentemente, reduzir os procedimentos não urgentes que podem constituir uma estimulação excessiva para as suas capacidades, de forma a proporcionar ao bebê mais tempo de sossego e qualidade no seu desenvolvimento neurológico.

De acordo com Nunes (2010) a UCIN tem a responsabilidade de encarar o bebê como ser humano, apesar dos seus problemas e deficiências. Neste sentido, sendo a UCIN uma unidade promotora de desenvolvimento de bebês em risco, a ação dos profissionais não apenas se vai cingir a proporcionar apoio à condição física do bebê, mas também deverá ter em conta as questões relativas à vinculação, o que remete para a importância da participação dos pais nos cuidados ao bebê, enquanto internado na UCIN (Ministério da Saúde, 2002). Tal proximidade irá proporcionar aos bebês, para além da proteção física de que muito necessitam, o estabelecimento de ligações afetivas que conseqüentemente diminuem as oportunidades de reações adversas de stress.

Os avanços da ciência nos países mais desenvolvidos, como referido anteriormente, têm contribuído para que o índice de mortalidade nas UCIN seja progressivamente reduzido (Aguilar e Galbes, 2010). Em Angola, apesar de haver uma tendência para projetos de terciarização dos cuidados materno-infantis, ainda se nota nos hospitais a falta de recursos materiais para a manutenção destes cuidados, como por exemplo aparelhos para a reanimação do recém-nascido e incubadoras em número suficiente para atender ao elevado número de partos diários.

1.3 O impacto do nascimento de risco nos pais e na família

O nascimento de um filho é um acontecimento particularmente marcante para os pais. A gestação acarreta um conjunto de expectativas que os pais vão construindo durante este período, à medida que se adaptam à ideia do aparecimento de um novo elemento na família, sobretudo se a gravidez for muito desejada. Esta ideia é concretizada com o nascimento do bebê.

A literatura faz menção a um modelo interativo (cf. Figueiredo, 2001) segundo o qual tanto a mãe como o bebé são suscetíveis de se influenciarem um ao outro. Neste sentido, de acordo com Broussard (1976, citada por Pedro, 1985, p. 109) “um bebé considerado pela sua mãe como pior do que a ‘média’ tem um risco maior de desenvolver dificuldades emocionais, do que outro tido como superior à ‘média’”. Neste contexto, “o nascimento prematuro de um filho representa uma situação imprevista e provocadora de elevados níveis de stress para a família, incidindo principalmente na mãe, que muitas vezes passa a manifestar sintomas de ansiedade e depressão” (Valente & Seabra-Santos, 2011, p. 2). O impacto negativo provocado por este acontecimento pode ser considerável, também devido ao facto de os pais, durante a gestação, desenvolverem uma expectativa positiva sobre o nascimento e o bebé, baseada nos avanços da medicina, na competência dos profissionais de saúde, nos indicadores positivos do estado de saúde da mãe e do bebé durante a gravidez, e na imagem que idealizam acerca do aspecto e saúde do bebé: saudável e bonito (sexo, cor da pele e dos olhos, cabelo) (Klaus & Kennel, 1982; Kowalcek, Mülhoff, Bachmann & Gembruch, 2002, citados por Fonseca & Canavarro, 2010).

Neste sentido, “quando os pais são confrontados com o nascimento de um filho prematuro ou doente, têm de enfrentar a perda do bebé idealizado e ao mesmo tempo o surgimento de um bebé diferente, temido e que gera sentimentos de rejeição” (Pimentel 1997, citado por Rolim & Canavarro, 2001). Por outro lado, “as suas atitudes tenderão a elicitar na criança comportamentos que confirmem as expectativas deturpadas [que formaram em relação a ele]” (Barros, 2001a, p. 248) e conseqüentemente a desinvestir no cuidado a esta criança.

Relativamente às reações emocionais, o estudo de Fonseca e Canavarro (2010) sobre as reações dos pais ao diagnóstico perinatal de anomalia congénita do bebé demonstra que, no princípio, estas reações oscilam entre choro intenso e desespero, prosseguindo para um período de negação, revolta, culpa e luto, e posteriormente dão lugar a uma fase de adaptação e reorganização.

Os estudos de Gaspareto (1998, citado por Barros, 2001a) demonstraram que o comportamento das mães em relação aos bebés de risco se orientam mais para a estimulação excessiva e menos para comportamentos suscetíveis de os tranquilizar. Desta forma, por um lado, as mães ao depararem-se com a baixa reatividade do bebé, tendem a ser mais ativas e a procurar obter mais reações dos bebés. Por outro lado, o facto de a mãe por vezes não obter respostas do bebé à sua estimulação, faz com que reduza a interação e a manipulação (Barros, 2001a).

Por vezes os pais sentem-se isolados pelo facto de encararem a situação do seu filho como uma perda, “a perda do bebé saudável e bonito”. Contudo, por não corresponder a uma perda física ou morte e não ser reconhecida como perda pelos profissionais de saúde e sociedade em geral, os pais tendem a sentir-se incompreendidos (Rolim & Canavarro, 2001, citados por Fonseca & Canavarro, 2010). Linhares e colaboradores (2000) nas suas pesquisas com mães de bebés internados numa UCIN, afirmam que

os sentimentos das mães relativamente ao estado de saúde dos seus filhos oscilavam entre ansiedade pela sobrevivência do bebé, ansiedade devida ao tempo que ficavam distantes do bebé, por eles estarem internados na UCIN, a falta de acesso desejado para desempenhar o papel de cuidadora, a auto-culpabilidade relativamente à prestação dos cuidados pré-natais, bem como uma frustração em relação àquilo que esperavam quanto ao aspecto do bebé. De acordo com Barros (2001a), estas emoções agravam-se devido às crenças específicas acerca das dificuldades presentes na condição de risco do filho e à capacidade para enfrentar a situação, aos comentários ou à expressão verbal e não verbal dos familiares e da equipa de saúde. A mesma autora acrescenta que os pais que se regem por uma atitude mais pessimista, mesmo quando a criança já está fora de perigo, acabam por carregar os efeitos negativos da situação com a qual estiveram confrontados e tendem a rigidificar as suas crenças, por exemplo permanecendo com a ideia de que aquele filho nasceu frágil e continuará da mesma forma, sendo necessário um cuidado especializado durante toda a infância. Ao passo que os pais mais otimistas tendem a buscar novas formas de pensar e agir, flexibilizando o cuidado aos seus filhos, por exemplo através da inserção do filho no ensino normal de educação.

II – Objetivos e Hipóteses

Esta é uma investigação exploratória que tem por objetivo principal analisar a influência dos nascimentos de risco no investimento materno.

Como objetivos específicos, pretende-se:

1. Estudar a aplicabilidade e as propriedades psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança, numa amostra de mães angolanas.
2. Estudar até que ponto a vulnerabilidade dos filhos pode constituir fator de desinvestimento para as mães.

A partir da revisão bibliográfica foi possível hipotetizar o seguinte:

H1. Mães de recém-nascidos de alto risco investem menos nos seus bebés do que mães de bebés de baixo risco.

H2. As mães de recém-nascidos em situação de risco investem menos nos seus filhos (Barros 2001 a).

III – Metodologia

3.1 Amostra

O estudo assenta sobre uma amostra de 80 participantes do sexo feminino, mães recentes que receberam assistência pré e pós natal na Maternidade Irene Neto, no Lubango, no período de Novembro de 2011 a Abril de 2012.

Os dados apresentados no Quadro 1 representam as características sociodemográficas da amostra, dividida em duas subamostras. Uma constituída por mães de bebés nascidos em situação de risco (denominado grupo de risco neonatal), num total de 40 (50%); e uma formada por mães de

bebés nascidos sem nenhum tipo de condição que necessitasse de internamento (denominado grupo de controlo), igualmente constituído por 40 participantes (50%). Os critérios de inclusão para a seleção da amostra compreendem mães de bebés com idades compreendidas entre 1 e 9 semanas. No grupo de risco foram incluídas mães de bebés que à nascença apresentaram alguma condição de risco (e.g. prematuridade, baixo peso, índice de Apgar baixo).

Das análises realizadas e relativamente à variável idade das mães, no grupo de risco neonatal podemos observar uma predominância de mães (33%) com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos ($M = 27,78$; $DP = 9,63$), ao passo que no grupo de controlo a predominância aponta para mães de idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos (65%), ($M = 26,75$; $DP = 5,3$). Verifica-se, igualmente, que a percentagem de mães com idade mais avançada é bastante superior no grupo de risco (20%) que no grupo de controlo (3%). A diferença entre os grupos é estatisticamente significativa quanto a esta variável, quando os comparamos quanto à distribuição das frequências pelas várias categorias, $\chi^2(3, N = 80) = 20.07, p < .01$. Ou seja, no grupo de risco existem maioritariamente mães mais jovens e mais velhas, enquanto no grupo de controlo as idades das mães apresentam valores mais intermédios. Contudo, comparando a média de idades nos dois grupos verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, $t(78) = 66.56, p > .05$, isto é, no grupo de risco os valores baixos e elevados contrabalançam-se.

Quadro 1. Características sociodemográficas das subamostras - mães

	Risco neonatal		Controlo		χ^2/t
	N=40	%	N=40	%	
Idade					
14-19	13	32.5	2	5	20.07**
20-29	11	27.5	26	65	
30-39	8	20	11	27.5	
≥ 40	8	20	1	2.5	
	M=27.78	DP=9.63	M= 26.55	DP=5.73	66.56
	Min=15	Máx = 45	Min= 16	Máx= 41	
Estado Civil					
Solteira	13	34.2	12	31.6	0.66
Casada	6	15.8	4	10.5	
União de facto	19	50	22	57.9	
Separada	2	-	1	-	
Viúva	0	-	1	-	
Habilitações literárias					
Analfabeta	5	12.5	7	17.5	0.42
1ª a 6ª classe	10	25	10	25	
7ª a 9ª classe	11	27.5	10	25	
10ª a 12ª classe ou Superior	14	35	13	32.5	
Nível Socioeconómico					
Baixo	19	47.5	28	70	4.18*
Médio/Elevado	21	52.5	12	30	
Número de filhos					
1	14	35	10	25	3.89
2	7	17.5	11	27.5	
3	4	10	8	20	
4	5	12.5	5	12.5	
≥5	10	25	6	15	

*p<.05 **p<.01

No que diz respeito ao estado civil, tanto no grupo de risco quanto no de controlo a predominância aponta para mães de estado civil “união de facto”, num total de 19 (50%) e 22 (58%), respetivamente, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, $\chi^2(2, N = 76) = 20.07, p > .05$. Dado o número reduzido de mães separadas e viúvas (3 e 1 respetivamente), estas duas categorias não foram consideradas nesta análise.

O limiar de significância estatística também não foi observado no que diz respeito à variável escolaridade, $\chi^2(3, N = 80) = .42, p > .05$. Assim, a maioria das mães nos dois grupos frequentou até à 9ª classe.

Em ambos os grupos a maioria das mães pertencem a um nível

socioeconómico baixo¹ (48% e 70%, respetivamente no grupo de risco e no grupo de controlo). Dado o número reduzido de mães de nível socioeconómico elevado optou-se por agrupá-las com as de nível médio. Os dados demonstram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto a esta variável, ou seja, há mais casos de nível socioeconómico baixo no grupo de controlo, $\chi^2(1, N = 80) = 4.18, p < .05$.

Finalmente, quanto ao número de filhos a predominância aponta para mães com apenas 1 filho para o grupo de risco ($N=14$; 35%) e para mães com 2 filhos para o de controlo ($N=11$; 28%), não evidenciando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto a esta variável, $\chi^2(4, N = 80) = 3.89, p > .05$.

A análise de comparação entre os dois grupos demonstrou que as subamostras risco e controlo são equivalentes quanto às variáveis mencionadas, não evidenciando diferenças estatisticamente significativas, com exceção da idade da mãe, onde existe maior número de mães com idades mais extremas no grupo de risco, e quanto ao nível socioeconómico, havendo mais mães de nível socioeconómico baixo no grupo de controlo.

Os dados apresentados no Quadro 2 evidenciam as características sociodemográficas e clínicas dos bebés. Neste sentido, podemos observar que a maioria dos bebés é do sexo masculino no grupo de controlo ($N=21$; 53%), enquanto no de risco a percentagem para ambos os sexos está equiparada ($N=20$; 50%). Porém, a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa quanto a esta variável, $\chi^2(1, N = 80) = 0.50, p > .05$. No que diz respeito à idade dos bebés verifica-se que em ambos os grupos predominam bebés com idades compreendidas entre as 0 e as 3 semanas, havendo no grupo de risco mais bebés com 0 e 1 semanas de vida. A diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa (para esta análise as idades superiores ou iguais a 4 semanas foram agrupadas numa única categoria). Relativamente ao estado de saúde dos bebés (característica que só se aplica ao grupo de risco), a maioria apresenta um quadro clínico moderadamente grave (cerca de 24%) ou muito grave (cerca de 23%).

¹ Para a caracterização do nível socioeconómico foi elaborada uma classificação adaptada à realidade angolana, a qual contempla os seguintes parâmetros: área de residência, tipo de características da habitação, o conforto e principal fonte de rendimento da família, com maior relevância para o conforto e o rendimento familiar (cf. Anexo 2).

Quadro 2. Características sociodemográficas e clínicas das subamostras - Bebê

	Risco		Controlo		χ^2/it
	N=40	%	N=40	%	
Género					
Masculino	20	50	21	52.5	0.05
Feminino	20	50	19	47.5	
Idade (semanas)					
0-1	21	52.5	11	27.5	6.56
2-3	10	25	15	37.5	
4-9	9	22.5	14	35	
Gravidade situação clínica do bebê					
Pouco grave	3	3.8	-	-	
Gravidade moderada	19	23.8	-	-	
Muito grave	18	22.5	-	-	

No que se refere às características das subamostras quanto à gravidez e nascimento (apresentadas no Quadro 3) nota-se que a maioria das mães em ambos os grupos não planeou ter um filho (73% e 65% nos grupos de risco e de controlo, respetivamente). De facto, embora quanto a esta variável o grupo de risco apresente uma percentagem superior de gravidezes não planeadas, estes valores não traduzem diferenças estatisticamente significativas, $\chi^2(1, N = 80) = 0.52, p > .05$. Cerca de metade das mães em ambos grupos reagiu mal no início mas depois conformou-se com a situação da gravidez, não havendo, a este respeito, diferenças entre os dois grupos, $\chi^2(3, N = 80) = 0.51, p > .05$. Os pais do grupo de risco reagiram inicialmente sobretudo com contrariedade (35%), enquanto no grupo de controlo houve mais pais a reagirem com muita satisfação (35%), mas também neste caso a diferença entre os grupos é não significativa, $\chi^2(1, N = 80) = 0.50, p > .05$ (categorias “não sabe” ou “não se aplica” excluídas da análise). A maioria das mães, tanto no grupo de risco (cerca de 86%) quanto no grupo de controlo (cerca de 76%) fez consultas de seguimento à gestante, com liderança para o grupo de risco, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. A ligeira superioridade do grupo de risco pode estar relacionada com o facto de a maioria destas mães ter sofrido algum tipo de complicação durante o período de gestação (cerca de 68%), em comparação com o grupo de controlo, onde apenas uma pequena percentagem de mães passaram pelo mesmo problema (cerca de 13%) sendo a diferença entre os dois grupos significativa no que toca a esta última variável, $\chi^2(1, N = 80) = 22.75, p < .01$. O mesmo aconteceu relativamente a complicações ocorridas no parto, as quais se verificaram em mais casos do grupo de risco, $\chi^2(1, N = 80) = 7.50, p < .01$.

Quadro 3. Características das subamostras - gravidez e nascimento

	Risco		Controlo		χ^2/t
	N=40	%	N=40	%	
A gravidez foi planeada?					
Sim	11	27.5	14	35	0.52
Não	29	72.5	26	65	
Como reagiu quando soube que estava grávida?					
Muito negativamente	8	20	6	15	0.51
Ficou aborrecida mas depois conformou-se	18	45	18	45	
Ficou satisfeita	8	20	10	25	
Ficou muito satisfeita	6	15	6	15	
Como é que o pai da criança reagiu à gravidez?					
Muito negativamente	6	15	4	10	3.84
Ficou aborrecido mas depois conformou-se	14	35	11	27.5	
Ficou satisfeito	9	22.5	9	22.5	
Ficou muito satisfeito	6	15	14	35	
Ele não sabe	5	12.5	1	2.5	
Não se aplica	0	0	11	2.5	
Consultas regulares de seguimento					
Sim	30	85.7	29	76.3	1.04
Não	5	14.3	9	23.5	
Número de consultas					
	M=7.3	dp=3.45	M=6.85	dp=3.42	0.59
	Min=0	Máx=12	Min= 1	Máx=12	
Gestação com complicações?					
Sim	27	67.5	5	12.5	22.75**
Não	13	32.5	35	87.5	
Parto com complicações?					
Sim	21	52.5	8	20	7.50**
Não	19	47.5	32	80	

**p<.01

3.2 Instrumentos de avaliação

3.2.1 Questionário sociodemográfico

Este questionário (cf. Anexo 1), elaborado no âmbito das teses de Mestrado Integrado nesta área, contém itens acerca dos dados sociodemográficos das mães, tais como idade, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, etnia, religião, composição do agregado familiar, área de residência, tipo e características de habitação e principal fonte de rendimento da família. Para além destes, esta ficha também questiona se a mãe sofre ou sofreu de nervos e/ou de problemas médicos. Finalmente, contempla itens a serem preenchidos pelo investigador, com o objetivo de retratar o nível socioeconómico e a etapa do ciclo vital da família. O nível socioeconómico foi definido com base numa fórmula com

atribuição de um peso destinado às variáveis consideradas relevantes para a realidade angolana, tal como se apresenta no Anexo 2.

Este questionário foi essencialmente utilizado com o objetivo de caracterizar a amostra, do ponto de vista sociodemográfico.

3.2.2 Questionário geral sobre a Gravidez e Nascimento

Este questionário, apresentado no Anexo 3, foi construído no âmbito da presente dissertação e é constituído por 18 itens relacionados com o período gestacional, tais como o planeamento da gravidez, o número de consultas de seguimento à gestante, a duração da gestação, se a mãe teve ou não complicações de saúde durante este período, bem como os consumos durante a gravidez (álcool ou outras drogas).

Existe ainda uma parte mais ligada aos aspetos emocionais e sociais dos pais face à gravidez, tais como as reações do pai e da mãe da criança à gravidez, a satisfação da mãe face ao sexo do bebé, a colaboração do pai para o bem-estar do bebé, e quem foram os acompanhantes (familiares, amigos, vizinhos) na altura de ir à maternidade para dar a luz. Finalmente, o questionário inclui questões ligadas ao momento do parto e pós parto, tais como complicações ocorridas no parto, o peso do bebé ao nascer, se a mãe teve contacto com o bebé logo após a expulsão e se amamentou o bebé logo na primeira hora após ao nascimento.

3.2.3 Questionário sobre os Aspetos ligados à Situação de Risco do Bebé

Este questionário, apresentado no Anexo 4, avalia o grau de maturidade e capacidade de observação da mãe perante um bebé submetido ao tratamento nos cuidados intensivos neonatais, através de questões abertas. É constituído por 8 itens que vão desde o motivo do internamento, o ponto de vista da mãe em relação à capacidade de visão e audição do bebé, o comportamento e aparência do bebé que possam ser motivo de interesse ou de preocupação por parte da mãe, os hábitos existentes na família em relação a recém-nascidos prematuros ou doentes e, por último, a expectativa da mãe sobre como será a sua vida com aquele filho daqui a 5 anos.

3.2.4. Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC)

Esta é uma escala que avalia o investimento socioemocional dos pais face ao filho (Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008). Neste estudo foi utilizada a versão reduzida e adaptada para a população portuguesa (cf. Anexo 5) por Gameiro, Martinho, Canavarro e Moura-Ramos (2008), a partir do original de Bradley e cols. (1997, citados por Gameiro et al.)

Trata-se de um inventário de autorresposta constituído por 19 itens, que devem ser respondidos numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos: “Concordo fortemente”, “Concordo”, “Discordo” e “Discordo fortemente”. Os itens estão distribuídos por três subescalas, nomeadamente, subescala de Aceitação do Papel Parental (que corresponde aos itens 1, 4, 7, 10, 16 e 18, traduzindo o interesse dos pais em desempenhar as suas funções e responsabilidades parentais), a subescala de Prazer (correspondente aos itens 2, 5, 8, 11, 14, 16 e 18 e que avalia a satisfação que os pais podem sentir ao

permanecerem ao lado dos filhos) e subescala de Conhecimento e Sensibilidade (representada pelos itens 3, 6, 9, 12 e 13, que refletem o papel protetor dos pais na prestação dos cuidados aos filhos). Um resultado mais alto neste questionário e nas suas subescalas indica um investimento parental mais elevado. Os valores do coeficiente de consistência interna, estimados através do alfa de Cronbach da versão portuguesa da escala são iguais a .68, 65, .67 e .70, respetivamente para os fatores Aceitação do Papel Parental, Prazer, Conhecimento e Sensibilidade e para o Total da escala (Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008).

3.3 Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados teve lugar na Maternidade Irene Neto, com mães que procuraram os serviços no período compreendido entre Novembro de 2011 e Abril de 2012.

No sentido de obter a colaboração das mães para o presente estudo foi estabelecida uma conversa com cada uma, na qual foram apresentados os objetivos da investigação e foi-lhes solicitada a sua colaboração através de uma ficha de consentimento informado (cf. Anexo 6). Todos os questionários foram apresentados às mães em situação de entrevista, individualmente e sem limite de tempo. Os instrumentos foram apresentados na seguinte ordem: Questionário Demográfico, Escala de Investimento Parental na Criança, Questionário Geral sobre a Gravidez e Nascimento e, por último, o Questionário de Avaliação de Aspetos ligados à Situação de Risco do Bebé.

Todas as questões foram colocadas de um modo natural, sem que parecesse um “interrogatório”, e no final foi agradecida a colaboração prestada. Nalguns casos houve necessidade de consultar os processos médicos das mães, especialmente os das mães internadas, para o preenchimento da informação relativa ao seu estado e ao estado do bebé. O acesso aos processos foi autorizado pela direção da Maternidade. Quando não fosse possível o recurso ao processo, as questões mais específicas eram colocadas directamente às mães.

A aplicação de todos os instrumentos foi feita em uma única sessão com cada mãe. Foi procurado o máximo de silêncio e isolamento, embora tenha havido momentos em que não foi conseguida uma privacidade total. Nestes casos, as questões foram colocadas num tom de voz relativamente mais baixo que o habitual, porém, não menos claro.

3.4 Tratamento estatístico dos dados

Depois de recolhidos e organizados, os dados foram submetidos a tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for Science (SPSS versão 17.0)*. Relativamente à estatística descritiva foram analisadas as médias e os desvios-padrão de diversas variáveis sociodemográficas (e.g., idade), assim como os resultados obtidos na escala EIPC. No que toca à estatística inferencial, foram efectuados diversos testes qui-quadrado, no sentido de averiguar a equivalência entre as duas subamostras quanto a

variáveis categoriais (e.g., estado civil, nível socioeconómico). O teste *t de Student* foi utilizado para comparar as médias nas duas subamostras relativamente a variáveis contínuas (idade, número de consultas) e para comparar os respetivos resultados obtidos na escala EIPC. O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis foi usado para comparar os resultados na escala EIPC preenchida por mães de bebés com diferentes níveis de risco. Procedeu-se, ainda, à análise dos itens da EIPC através dos coeficientes de correlação entre cada item e os totais corrigidos (das subescalas e da escala total), e ao estudo de consistência interna da EIPC através do coeficiente alfa de Cronbach.

IV- Resultados

4.1 - Consistência Interna da Escala de Investimento Parental na Criança

No que toca à validade interna dos itens que compõem a escala, analisaram-se os coeficientes de correlação entre cada item e o total corrigido de cada subescala, excluindo o próprio item (Quadro 4). A análise do Quadro 4 permite verificar que o valor de alfa diminui quando é retirado cada item, exceto no caso dos itens 9 e 10, o que demonstra que estes itens não contribuem para a consistência interna do instrumento. Uma vez que os valores de alfa das escalas Aceitação do Papel Parental e Conhecimento e Sensibilidade se apresentam muito inferiores comparativamente aos da versão portuguesa da escala e com valores abaixo do que é desejável (.58 e .56, respetivamente), foram retirados os dois itens referidos destas escalas, os quais apresentavam uma correlação demasiado baixa com o respetivo total. Nomeadamente, a retirada do item 10 (cujas correlações com o total da Aceitação do Papel Parental é igual a .04), elevou o valor de alfa respetivo para .65, e a retirada do item 9 (cujas correlações com o total do Conhecimento e Sensibilidade é igual a .06), originou um valor de alfa igual a .64 para a escala de Conhecimento e sensibilidade. O valor de alfa para o total passou a ser de .82, também superior ao total quando considerados todos os itens.

Assim, a exclusão dos itens 9 e 10 fez com que a maior parte, exceto os itens 15 e o 19, passassem a ter uma correlação com o total corrigido superior a .20, tal como é recomendado por vários autores, contribuindo para a consistência interna do instrumento (Pasquali, 2003; Streiner e Norman, 1995, citados por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008) (cf. Anexo 7).

Quadro 4. Correlação item-total e alfa se o item retirado, por subescala (N=80)

Subescalas	Item	Média	DP	Correlação Item-Total subescala	Alfa de Cronbach excluindo o item
Aceitação do Papel Parental	1	2.39	1.04	.34	.53
	4	2.45	.90	.46	.47
	7	2.39	.77	.49	.47
	10	2.24	.83	.04	.65
	16	2.34	.84	.38	.51
	18	2.60	.79	.26	.56
Prazer	2	2.60	.74	.57	.54
	5	2.33	1.00	.36	.59
	8	3.09	.85	.40	.58
	11	3.20	.88	.45	.56
	14	2.93	1.00	.25	.63
	17	3.20	.72	.28	.61
	19	2.58	1.03	.18	.65
Conhecimento e Sensibilidade	3	2.43	.67	.11	.62
	6	2.66	.78	.43	.49
	9	2.28	.75	.06	.64
	12	3.04	.82	.53	.44
	13	2.59	.92	.56	.41
	15	2.46	.57	.26	.56

Os dados apresentados no Quadro 5 resumem a análise relativa à consistência interna do instrumento. Assim, após retirados os itens 9 e 10, em função dos resultados da análise anterior (cf. Quadro 4), os valores da consistência interna situam-se entre .63 e .65, um pouco abaixo dos valores aconselhados por vários autores, os quais se devem situar entre .70 e .90 (Almeida e Freire, 2003, citados por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008). No que diz respeito ao total da escala, o alfa de Cronbach apresenta um valor de .82, superior ao da versão portuguesa do instrumento e que traduz um bom nível de consistência interna.

Quadro 5. Consistência interna da Escala de Investimento Parental na Criança e das suas subescalas (N=80)

Subescalas e escala total	Número de itens	Alfa de Cronbach
Aceitação do Papel Parental	6	.58
Aceitação do Papel Parental (sem item 10)	5	.65
Prazer	7	.63
Conhecimento e Sensibilidade	6	.59
Conhecimento e Sensibilidade (sem item 9)	5	.64
Total	19	.80
Total sem itens 9 e 10	17	.83

4.2 - Estatística descritiva para as pontuações da Escala de Investimento Parental na Criança

Para esta análise, apresentada no Quadro 6, foram considerados os itens todos (incluindo o 9 e 10) no sentido de permitir a comparação com o estudo português.

Quadro 6. Estatística descritiva para as pontuações da Escala de Investimento Parental na Criança (N=80)

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Aceitação do Papel Parental (6 itens)	14.40 (17.43)	2.96 (2.94)	6	20
Prazer (7 itens)	19.91 (22.24)	3.50 (2.89)	11	28
Conhecimento e Sensibilidade (6 itens)	15.45 (15.94)	2.60 (2.68)	10	22
EIPC Total (19 itens)	49.76 (55.63)	7.47 (5.38)	32	64

Nota: Os valores apresentados entre parêntesis dizem respeito a uma amostra de mães portuguesas (N=129) (Gameiro et. al., 2008).

Tal como se pode observar, os valores obtidos pela nossa amostra são inferiores aos da amostra portuguesa no que toca às subescalas Aceitação do Papel Parental e Prazer (e, consequentemente, EIPC Total), sendo os valores médios da subescala Conhecimento e Sensibilidade muito próximos nas duas amostras.

4.3 - Comparação entre as duas amostras quanto ao investimento materno na criança

Os valores apresentados no Quadro 7 representam as médias e os desvio-padrão para todas as escalas e para o total, quer para a amostra total (n=80) quer para cada uma das subamostras. O Quadro 7 apresenta, igualmente, os resultados do teste *t* de *Student* para a comparação entre as

duas subamostras. Assim, para a Escala de Aceitação do papel parental, $t(78) = 0.12, p = .91$; para a Escala de Prazer, $t(78) = -0.93, p = .36$; para a Escala do Conhecimento e sensibilidade, $t(78) = 0.73, p = .47$; e para o Total da EIPC, $t(78) = -0.15, p = .88$. Tal significa que entre os dois grupos nenhuma das diferenças é estatisticamente significativa quanto ao investimento materno nos bebés.

Quadro 7. Comparação entre as duas subamostras quanto ao investimento materno na criança

	Total (N=80)		Risco (N=40)		Controlo (N=40)		$t^{(1)}$
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Aceitação do papel parental (sem item 10)	12.16	2.81	12.20	3.07	12.13	2.56	0.12
Prazer	19.91	3.50	19.55	3.75	20.28	3.23	-0.93
Conhecimento e sensibilidade (sem item 9)	13.18	2.44	13.38	2.64	12.98	2.25	0.73
EIPC Total (17) itens)	45.25	7.47	45.13	8.22	45.38	6.75	-0.15

⁽¹⁾ Comparação entre as duas subamostras

A comparação quanto ao investimento materno na criança por parte de mães de bebés com diferentes níveis de risco (baixo/moderado ou elevado) e entre estas e o grupo de controlo, recorrendo ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, também não permitiu identificar qualquer diferença estatisticamente significativa entre estes grupos, nem para o total nem para qualquer uma das subescalas.

4.4 – Resultados no Questionário sobre Aspetos ligados à Situação de Risco do Bebé

Como foi anteriormente referido, este questionário é de resposta aberta e tem a vantagem de permitir explorar o tipo de respostas dadas pelas mães, refletindo, em grande parte, o contexto em que estão inseridas (fator cultural). Quanto ao motivo do internamento do bebé na UCIN, a maior parte das mães foi capaz de indicar qual esse motivo, demonstrando que tinham interesse em saber do estado dos seus filhos enquanto internados. O tipo de respostas para este item variou muito entre prematuridade, baixo peso, índices de Apgar baixo e em poucos casos foram mais específicas, tais como hidrâmnio pré natal, malformação e depressão do bebé. A maior parte das mães respondeu que soube da condição do bebé na altura do parto, com exceção das seropositivas, que já tinham conhecimento sobre o seu estado serológico a partir dos primeiros exames de gravidez, tendo sido sensibilizadas para que os seus filhos poderiam precisar de cuidados especiais após ao nascimento.

Quanto à capacidade das mães de observação do comportamento do bebé, nomeadamente quanto às suas capacidades para seguir o som ou fixar

a cara da mãe, as respostas foram bastante diversificadas. Na sua maioria, as mães responderam positivamente a estas questões, ou seja, quase todas prestaram atenção ao comportamento do bebé. Algumas relataram que os bebés estavam agitados, choravam demasiado e tinham uma respiração que consideravam fora do normal, o que está relacionado com a própria situação de risco. Outras achavam que os bebés tinham poucos movimentos, não fixavam a sua cara e nem seguiam o som, o que nalguns casos pode estar relacionado com a prematuridade. Muitas reconheceram que os bebés eram ainda muito pequenos, por isso não possuíam ainda estas capacidades. Este facto demonstrou que a maior parte das mães tinha consciência das limitações dos seus filhos.

O item relativo aos hábitos familiares foi o mais explorado pelas mães, ou seja, onde puderam lembrar os hábitos familiares e culturais. Algumas das mães, sobretudo as mais jovens, desconheciam possíveis hábitos familiares ou culturais em relação a bebés de risco. As mães mais experientes deram respostas mais frequentes tais como práticas que consideravam aconselháveis, a permanência do bebé dentro de casa até completar dois meses de vida, dar banhos de ervas ao bebé, dar nomes tradicionais que tenham a ver com algo inacabado, por exemplo frutas verdes (na língua nacional) ou campo por lavar, entre outros. Algumas afirmaram ter irmãos que nasceram prematuros e que nunca deveriam passar a noite fora de casa até crescerem e se casarem com alguém, entre várias outras respostas que refletiam muito o peso da cultura no tratamento destas crianças.

Finalmente, no que se refere à expectativa da mãe sobre como será a sua vida com aquele filho daqui a 5 anos, algumas responderam que terão uma vida normal. Outras respostas, em relação com a situação clínica do bebé, evidenciavam alguma ansiedade com relação ao futuro. Outras ainda, sobretudo as mães mais novas, afirmaram não saber como será o futuro com aquele filho.

V- Discussão dos resultados

A presente investigação teve como objetivo principal estudar a aplicabilidade da Escala de Investimento Parental numa amostra de mães angolanas. Um segundo objetivo consistiu em avaliar o investimento materno em mães de bebés em risco, por comparação com mães de bebés saudáveis. Importa salientar que é um estudo exploratório devido à quase inexistência de estudos anteriores sobre esta temática em Angola.

A partir da análise dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos selecionados (questionário demográfico, questionários relativos à gravidez, ao nascimento e à situação de risco e escala para avaliar o investimento materno na criança) e assumindo os objetivos e hipóteses levantados no início, será feita em seguida uma análise dos principais resultados obtidos.

A análise de comparação entre os dois grupos demonstrou que as subamostras risco e controlo são equivalentes quanto às variáveis demográficas estudadas, não evidenciando diferenças estatisticamente significativas, com exceção da idade da mãe, onde existe maior número de mães com idades mais extremas no grupo de risco, o que segundo Aguilar &

Galbes (2010) está relacionado com a própria situação de risco, mais frequente em mães de idades extremas em relação ao período fértil. A análise da variável nível socioeconómico, que segundo Ramos e Cuman (2009) e Barros (2001) também constitui uma das causas associadas aos nascimentos de risco, poderia apresentar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com um nível socioeconómico tendencialmente mais baixo nas mães com bebés de risco. Contudo, os resultados apresentados mostram o contrário: no grupo de risco existem mais mães de nível socioeconómico médio e menos de nível socioeconómico baixo que no grupo de controlo. Isto pode estar relacionado com facto de esta variável ter sido avaliada de acordo com o rendimento familiar. Ora, a maior parte das mães adolescentes e as de idade superior a 40 anos que, como referido anteriormente, predominam no grupo de risco, tem como principal fonte de rendimento os pais e os esposos respetivamente. Como tal, a situação económica destas mulheres, que na verdade são dependentes de outros, é ditada pelo nível económico da família em que se inserem, e não pelos seus próprios meios de subsistência. Também em relação ao número de consultas pré-natais faria sentido de acordo com Ramos e Cuman (2009), que este fosse maior no grupo de controlo. Porém, o que se verifica neste estudo é situação a contrária. Contudo também se observou que as mães do grupo de risco são as que mais adoeceram durante o período gestacional e as que mais tiveram problemas na altura do parto, o que explica os resultados anteriores. Ou seja, entre os fatores de risco pré natais estão as doenças da mãe durante o período de gestação, as quais justificaram o acompanhamento médico (Aguilar & Galbes 2010; Rodrigues, 2003).

Relativamente à consistência interna da Escala de Investimento Parental na Criança os resultados apresentam-se mais baixos em relação à versão portuguesa. A retirada de dois itens contribuiu para o aumento do valor do coeficiente alfa de Conbach, embora ainda assim, comparados aos da versão portuguesa, os valores permaneçam abaixo do desejado. A fraca consistência interna pode dever-se à compreensão dos itens no que diz respeito à linguagem e ao conteúdo por parte das mães angolanas e estar, portanto, relacionado com a maneira como a maior parte delas interpretou as questões. Por exemplo o item 2 (“Estou sempre a gabar-me do meu filho/a aos meus amigos e família”) para a realidade portuguesa significa maior investimento, enquanto que na cultura angolana não é saudável expor o bebé a outras pessoas. Este hábito começa desde o período gestacional, em que a mãe deve manter o sigilo até que as outras pessoas descubram que está grávida. Este hábito em algumas regiões do país, parte da ideia de que quanto menos meses de gestação tiver a mãe e menor idade tiver o filho quando a gravidez for tornada pública, maior será a probabilidade de alguém fazer mal à mãe ou ao filho (por exemplo enfeitiçar, roubar a alma ou roubar o próprio bebé).

Relativamente à comparação entre as médias portuguesas e as encontradas neste estudo, nota-se que os valores obtidos para a população angolana são inferiores aos obtidos para a população portuguesa nas subescala de Aceitação do Papel Parental e do Prazer e, por consequência

relativos ao Total da escala, ao passo que na escala do Conhecimento e Sensibilidade as médias já assumem valores muito aproximados. Por um lado, é compreensível esperar resultados diferentes quando um mesmo instrumento é aplicado em duas realidades culturais diferentes. Apesar de a cultura angolana assentar em grande parte na portuguesa, sendo culturas que partilham a língua e alguns hábitos culturais, existem os valores mais básicos e mais africanizados que foram passando ao longo das gerações através das fontes orais (de pais para filhos, sucessivamente). O conceito de investimento em Portugal pode significar também colocar o filho em uma boa escola, pagar uma cuidadora que possa passar o tempo com ele quando os pais não conseguem, ter sempre em atenção a alimentação, higiene do sono, o brincar, o amor o afeto como forma de proporcionar conforto e atenção àquele filho. Em Angola pode ter um significado ligeiramente diferente: as mães de nível socioeconómico médio e alto e aquelas mais informadas também primam pela preocupação com a satisfação das necessidades básicas do bebé, o seu conforto, o acesso ao melhor sistema de ensino, entre outros. Entretanto, nota-se no presente estudo que a maior parte das mães, que são de nível socioeconómico baixo com predominância de vendedoras de rua, conseguem carregar os seus filhos às costas ainda muito pequenos (a partir de 3 semanas) enquanto desempenham a sua atividade pelas ruas, o mesmo acontecendo com as camponesas que vão às lavras sempre com o filho ao peito ou às costas. Estas mães poderão, por exemplo, nem sequer considerar a inclusão das suas crianças no sistema de ensino deste tão cedo. Porém, apesar de o padrão relacional ser muito diferente, nota-se uma ligação muito grande entre estas mães e estes filhos, o que está relacionado ao desenvolvimento de uma vinculação segura. Ou seja, apesar das dificuldades económicas, não deixam de exercer seu papel de mães e cuidadoras e de investir nos seus bebés. Por outro lado, o facto de os valores serem mais baixos nas duas subescalas de Aceitação do Papel Parental e Prazer poderá estar relacionado com o facto de a maioria das mães angolanas participantes no estudo não terem planeado a sua gravidez. Contudo isto não as torna menos sensíveis às necessidades dos seus bebés, tal como é patente nos resultados obtidos na subescala Conhecimento e Sensibilidade.

Na comparação entre as subamostras risco e controlo nota-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao investimento materno no bebé. Também não se verificam diferenças entre mães de bebés com diferentes níveis de risco. Ou seja, as mães angolanas investem nos seus filhos independentemente de terem um bebé que nasceu saudável ou em situação de risco. Por outro lado, o facto de a mortalidade e morbilidade infantil serem realidades constantes em Angola, as mães, sobretudo as múltiparas, que passam por estas situações constantemente (devido a casos de HIV, prematuridade, malformação, entre outras condições que afetam o recém-nascido e colocam a sua vida em risco), quer aconteça com o próprio filho ou com o de familiares, amigos ou vizinhos, de certa forma vão estando preparadas para enfrentar estas situações. Isto pode significar que as reações maternas face a situações de risco, por exemplo o “luto pela perda do bebé saudável” abordado por Klaus e Kennel (1982) tem

sido elaborado de maneira mais frequente, porém não menos dolorosa pelas mães do estudo. Estas mães podem ter desenvolvido formas mais saudáveis de lidar com o luto ou com a possibilidade de perda, as quais não passam pelo afastamento do bebé e ausência de investimento ou menor investimento nele.

O investimento que as mães de bebés de risco fazem nos seus filhos também é visível nas respostas ao questionário Geral sobre os Aspectos ligados à Situação de Risco do Bebé. De acordo a segunda hipótese para o estudo seria de esperar que as mães, pelo facto de encararem a realidade de ter um filho doente e internado numa UCIN, pudessem ter expectativas pouco elaboradas em relação aquele filho, demonstrando pouco interesse em investir num filho com quadro clínico instável. Porém, tal não foi observado. Neste sentido, as mães demonstraram grande interesse e a partir das suas respostas foi possível esclarecer algumas questões e reunir elementos que ajudam a compreender o real significado do que é o investimento materno e como as mães põem em prática este conceito. A variedade de respostas evidenciou o peso que o fator cultural tem nos cuidados das mães aos seus filhos. Um dos tipos de resposta dado “quando um bebé nasce prematuro ou doente é-lhe atribuído um nome em língua nacional que significa algo verde ou imaturo” pode estar relacionado com pais ou familiares que, como referido por Barros (2001a), se regem por uma atitude mais pessimista, considerando o seu filho frágil mesmo quando a criança já está fora de perigo. Esta situação traduz uma rigidificação das suas crenças levando a que carreguem os efeitos negativos da situação muito para além do nascimento e da situação de risco. Assim se o nome é a identidade da pessoa, então o seu significado também o será, o que pode tornar a visão dos pais em relação a este filho algo problemática ou mais sobreprotetora.

As restantes respostas das mães evidenciaram preocupação com estes filhos, porque o facto de fechar as portas e as janelas, a pesar de ser uma prática cultural, é ao mesmo tempo protetora, no sentido de impedir a entrada de ar ou muita luz para dentro de casa. O mesmo acontece com os banhos de ervas, que serviriam para proteger a pele sensível do bebé, o que reflete preocupação com a sua saúde e, conseqüentemente, maior investimento materno.

Conclusões

A realização desta pesquisa permitiu refletir sobre os conceitos de vinculação e investimento parental e a influência que estes podem sofrer diante da situação de nascimentos de risco.

O presente estudo permitiu analisar e refletir sobre a base do investimento materno, cuja função assenta sempre na responsabilidade dos pais ao garantirem a sobrevivência do filho seja em que circunstância for. Este investimento pode também ser encarado de forma diferente em diferentes culturas desde que traduza a função parental mediadora e protetora.

Esta investigação permitiu também observar diferenças na comparação entre os resultados do estudo português através da aplicação da

Escala de Investimento Parental na Criança. Neste contexto, a realidade angolana, pode ser lida a luz da prevalência de pessoas de nível socioeconómico baixo e com pouco acesso ao sistema sanitário e de ensino. Assim a questão do investimento parental na cultura angolana e africana poderá estar muito mais virada para a preservação da imagem do filho e a proximidade física da mãe em relação a ele.

Neste sentido, os critérios avaliados pela escala poderão necessitar de ser adaptados. A sua aplicação pode ser feita em contexto angolano desde que sejam reformulados alguns itens em termos de linguagem e de conteúdo procurando aumentar a consistência interna do instrumento.

Como principais dificuldades na realização do estudo apontam-se alguns obstáculos no acesso aos processos das mães na altura da recolha dos dados médicos e a dificuldade de compreensão das questões por parte dos sujeitos. A fadiga associada ao tempo gasto na aplicação do protocolo de investigação que, dependendo da compreensão de cada sujeito, nalguns casos foi longo, bem como a dificuldade de manter a privacidade na altura da aplicação dos mesmos poderão ter limitado o alcance dos resultados.

Dada a inexistência de estudos a respeito relacionados com a maternidade e, mais especificamente com o investimento parental, revela-se necessário fazer outros estudos nesta área. Por outro lado, para a utilização da Escala de Investimento Parental na Criança em contexto angolano deverá envolver a introdução de itens relevantes para o que, em contexto angolano se considera ser investimento parental, itens que estejam de acordo com os padrões comportamentais das mães angolanas em relação aos seus filhos, que incluam aspetos inerentes a esta cultura. É aconselhável que se façam mais estudos e com amostras mais numerosas e diversificadas em termos de tribos e proveniências, por exemplo amostras recolhidas noutras regiões geográficas do país, para que possa ser explorada a maior variedade de valores culturais possível. Dada a proximidade intercultural entre vários países africanos, esta análise poderá levar à criação de uma escala que possa ser usada também em outros países deste continente.

Bibliografia

- Aguilar, I. & Galbes, H. (2010). *Saúde e educação para a família – Enciclopédia de educação e saúde*. Madrid: Editorial Safeliz.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2001a). O bebé nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro (Ed), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-250). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2001b). A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 298-314). Coimbra: Quarteto.
- Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão do ponto de vista do Psicólogo. *Análise psicológica, 1* (XVIII), 15-35. Acedido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a02.pdf>
- Carvalho, A. E. V., Linhares M. B. M., & Martinez, F. E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14*(1), 1-33. Acedido de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18814102>
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2010). Reacções parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congénita do bebé. Implicações para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(2), 283-297. Acedido de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862010000200009&script=sci_arttext
- Gameiro, S., Martinho, Canavarro, M.C., & Moura-Ramos (2008). Estudos psicométricos da Escala de Investimento Parental em Crianças. *Psychologica, 48*, 77-99.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Griffa, M. C. & Moreno, J. E. (2004). *Chaves para a psicologia do desenvolvimento: Tomo 1: Infância* (2ª Ed.). São Paulo: Paulinas.
- Innis, S. M. (2011). Nutrição e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança: Bebés prematuros. *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância*. British Columbia, Canadá: University of British Columbia.

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Universidade de Coimbra (s.d.). *Transição para a parentalidade após um nascimento prematuro: Desafios, riscos e oportunidades*. Acedido de http://www.fpce.uc.pt/saude/upg_info_pre.htm

Klaus, M., & Kennel, J. (1982). Assistência aos pais. In M. H. Klaus, & A. Faneroff (Eds), *Alto risco em Neonatologia* (2nd ed., pp. 141-165). Rio de Janeiro: Ed. Interamericana.

Linhares, M. B. M., Carvalho A. E. V, Bordin M. B. M., & Jorge, M. J. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500 gramas na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas Psicologia*, 7(3), 245-262. Acedido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n3/v7n3a06.pdf>

Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M. Chimelo, J. T., Martinez, S. E., & Jorge, M. J. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como factores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 13(25), 59-72. Acedido de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n25/06.pdf>

Mendes, F. (2010). *Resenha sobre o artigo: Investimento parental e maus-tratos de crianças*. Acedido de <http://ovoodotempo.wordpress.com/2010/07/01/resenha-sobre-o-artigo-investimento-parental-e-maus-tratos-de-criancas/>

Ministério da Saúde (2002). *Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método mãe canguru* (1ª Ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Acedido de <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/manualcanguru.pdf>

Ministério do Planeamento (2005). Angola, objetivos do desenvolvimento do milénio – 2005. 1ª Edição. Luanda: Handmade Communications. Acedido de <http://mirror.undp/org/angola/publications.htm>

Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(25), 399-413.

Nunes, N. G. (2010). *Conhecendo a UTI Neonatal e o trabalho do Psicólogo*. Acedido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0180.pdf>

Pedro, J. C. G. (1985). *A relação mãe e filho. Influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Casa da Moeda.

Ramos, H. A. C., & Cuman, R. K. N. (2009). Factores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 297-304. Acedido de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>

Rodrigues, M. M. P. (1998). Investimento parental. Determinantes biológicos e sociais. *Temas em Psicologia*, 6(3), 199-204.

Rodrigues, O. M. R. (2003). Bebês de risco e sua família: O trabalho preventivo. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(2), 107-113. Acedido de http://www.sbponline.org.br/revista2/vol11n2/art03_t.pdf

Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez. In M. C. Canavarro (Ed), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 256-292). Coimbra: Quarteto.

Sousa, S. C. B., & Pires, A. A. B. (2003). Comportamento materno em situação de risco: Mães de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 111-130.

Valente, A. S., & Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: Impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(1), 1-7.

Anexo 1



MI PSICOLOGIA
FPCE-UC/UPRA
2011/2012

Questionário demográfico

Código: _____

Data: ____/____/____

Local de recolha dos dados: _____

Dados de Identificação do próprio

Sexo: FEM ____ MASC ____

Idade: ____ Anos

Nível de escolaridade (se for adulto, escrever o último ano concluído) _____

(se for criança/adolescente, escrever o ano que está a frequentar actualmente) _____

Profissão: _____

(Escrever a profissão exacta referida pelo sujeito)

Estado Civil:

Solteiro (a) _____

Casado(a) _____ Recasado: Sim ____/Não ____

União de facto _____

Separado(a) _____

Divorciado(a) _____

Viúvo(a) _____

Se casada ou em união de facto: Há quanto tempo dura a actual relação? _____

Etnia:

Nhaneca _____

Umbundo _____

Quimbundo _____

Nganguela _____

Cuanhama _____

Outras: _____

Religião:

Católica _____

Evangélica _____

Adventista do 7º Dia _____

Tokuista _____

Igreja Universal do Reino de Deus _____

Kimbanquista _____

Testemunhas de Jeová _____

Outra: _____

Dados de Identificação do Agregado Familiar**Composição agregado familiar**

Parentesco*	Idade	Sexo Fem/Masc	Estado Civil	Profissão**	Nível escolaridade

* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o) da pessoa que está a completar o questionário

** Incluir nesta secção: Estudante; Desempregado; Doméstica; Reformado (dizer que trabalho tinha antes da reforma e ano da reforma)

Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

* Por exemplo, avó(ô), tio (a), primo(a), padrinho, outros familiares, etc.

Área de residência:

Centro de cidade _____

Arredores da cidade/Bairro _____

Aldeia/Quimbo _____

Comuna/Sede _____

Outro. Qual _____

Tipo de habitação

Apartamento _____

Vivenda _____

Pau-a-Pique/cubata _____

Casa de adobe _____

Outro. Qual _____

Características da habitação

Divisões	Número	Observações *
Quarto		
Sala		
Casa de banho		
Cozinha		
Outros _____ _____ _____		

* Exemplo: 2 filhos partilham quarto; filhos dormem na sala; toda a família dorme na sala

Elerodomésticos e Conforto (assinalar com uma cruz o que houver)

		Observações*
Água canalizada		
Gás		
Eletricidade		
Esgotos		
Frigorífico		
Fogão		
Televisão		
Rádio		
Computador		
Acesso a Internet		
Automóvel		
Motorizada		
Bicicleta		

*Exemplo: Eletricidade por Gerador

Principal Fonte de Rendimento da Família

Riqueza herdada ou adquirida -----
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----
Vencimento mensal fixo-----
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade) -----

Número de filhos e respectivas idades

Sofre ou sofreu de **problema médico** (se sim, especifique)?

Sofre ou sofreu dos **nervos** (se sim, especifique)?

¹ **Nível sócioeconómico:**

¹ **Etapa do ciclo vital:**

¹ Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista

ANEXO

Dados de Identificação do Agregado Familiar

Composição agregado familiar

Parentesco	Idade	Sexo Fem/Masc	Estado Civil	Profissão	Nível escolaridade

Outras pessoas que habitam com o agregado familiar

Quem (Grau de Parentesco)	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

**AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM DEVEM SER RESPONDIDAS PELO INVESTIGADOR
COM O OBJECTIVO DE DECIDIR QUAIS OS INSTRUMENTOS A APLICAR EM SEGUIDA**

A. O bebé está internado na Neonatologia ?

- Se sim aplicar a EIPC, seguida do “Questionário geral sobre gravidez e nascimento” e do “Questionário para avaliação de aspectos ligados à situação de risco do bebé”

B. A mãe tem infecção por HIV?

- Se sim aplicar a EIPC, seguida do “Questionário geral sobre gravidez e nascimento”, WHOQOL-HIV-Bref e “Questionário para avaliação de aspectos gerais ligados ao HIV”

C. A mãe tem idade igual ou inferior a 18 anos?

- Se sim aplicar a EIPC, seguida do “Questionário geral sobre gravidez e nascimento” e do “Questionário para avaliação de aspectos ligados à maternidade na adolescência”

Caso estejam presentes várias das condições anteriores, deverão ser aplicados TODOS os instrumentos respetivos.

Caso não esteja presente nenhuma das condições anteriores aplicar somente a EIPC seguida do “Questionário geral sobre gravidez e nascimento”.

Anexo 2



Cálculo NSE

Instruções:

- 1- Atribuir manualmente as cotações abaixo indicadas para cada um dos protocolos recolhidos.
- 2- Fazer o somatório dos 5 campos considerados (área residência, tipo habitação, características habitação, eletrodomésticos e conforto, e fonte de rendimentos)
- 3- A partir da pontuação total obtida ver aproximadamente em qual dos 3 níveis de NSE se situa o sujeito.

Área de residência	Cotação
Centro de cidade	3
Arredores da cidade/Bairro	2
Aldeia/Quimbo	0
Comuna/Sede	1

Tipo de habitação	Cotação
Apartamento	2
Vivenda	3
Pau-a-Pique/cubata	0
Casa de adobe	1

Características da habitação

Divisões	Cotação
Casa de banho	Sim = 1 Não = 0
Cozinha	Sim = 1 Não = 0

Eletrrodomésticos e Conforto

NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4 (Pontuação máxima neste campo: $8/4 = 2$)

	Cotação
Água canalizada	Sim = 1 Não = 0
Gás	Sim = 1 Não = 0
Esgotos	Sim = 1 Não = 0
Frigorífico	Sim = 1 Não = 0
Televisão	Sim = 1 Não = 0
Computador	Sim = 1 Não = 0
Acesso a Internet	Sim = 1 Não = 0
Automóvel	Sim = 1 Não = 0

Principal Fonte de Rendimento da Família

NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2 (Pontuação máxima neste campo: $5 \times 2 = 10$)

Cotação

Riqueza herdada ou adquirida -----	5
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----	4
Vencimento mensal fixo-----	3
Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----	2
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade)	1

Pontuação mínima = 2

Pontuação máxima = 20

NSE:

Baixo	= Pontuação total entre 2 e 10
Médio	= Pontuação total entre 11 e 15
Elevado	= Pontuação total entre 16 e 20

Exemplo de cotação NSE:

Área de residência	Cotação
Centro de cidade	3
<u>Arredores da cidade/Bairro</u>	2 X
Aldeia/Quimbo	0
Comuna/Sede	1

Tipo de habitação	Cotação
Apartamento	2
Vivenda	3
Pau-a-Pique/cubata	0
<u>Casa de adobe</u>	1 X

Características da habitação

Divisões	Cotação
Casa de banho	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X
Cozinha	<u>Sim = 1</u> X <u>Não = 0</u>

Elerodomésticos e Conforto

NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser dividida por 4

	Cotação
Água canalizada	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X
Gás	<u>Sim = 1</u> X <u>Não = 0</u>
Esgotos	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X
Frigorífico	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X
Televisão	<u>Sim = 1</u> X <u>Não = 0</u>
Computador	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X
Acesso a Internet	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X
Automóvel	<u>Sim = 1</u> <u>Não = 0</u> X

Total: 2/4 = 0.5

Principal Fonte de Rendimento da Família

Cotação

NOTA: A pontuação obtida neste campo deverá ser multiplicada por 2

Riqueza herdada ou adquirida -----	5
Lucros de empresas, investimentos, ordenados bem remunerados -----	4
Vencimento mensal fixo-----	3
<u>Remuneração por semana, dia, ou por tarefa -----</u>	<u>2</u> X
Apoio social público (do estado) ou privado (de instituições solidariedade)	1

Total: 2X2 = 4

NSE Total = 2 (área de residência) + 1 (tipo habitação) + 1 (características habitação) + 0.5 (eletrodomésticos e conforto) + 4 (fonte rendimento) = **8.5**

8.5 = NSE BAIXO

Baixo = Pontuação total entre 2 e 10

Médio = Pontuação total entre 11 e 15

Elevado = Pontuação total entre 16 e 20

Anexo 3

QUESTIONÁRIO GERAL SOBRE GRAVIDEZ E NASCIMENTO

Código: _____

1. Esta gravidez foi planeada? Sim Não
2. Como reagiu quando soube que estava grávida?
 - Muito negativamente
 - Ficou aborrecida mas depois conformou-se
 - Ficou satisfeita
 - Ficou muito satisfeita
3. Como é que o pai da criança reagiu quando soube da sua gravidez?
 - Muito negativamente (por exemplo, afastou-se)
 - Ficou aborrecido mas depois conformou-se
 - Ficou satisfeito
 - Ficou muito satisfeito
 - Ele não sabe
 - Não se aplica
4. Nesta gravidez fez consultas regulares de seguimento a grávidas?
Sim (quantas?) Não
5. Quem a acompanhou à Maternidade quando veio ter o bebé? _____
6. Logo após a expulsão teve contacto com o bebé? Sim Não
7. Ficou contente quando soube o sexo do seu bebé? Sim Não
8. Amamentou o seu filho na primeira hora após o nascimento? Sim Não
9. Está atualmente a amamentar o bebé? Sim Não
10. O seu parceiro colabora para o bem estar do bebé?
Bastante Um pouco Não
11. Enquanto esteve no hospital permaneceu sempre ao lado do seu bebé?
Sim Não
12. Perdeu algum filho anteriormente? Sim Não
 - 12a) Se sim, há quanto tempo? _____
 - 12b) Se sim, quanto tempo de vida tinha a criança (ou quanto tempo tinha a gravidez)?

DADOS A RECOLHER NOS PROCESSOS MÉDICOS OU, CASO TAL NÃO SEJA POSSÍVEL, NA ENTREVISTA COM A MÃE (o objectivo é obter uma caracterização sumária do nascimento quanto a eventuais situações de risco físico)

13. Duração da gestação (se possível em semanas) _____

14. Gestação com complicações: Sim Não

14a. Se sim, quais e em que momento da gravidez?

15. Consumos durante a gravidez:

Tabaco Álcool Drogas Quais? _____

16. Peso do bebé ao nascer _____

17. Parto por via vaginal? Sim Não

18. Parto com complicações? Sim Não

17a. Se sim, quais?

[Indicações para as alunas: Este questionário tem duas folhas com questões que devem ser apresentadas à mãe em situação de entrevista. Caso tenha acesso aos processos destas mães será possível recolher a informação para o preenchimento da segunda folha através da consulta desses processos. Caso tal não seja possível ou não seja fácil o acesso aos processos, pergunte à mãe. Todas as questões devem ser colocadas de um modo natural, sem que pareça um *interrogatório* e no final deve agradecer pela colaboração prestada].

Anexo 4



Código _____

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE ASPECTOS LIGADOS À SITUAÇÃO DE RISCO DO BEBÉ

1. Porque é que o seu bebé está internado na Neonatologia?

2. Quando é que soube que o seu bebé ia precisar de cuidados especiais?

3. Há algum aspecto do comportamento do bebé que lhe chama a atenção?

4. Acha que o bebé segue o som?

5. Acha que o bebé fixa a sua cara?

6. Há alguma coisa que a preocupe em relação ao estado do seu bebé?

7. Na sua família existem alguns hábitos especiais em relação a bebés prematuros / doentes?

8. Como é que imagina a sua vida com este filho/a daqui a 5 anos?

Anexo 5



ESCALA DE INVESTIMENTO PARENTAL NA CRIANÇA

(Bradley, Whiteside-Mansell, & Brisby, 1997; Versão Portuguesa: S. Gameiro, M. Moura-Ramos e M. C. Canavarro, 2006)

Nome: _____

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões acerca de aspectos relacionados com o investimento parental na criança. Assinale, para cada afirmação, o número que melhor indica o quanto concorda ou discorda com essa afirmação. Por favor, preencha todos os itens. Use as seguintes categorias de resposta:

1 – Concordo fortemente 2 – Concordo 3 – Discordo 4 – Discordo fortemente

1.	Criar uma criança é tão exigente. Estou deseioso/a por um tempo mais tardio na minha vida em que possa ter tempo para mim.	1	2	3	4
2.	Estou sempre a gabar-me acerca do/a meu/minha filho/a aos meus amigos e família.	1	2	3	4
3.	Se se elogiam muito as crianças, elas tornam-se vaidosas.	1	2	3	4
4.	Gostaria que o/a meu/minha filho/a se apressasse e aprendesse a fazer mais coisas por ele/a mesmo/a. Dessa forma não teria de fazer tanto por ele/a.	1	2	3	4
5.	Levo fotografias do/a meu/minha filho/a comigo para onde quer que vá.	1	2	3	4
6.	Os bebés têm de aprender que não podem receber colo sempre que choram.	1	2	3	4
7.	Desde que o/a meu/minha filho/a chegou, sinto que não tenho qualquer privacidade.	1	2	3	4
8.	Frequentemente dou por mim a pensar acerca do/a meu/minha filho/a.	1	2	3	4
9.	A maior parte dos pais parece demasiado preocupada de que o/a seu/sua filho/a se possa magoar.	1	2	3	4
10.	Tive que desistir de fazer muitas coisas de que gosto apenas para tomar conta do/a meu/minha filho/a.	1	2	3	4
11.	Agarrar e mimar o/a meu/minha filho/a é mais divertido do que a maior parte das outras coisas que faço.	1	2	3	4
12.	As crianças têm simplesmente que aprender a ajustar-se ao barulho e luzes de uma casa.	1	2	3	4
13.	Às vezes gostava que as pessoas estivessem tão interessadas em mim como estão no/a meu/minha filho/a.	1	2	3	4
14.	Gosto de ir a lugares de que o/a meu/minha filho/a vai gostar.	1	2	3	4
15.	Muitos pais agarram e dão colo em demasia às suas crianças.	1	2	3	4
16.	Tem sido difícil lidar com as exigências colocadas à família por esta criança.	1	2	3	4
17.	É mais divertido comprar algo novo ao/à meu/minha filho/a do a mim próprio/a.	1	2	3	4
18.	É normalmente um incómodo demasiado grande ir com o/a meu/minha filho/a às compras.	1	2	3	4
19.	A maior parte das vezes em que saio de casa levo o/a meu/minha filho/a comigo.	1	2	3	4

Anexo 6



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

Esta investigação insere-se no âmbito de uma tese de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, na área de Sistémica, Saúde e Família, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e tem como objetivo analisar a aplicabilidade da Escala de Investimento Parental na Criança no contexto angolano.

A participação neste estudo é **VOLUNTÁRIA** e será garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados. Neste sentido, não será requerida a sua identificação (nome) em nenhum momento da investigação e os dados serão posteriormente inseridos numa base de dados para tratamento estatístico dos dados, com atribuição de um código a cada participante. A sua colaboração neste projeto é de extrema importância, uma vez que permitirá refletir sobre o investimento materno em Angola.

Os questionários a que vai responder, não oferecem respostas certas nem erradas, sendo-lhe apenas solicitado que responda segundo o que melhor descreve a sua opinião. Por favor, leia com atenção todos os itens, responda e sem deixar qualquer em branco.

A equipa deste projeto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração.

Consentimento

Eu.....,declaro ter sido informado sobre esta investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade. Assim, aceito responder ao protocolo que me foi apresentado.

Lubango,....dede 2011

.....

Anexo 7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item 1 EIPC	42,86	49,234	,380	,823
EIPC2_rec	42,65	49,446	,562	,812
Item 3 EIPC	42,83	52,627	,283	,826
Item 4 EIPC	42,80	47,605	,599	,808
EIPC5_rec	42,93	50,273	,320	,826
Item 6 EIPC	42,59	51,486	,335	,824
Item 7 EIPC	42,86	49,994	,481	,816
EIPC8_rec	42,16	49,150	,504	,815
EIPC11_rec	42,05	48,251	,559	,811
Item 12 EIPC	42,21	48,802	,557	,812
Item 13 EIPC	42,66	45,897	,726	,800
EIPC14_rec	42,33	50,728	,287	,829
Item 15 EIPC	42,79	53,840	,198	,829
Item 16EIPC	42,91	50,638	,375	,822
EIPC17_rec	42,05	50,327	,490	,816
Item 18 EIPC	42,65	49,446	,520	,814
EIPC19_rec	42,68	52,121	,179	,836