



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Investimento no bebé em mães angolanas que sofreram perdas perinatais anteriores

Florença da Silva Daniel Sachilombo
(flopsachilombo@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Subárea de especialidade de Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Professora Doutora Maria João Seabra Santos

Investimento no bebé em mães angolanas que sofreram perdas perinatais anteriores

Resumo

Perder um bebé, em qualquer situação, causa sempre muita dor, muito sofrimento e aflição, embora somente nas últimas quatro décadas se tenha reconhecido a importância desta problemática. Trata-se de uma situação traumática, que pode comprometer o funcionamento da mãe e a sua capacidade de investir em gestações subsequentes. O presente trabalho teve como principais objetivos: 1) caracterizar a situação de perda perinatal; 2) perceber se perdas perinatais anteriores influenciam a mãe angolana no investimento num filho subsequente às perdas; 3) estudar características psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança, numa amostra de mães angolanas. Participaram 80 mães angolanas de bebés com 7 a 45 dias de vida, tendo 40 mulheres sofrido perdas perinatais anteriores e sendo as restantes 40 mães sem perdas anteriores, constituindo o grupo de controlo. Foi feito um estudo quantitativo transversal, utilizando como instrumentos um Questionário Demográfico, um Questionário Geral sobre Gravidez e Nascimento, um Questionário para a Avaliação de Aspetos ligados a Perda Anterior e a Escala de Investimento Parental na Criança. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras quanto ao investimento materno no bebé. Os resultados relativos à validade interna dos itens e à consistência interna da EIPC evidenciam valores inferiores, em comparação com um estudo português. Os resultados são discutidos pondo em evidência algumas especificidades culturais da amostra estudada.

Palavras-chave: perdas perinatais, luto, investimento parental, Escala de Investimento Parental da Criança.

Investment in a new child of Angolan mothers who have previously lost a baby

Abstract

Losing a baby in any situation always causes pain, suffering and distress, although the importance of this issue has only been recognized for the last four decades. It is a traumatic situation, which can compromise the functioning of the mother and her ability to invest in subsequent pregnancies. The main goals of this study were: 1) to characterize the situation of neonatal loss in an Angolan sample; 2) to understand if previous losses influence Angolan mothers' investment in a subsequent child; 3) to study some psychometric characteristics of the Parental Investment in the Child Scale in a sample of Angolan mothers. Eighty Angolan mothers participated in the study, having babies between 7 and 45 days old. Forty of the women had had previous loss experiences; the other forty didn't suffer any previous loss and made up the control group. A cross-sectional quantitative study was conducted. The instruments used were a Demographic Questionnaire, a General Questionnaire on Pregnancy and Birth, a Questionnaire to Evaluate Features related to Previous Loss and the Parental Investment in the Child Scale. Results show no statistically significant differences between the two subsamples in terms of maternal investment in the new baby. Results related to the internal validity of the items and to the internal consistence of the PICS produced low values, compared to a Portuguese study. The results are discussed highlighting some cultural specificities of the sample studied.

Key words: perinatal losses, mourning, parental investment, Parental Investment in the Child Scale.

Agradecimentos

Agradeço a Professora Doutora Maria João Seabra Santos pela paciência e dedicação na orientação deste trabalho.

A todos os docentes da Universidade de Coimbra e da UPRA que tornaram possível a formação do Mestrado Integrado em Psicologia na Subespecialidade de Sistémica, Saúde e Família em Angola.

A todos os meus colegas do Curso pelas experiências e amizades trocadas ao longo da nossa formação.

A todas as mães que aceitaram colaborar neste trabalho, preenchendo os protocolos.

Ao meu marido e filhos que me incentivaram nas horas difíceis com esperança e firmeza.

E a todos os que me ensinaram que a aprendizagem é um processo contínuo...

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento Conceptual.....	2
1. Investimento Parental.....	2
2. As Perdas por Morte de uma Pessoa Próxima.....	5
2.1 Perdas Perinatais.....	5
3. O Processo de Luto e o Investimento em Gestações Futuras.....	7
3.1 Processo de Luto por Morte Perinatal.....	7
3.2 Processo de Luto Normal.....	8
3.3 O Luto Patológico.....	9
3.4 Luto Perinatal e Gestações Futuras.....	10
3.5 A Vinculação ao Feto e ao Bebê.....	11
II - Objetivos.....	12
III - Metodologia.....	13
3.1. Amostra.....	13
3.2 Instrumentos.....	16
3.3 Procedimentos.....	16
3.4 Tratamento Estatístico dos Dados.....	17
IV- Resultados.....	17
4.1 Variáveis Relativas à Situação de Perda.....	17
4.2 Consistência Interna da Escala de Investimento Parental na Criança.....	18
4.3 Estatística Descritiva da Escala de Investimento Parental na Criança.....	20
4.4 Comparação entre as Subamostras quanto ao Investimento Materno na Criança.....	20
V - Discussão.....	21
VI - Conclusões.....	24
Bibliografia.....	26
Anexos	

Introdução

No mundo atual tem-se dado muita importância ao investimento parental, relacionado com as tarefas do adulto no cumprimento das suas obrigações de pai/mãe, visando um ótimo desenvolvimento da criança. O investimento parental é definido por Trivers (1974, cit. por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura- Ramos, p. 78) como “qualquer investimento que o indivíduo faz em cada descendente, aumentando as suas hipóteses de sobrevivência, à custa da capacidade de investir noutros descendentes, atuais ou futuros”. Este investimento constitui um processo progressivo, que se inicia com o planeamento da gravidez e continua com o nascimento e o cuidar da criança (Keating & Seabra, 1994).

A gravidez é um momento especial na vida de uma mulher, uma experiência única para si própria, para o seu companheiro e para a família, em geral (Rolim & Canavarro, 2001). Conduz a mudanças. Leva à descoberta de emoções e competências. Cria novos sentimentos e novas expectativas. Novas identidades, novos significados existenciais, novos papéis. Muito antes do nascimento, existe uma forte união entre a mãe e o bebé, a mãe sente o seu filho como fazendo parte de si, partilhando consigo uma história de vida íntima e exclusiva (Bibring, 1959, cit. por Klaus & Kennel, 1982)

Esta ligação afetiva é fortalecida ao longo da gravidez, normalmente a partir do segundo trimestre, altura em que os movimentos fetais começam a ser percebidos. O bebé é imaginado pela mãe segundo os seus projetos e fantasias: um bebé saudável e perfeito sobre o qual recai todo o seu amor incondicional, preparando-se a mãe para posteriormente lhe sustentar a vida, o seu desenvolvimento, bem como a sua personalidade (Keating & Seabra, 1994).

Quando o bebé nasce, a mãe relaciona as suas fantasias com o bebé real e perde o imaginado, adequando as suas expectativas ao bebé que já nasceu. Esta perda é normal, pois, segundo Keating e Seabra (1994) o processo de separação marcado pelo nascimento do bebé real "vai permitir a individuação e a autonomização da personalidade da criança no futuro, que é a essência do desenvolvimento" (p. 292).

Outras perdas mais dramáticas ocorrem quando o bebé efetivamente morre, durante a gravidez ou logo após o nascimento. A perda de um filho é um processo traumático (Bur, 1991, cit. por Keating & Seabra 1994), representando a perda de uma figura vinculativa. Trata-se de uma situação suscetível de gerar perturbações psicológicas, como depressão e ansiedade (Bennett et al., 2005, Carrera et al.,1998, Forrest et al., 1996, Scheidt, Waller, Wangler & Hasenburg, 2007, Vance et al., 1995, todos cit. por Fonseca, 2008) que podem prolongar-se no tempo muito para além da perda.

Alguns dos sintomas apresentados anteriormente são normais no período inicial e fazem parte do processo natural de luto. No entanto, estes podem prevalecer durante muito tempo, afetando ou comprometendo o regresso à vida normal, o que pode implicar a necessidade de um acompanhamento psicológico (Rolim & Canavarro, 2001).

A pesquisa realizada foi efetuada no Hospital Materno Infantil Irene Neto do Lubango e teve como principal finalidade compreender se perdas perinatais anteriores afetam o investimento num novo bebé. Este estudo afigura-se-nos relevante na medida em que nos permitirá refletir sobre mecanismos de apoio emocional aos pais, familiares e outros, salvaguardando a relação vinculativa entre a mãe e o bebé, de modo a prevenir perturbações da relação com eventuais repercussões futuras na saúde mental do bebé.

Este trabalho possui a seguinte estrutura: uma introdução, seis capítulos, bibliografia e anexos. No Capítulo I, procurou-se fazer uma reflexão sobre o investimento parental na criança, a repercussão neste investimento quando ocorre uma perda, fazendo-se referência aos diferentes tipos de perda bem como à influência do luto decorrente destas perdas nas futuras gestações. No Capítulo II são apresentados os objetivos e as hipóteses de trabalho. O terceiro capítulo é dedicado à Metodologia da investigação, versando sobre a descrição da amostra, instrumentos e procedimentos adotados para a recolha e tratamento dos dados. O quarto capítulo contempla os resultados. O capítulo cinco é dedicado à discussão, onde se faz a reflexão sobre os resultados e articulação com os dados contemplados na revisão da literatura. No sexto capítulo expõem-se as conclusões, que condensam o que de essencial se pode retirar do trabalho que se apresenta, incluindo uma reflexão sobre as respetivas limitações e possibilidades de estudos futuros.

I – Enquadramento Conceptual

1. Investimento Parental

Vários estudos consideram o estabelecimento de relações afetivas como uma das primeiras tarefas para o desenvolvimento das crianças (Keller, 2000, cit. por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos 2008). A ligação afetiva pode ser definida como “um relacionamento entre duas pessoas, sendo específica e duradoura ao longo do tempo” (Ministério da Saúde, 2002 p. 38). Neste contexto, Winnicot (1948, cit. por Gomes-Pedro, 1985), enfatiza o papel da ligação mãe-filho, afirmando que a mãe “existe, continua a existir e está lá para ser sentida de todas as formas possíveis” (p. 38).

Segundo Rolim e Canavarro (2001) a gravidez é um período que leva a mulher a experienciar momentos únicos, que se estendem ao seu companheiro bem como à família em geral. Desde o início a mulher sente-se ligada ao bebé de forma recíproca, com novas exigências e necessidades em relação ao bebé que ela espera e aos demais que a rodeiam (Klaus & Kennell, 1982). Assim, a partir do segundo trimestre de gravidez a mulher começa a perceber alguns movimentos do feto no seu ventre, que vão servir de base para a constituição da identidade do bebé, passando a mãe a atribuir-lhe algumas características (Klaus & Kennell, 1982). Normalmente é nesta altura que a mulher grávida começa a frequentar as consultas de seguimento

e a vigiar a gravidez (Cusminsky et al.,1986). A avaliação pré-natal permite proteger o bebé e a mãe durante a gestação, através de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, favorecendo a saúde da mãe e do bebé (Pastoral da Criança, 2009). Assim, alguns autores, como Goldstein, HeimDiener e Mangelsdorf (1999, citados por Rolim & Canavarro, 2001) referem a importância da avaliação das experiências pré-natais e durante o pós-parto como determinantes da qualidade do comportamento materno.

Várias circunstâncias envolvem a interação mãe-bebé, algumas delas relacionadas com a própria mãe, outras com o bebé e o contexto sociocultural. No que diz respeito à mãe, a idade, o nível socioeconómico, o grau académico e a paridade, por exemplo, influenciam o comportamento da mãe na interação com o seu bebé e determinam a qualidade dessa interação (Figueiredo, 2001). Neste contexto, as mães adultas prestam maior atenção às necessidades dos seus bebés, são mais responsivas e adequam-se melhor às suas manifestações do que as mães adolescentes (Barratt & Roach,1995, Brooks-Gunn & Fustenberg,1986, Field, Widmayer, Stringer, & Ignatoff, 1980, Fry,1985, Landy et al.,1983, Osofsky & Eberhart-Wright, 1992, Ragozin Bashan, Crnic, Greebergh, & Robinson, 1982, todos cit. por Figueiredo, 2001).

O contexto sociocultural influencia de igual forma a interação da mãe com bebé. Embora não haja diferenças significativas no que respeita ao contacto físico e emocional, verifica-se que as mães pertencentes a um nível médio/elevado interagem mais com os seus bebés que as de nível baixo. O mesmo se pode dizer quanto ao nível de escolaridade. Na perspectiva de Bornestein & Tamis-LeMonda (1994, cit. por Figueiredo, 2001), as mães com um nível de escolaridade mais alto interagem mais e melhor com os seus bebés. Alguns autores referiram-se à paridade e observaram que as mães múltiparas são mais cuidadosas e mais experientes que as primíparas (Fish & Stif, cit. por Figueiredo, 2001).

Os bebés podem também criar dificuldades na interação, devido ao seu temperamento. Neste sentido, alguns bebés são referidos como possuindo um temperamento difícil, caracterizado por sinais de irritabilidade (choro intenso, por exemplo). Este comportamento do bebé torna a mãe menos disposta a interagir com ele, pode diminuir os aspetos relacionais afetivos e responder menos às expressões emocionais do bebé, ainda que sejam positivas (Vand den Bloom & Hoeksma, 1994 cit. por Figueiredo, 2001).

Além destes fatores, Doan e Zimmerman (2003, cit. por Schmidt & Argimon, 2009), fizeram referência a outros que também influenciam a relação mãe bebé, como a empatia, ansiedade e depressão, atitudes tomadas relativamente à gravidez, experiências vivenciadas durante a gravidez, o apoio externo percebido, o facto de a gravidez ter sido planeada ou não, a qualidade da relação conjugal, os sintomas físicos durante a gestação ou a ocorrência de perdas perinatais. No entanto, de entre as variáveis indicadas, as que mais potenciam as relações afetivas estão relacionadas com o tempo da gestação, a perceção dos movimentos fetais, a história da evolução da gravidez e a história do modo como se desenvolveu a própria mãe, isto é, se

beneficiou de cuidados na infância ou se teve uma infância conturbada, desprovida de afeto e com privações (Cohen, 1966, cit. por Klaus & Kennel, 1982).

Para caracterizar a relação da criança com a mãe, Bowlby utilizou, pela primeira vez, em 1958, o termo "vinculação" (cf. Gomes-Pedro, 1985), tendo, em 1969, definido o sistema de vinculação da criança como "um conjunto de comportamentos organizados que permitem à criança manter a proximidade em relação à figura de vinculação ou principal cuidador (comportamentos de vinculação)" (Bowlby, cit. por Gameiro et al., 2008, p. 78). Para Guedeney e Guedeney (2004), a relação de vinculação surge de forma natural, podendo sofrer influências do meio, visando a sua modelação. No sistema de vinculação a criança procura obter sustento, conforto, apoio e proteção da figura vinculativa (Guedeney & Guedeney, 2004), pois que ela depende da figura cuidadora, da sua sensibilidade e responsividade (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, cit. por Gameiro et al.). Neste processo o adulto apresenta-se como prestador de cuidados e a criança como aquela a quem se prestam os cuidados. Desta forma, segundo a perspetiva evolucionária, os pais têm um papel relevante no desenvolvimento psicossocial dos seus filhos e os cuidados parentais são encarados como "um investimento que estes realizam de forma individual e diferencial em cada um dos filhos" (Clutton-Brock, 1991, cit. por Gameiro et al., p. 78). Este investimento tem a ver com a melhor forma de agir dos pais a favor dos interesses do filho, como, por exemplo, a alegria e prazer que a mãe/pai sente, quando está com o seu filho, a maneira como toca e olha para ele, a sensibilidade e responsividade quanto às necessidades da criança, a preocupação virada para o seu bem-estar e, sobretudo, a aceitação do papel parental (Gameiro et al., 2008).

No âmbito da psicologia de desenvolvimento da criança, o investimento relaciona-se com a maneira como o adulto assume o seu papel de mãe/pai, para que a criança possa desenvolver-se em ótimas condições.

Os pais que investem mais nos seus filhos e são mais sensíveis às suas necessidades, desenvolvem neles relações seguras de vinculação o que é salutar, na medida em que, futuramente, estes filhos podem desenvolver relações positivas não só com os próprios progenitores, mas também com outras pessoas significativas. Na perspetiva de Belsky (1997, cit. por Gameiro et al. 2008), os pais com poucos recursos ou em condições de stress investem menos nos seus filhos e desenvolvem fracas relações emocionais e, conseqüentemente, uma relação de vinculação menos segura com eles. Este comportamento pode prolongar-se de forma transgeracional (Lebovici, 1987, Kretchmar & Jacobitz, 2002, Wachter, 2002, Holz & Nunes, 2005, Weber, Selig, Bernardi, & Salvador, 2006, todos cit. por Schmidt & Argimon, 2009), sendo preciso que se alterem os comportamentos da geração anterior para que haja mudança de atitudes nas gerações seguintes (Belsky, 1984, Bronfenbrenner, 1979, todos cit. por Gameiro et al., 2008). Autores como Brazelton (1988) e Winnicott (1999), defendem que toda a mãe está capacitada a cuidar do seu bebé desde que esteja envolvida emocionalmente com ele, confie nas suas ações e se dedique a ele. Para Brazelton (1981, p.

24) “uma mãe tem reações profundamente arreigadas, com as quais responderá ao seu bebé”. Estudos recentes associam a esta capacidade a autoestima e a boa saúde da mãe, considerando-as essenciais para o estabelecimento de boas relações vinculativas seguras com o seu bebé (Falcone, Mader, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005).

Sintetizando, realça-se que “a maternidade não é só um processo biológico mas também uma experiência psicológica única, através da qual é dada à mulher a oportunidade de experimentar um sentido real de imortalidade” (Deutesch, citado por Gomes-Pedro, 1985, p. 22). Por vezes este sentido de imortalidade é interrompido por perdas perinatais, ou seja, mortes que ocorreram durante a gravidez, no parto ou nas primeiras semanas após o parto.

2. As Perdas por Morte de uma Pessoa Próxima

Uma perda é sempre motivo de dor e sofrimento. E apesar do estabelecimento de relações afetivas e de todo o investimento que os pais possam fazer num filho pode, ocasionalmente, ocorrer uma perda. Bowlby (1980, cit. por Rolim & Canavarro, 2001) faz referência ao impacto da privação ou perda de uma figura de vinculação no desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Embora debruçando-se sobretudo nas reações emocionais da criança face à perda de uma figura vinculativa e na forma como esta mesma criança responde emocionalmente a essa perda, o autor referiu-se de igual modo aos adultos, quando passam também por uma experiência similar. Neste domínio, reconhece-se que “quanto mais longo é o período de gestação ou mais idade tiver o bebé, mais forte é a ligação da mãe ao filho e, conseqüentemente, maior é o sofrimento causado pela sua perda” (Bluglass, 1984, cit. por Rolim & Canavarro 2001, p. 259). Este assunto revela-se controverso na medida em que alguns autores defendem que o modo como a mulher lida com uma perda tem a ver com o seu grau de envolvimento, particularmente, depois das experiências do movimento fetal (Honjo et al, 2003, Righetti, Dell Avanzo, Gugio & Nicolini, 2005, cit. por Gomes & Leal 2007). Ainda segundo Klaus e Kennel (1982, p. 144), a reação à perda depende da relação afetiva dos pais com o bebé desde “o planeamento da gestação, confirmação da gestação, aceitação da gestação, movimento fetal, aceitação do feto como um indivíduo, nascimento, ouvir e ver a criança, tocar e segurar na criança, cuidar dela”.

2.1 Perdas Perinatais

São consideradas perdas perinatais aquelas que ocorrem no período que começa na vigésima semana (154 dias) de gestação, altura em que o peso do bebé é de aproximadamente 500g e termina sete dias após o nascimento, incluindo as mortes fetais, que ocorrem no útero, antes ou durante o trabalho de parto, e as mortes neonatais que ocorrem na primeira semana após o nascimento (Fonseca, 2008).

As mortes de recém-nascidos normalmente acontecem por motivo de Apgar baixo ao nascer, doença, prematuridade, baixo peso ao nascer e ou

anomalias congénitas (Vidal, 2010). Podem ser observadas outras causas como a Síndrome da Morte Súbita, a Síndrome das Dificuldades Respiratórias, além de problemas causados por complicações durante a gravidez (Rolim & Canavarro, 2001). A mortalidade perinatal pode estar relacionada com condições precárias do sistema de saúde e saneamento básico, bem como das de habitação e educação (Rodrigues, 2002, cit. por Rodrigues, 2009).

Estes problemas de saúde implicam para a mãe e/ou pai e outros familiares a permanência numa unidade de cuidados intensivos com o bebé aí internado. Os pais lidam com diferentes profissionais que cuidam dos bebés recém-nascidos em condições de risco e aprendem que não há garantias de sobrevivência nem uma previsão do tempo de vida do bebé, e que os profissionais fazem tudo para salvá-lo (Barros, 2001).

Quando nasce um bebé na condição de pré-termo, este vai logo para a incubadora com aparelhos de monitorização, ficando limitado o contacto precoce com a mãe. Este facto torna o processo de vinculação complicado, primeiro porque os laços afetivos não se estabeleceram de uma forma sólida ao longo da gravidez, e segundo porque o bebé é afastado da mãe logo à nascença. De acordo com Biscaia (1996, citado por Rolim & Canavarro, 2001, p. 264), “as possibilidades de reanimação e ventilação neonatais tornaram possível realizar intervenções médicas e cirúrgicas até há pouco impensáveis, mas criaram patologias da relação até aqui inexistentes”.

As perdas perinatais passaram a ser reconhecidas pelos profissionais da saúde como significativas para os pais somente a partir da década de setenta do século passado, altura em que o luto subjacente a estas perdas foi equiparado ao da uma perda de uma figura significativa (Badenhorst & Hughes, 2007, cit. por Fonseca, Nazaré, Pedrosa & Canavarro, s. d.).

Por outro lado, os pais podem sofrer não só pela perda do seu filho, sobre o qual criaram todas as expectativas, mas também por falta de apoio da rede social que, por vezes, desvaloriza o acontecimento ou então tem dificuldades em expressar sentimentos de pesar aos pais, que não chegaram a ter essa identidade reconhecida (Brownlee & Oikonen, 2004, Willick, 2006; Wing, 2002, todos cit. por Fonseca Nazaré, Pedrosa & Canavarro, s. d.). Nestas circunstâncias eles correm riscos de desenvolver sintomas psicopatológicos como ansiedade e depressão (Fonseca, 2008) ou pânico alguns meses após a perda (Burgoine, Vankirk, Romm, Edelman, cit. por Carvalho & Meyer, 2007). No caso de uma morte súbita, por exemplo, os pais podem, inicialmente, experimentar um período de torpor ou embotamento, agindo como que se nada tivesse acontecido e mais tarde manifestarem-se deprimidos, indiferentes “com sensação de futilidade” (Klaus & Kennel, 1982, p. 157) podendo esta situação, ocasionalmente, dificultar a vivência do luto pelas pessoas afetadas. Segundo Vidal (2010) perdas desta natureza são difíceis de ser elaboradas por possuírem características que não se enquadram em nenhum outro tipo de luto patológico (despersonalização, depressão, baixa autoestima, pouca atenção aos cuidados de higiene, hipocondria).

Estes problemas psicopatológicos podem ser minimizados se forem

prestados os melhores cuidados aos pais que sofreram perdas perinatais. Neste sentido, preconiza-se a constituição de uma equipa de profissionais constituída por médicos, enfermeiros e profissionais de saúde mental (Schott, Henley & Kohner, 2007, cit. por Fonseca, Nazaré, Pedrosa & Canavarro, s. d.).

3. O Processo de Luto e o Investimento em Gestações Futuras

O luto é entendido como estado de dor e sofrimento (Rolim & Canavarro, 2001). Para Worden (1991), o luto consiste num conjunto de tarefas de adaptação à perda: isto é, aceitar a realidade da perda para poder elaborar a dor da perda. Isto implica o ajustar-se a um ambiente onde está a faltar a pessoa que faleceu e reintegrar emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida. Grinberg (2000, cit. por Lagarelhos, 2012, p. 4), entende o luto como “um processo dinâmico e complexo que envolve a personalidade total do indivíduo e abarca de um modo consciente ou inconsciente, todas as funções do Eu, as suas atitudes, defesas e, em particular, as relações com os outros”. O ajustamento à vivência do luto é dado pelo triunfo da realidade e resignação do acontecimento. No entanto, é necessário ter em conta o fator tempo para que o processo decorra de forma adaptativa (Lagarelhos, 2012). Tal como foi referido anteriormente, diversos estudos (Carvalho & Meyer, 2007; Fonseca, 2008; Lagarelhos, 2012; Rolim & Canavarro, 2001) revelaram que a maioria dos pais, após vivenciarem uma perda perinatal, apresenta reações emotivas idênticas às manifestadas face à morte de uma pessoa adulta e significativa (ansiedade, depressão, somatizações, sintomas próprios de perturbação obsessivo-compulsiva. Segundo Cousinier e Davis (1996, cit. por Vidal, 2010), algumas mães manifestam sentimentos de substituição do bebé perdido por não ter sido conhecido. Os pais perdem a ideia de que o bebé morreu, negando a realidade da perda. Nestas situações, as mães tendem a viver um tipo de humor ligado ao luto narcísico. Por sua vez, Heller (1999, cit. por Vidal) refere-se aos sentimentos de remorso característicos de uma perda real e não ideal bem como à culpa não consciente, sendo esta a mais importante do ponto de vista psicológico uma vez que pode impedir a formação de novas relações afetivas.

Contudo, antes dos anos 70, o luto por uma perda perinatal não era reconhecido pelos profissionais de saúde, reduzindo a perda a um “não acontecimento”, ignorando os aspetos físicos e emocionais do luto e não fornecendo qualquer tipo de apoio emocional aos pais (Badenhorst & Hughes 2007, Brownlee & Oikonen, 2004, Forrest, Standish & Baum, 1982, todos cit. por Fonseca et al.). Nas últimas décadas, face às evidências da investigação nesta área, deu-se uma mudança no sentido de reconhecer o impacto que a morte perinatal pode ter sobre os pais (Fonseca, Nazaré, Pedrosa & Canavarro, s. d.).

3.1 Processo de Luto por Morte Perinatal

Os pais que perdem um filho durante a gravidez ou o puerpério podem

manifestar respostas emocionais específicas diversas. Por um lado, respostas afetivas, quando expressam sentimentos e emoções como tristeza, apatia, choque, culpa, desamparo, raiva e solidão ou manifestam ansiedade, um dos fatores psicológicos que potencia a ocorrência de novas perdas (Klock, Chang, Hiley & Hill, todos citados por Carvalho & Meyer, 2007). Por outro lado, respostas cognitivas, tais como pensamentos que revelam preocupações com o bebé ou a sensação da sua presença (Rolim & Canavarro, 2001). Outras respostas comuns nestas situações (referidas por Mander, 2005, Yee, 1986, citados por Fonseca, 2008), são alucinações visuais (ver o bebé) ou auditivas (ouvir o choro do bebé), baixa autoestima, falta de memória e dificuldade de concentração. Do ponto de vista comportamental os pais podem manifestar agitação, choro, fadiga e evitar ou procurar locais ou objetos que lembrem a criança (Mander, 2005, Yee, 1986, cit. por Fonseca, 2008). Respostas fisiológicas como a perda de apetite, insónia, queixas somáticas (dores abdominais, sensação de aperto no peito) são também comuns numa situação de perda (Rolim & Canavarro, 2001). É também frequente surgirem algumas dificuldades nas relações interpessoais, como por exemplo, com familiares, amigos, colegas ou ainda em termos espirituais e religiosos quanto ao significado da vida (Rolim & Canavarro, 2001).

Todas as respostas acima referenciadas servem de base para o trabalho de elaboração do processo psicológico da perda, conhecido por luto. O processo de luto consiste numa caminhada pessoal, dolorosa e profunda de adaptação à perda, associada a muito sofrimento. Apesar desta dor intensa, deste sofrimento, existe o lado compensador “capacidade de encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida significativas” (Corr, Nabe, & Corr, 1994, cit. por Rolim & Canavarro, 2001, p. 271). Cumprir com o processo de luto constitui uma forma de o indivíduo se tornar resiliente e melhor lidar com a morte. A vivência do luto deve ser vista como um processo normal, necessário e saudável. Quando não é observado o período de luto, este torna-se patológico e suscetível de desencadear distúrbios psicológicos.

3.2 Processo de Luto Normal

Segundo Bowlby (1969/1982, 1980, cit. por Fonseca, 2008) pessoas adultas que perdem por morte ou separação figuras vinculativas (por exemplo, um filho) podem desenvolver algumas respostas próprias do processo de luto, caracterizadas em quatro fases ou etapas: 1) Fase de protesto: fase em que se manifesta preocupação permanente com a pessoa perdida, alimentando o desejo de um possível reencontro; 2) fase de desespero e de desorganização: etapa em que os pais e familiares se conformam com a situação da perda do bebé e ganham consciência de que a pessoa perdida não vai voltar, manifestando sintomas de ansiedade e depressão (falta de sono e de apetite, isolamento social, profunda solidão e tristeza); 3) fase de torpor: assiste-se a uma resistência em aceitar a perda, apesar de se acreditar na sua realidade; 4) fase de reorganização: fase em que se manifesta a capacidade de aceitar a perda e retomar as atividades rotineiras (reorganiza-se a própria pessoa, adaptando-se à situação).

Os estudos de Bowlby foram retomados por outros investigadores, que posteriormente descreveram e sistematizaram o processo de luto (nomeadamente Ramsey, 1975, Parkes, 1972/1986, Weiner, 1984, cit. por Rolim & Canavarro, 2001) sintetizando-o nas fases ou etapas seguintes: 1) fase de choque e negação, que surge logo após a perda e dura, em média, de um a catorze dias, altura em que a pessoa não acredita no que aconteceu, sente-se só, perdida e apática; 2) fase de desespero e expressão de dor, caracterizada pela tomada de consciência da morte ocorrida; verifica-se o aumento de sintomas depressivos; podem manifestar-se sentimentos de culpa e de raiva, e é habitual nesta fase culpar os profissionais de saúde envolvidos na ocorrência; 3) fase de resolução e reorganização, em que a perda começa a ser aceite, diminuindo a ansiedade e a depressão; a pessoa enlutada recupera o interesse pela vida, pelo trabalho e pelas relações sociais; esta fase pode ter a duração de semanas ou meses.

O processo de luto pode apresentar tonalidades diferentes consoante as pessoas (Keating & Seabra, 1994), em função da presença de fatores de risco, que prolongam o luto, e de fatores de proteção, que facilitam a integração e aceitação da perda. Algumas variáveis que se sabe estarem associadas ao luto por perda de um bebé são, por exemplo, o grau de ligação materno-fetal, o carácter repentino e inesperado do acontecimento, o significado que se dá à experiência e a fase do ciclo de vida em que se encontra o progenitor (Rolim & Canavarro 2001).

A reação inicial dos pais à morte perinatal é muito difícil, na medida em que os pais se veem obrigados a lidar com “duas realidades opostas de nascimento e de morte” (Keating & Seabra-Santos, 1994, p. 295).

Embora a literatura se debruce muito mais sobre as reações maternas do que sobre as paternas, Stinson e colaboradores (1992, cit. por Rolim & Canavarro, 2001) mencionam que os homens sofrem intensamente em situações de perda por morte pré, peri ou neonatal, correndo risco de se exporem ao abuso de álcool como forma de mitigar o problema.

A aceitação da perda e a recuperação emocional constituem um percurso que requer tempo, coragem e resiliência. Para que a pessoa se sinta recuperada da perda é necessária a mobilização dos recursos pessoais e relacionais como mecanismos de proteção contra a depressão crónica (Lasker & Toedter, 1991, cit. por Rolim & Canavarro, 2001).

Nem todas as pessoas respondem às perdas de forma adequada. Algumas têm dificuldade em lidar com a morte e manifestam formas não adaptativas de luto, conhecidas por processo de luto patológico, que a seguir será retratado.

3.3 O Luto Patológico

Geralmente o luto patológico é considerado como inibição ou intensificação dos padrões normais da resposta de luto (Gort, 1984, Middleton, Raphael, Martinek, & Misso, 1993, todos cit. por Fonseca, 2008). Worden (1991) descreveu quatro tipos mais específicos de respostas de luto não-adaptativas: crónicas, atrasadas, exageradas e mascaradas. De acordo com este autor, o “luto crónico” caracteriza-se pela sua persistência

durante muito tempo, tornando difícil o desempenho das tarefas de rotina, que fazem parte da vida normal. O “luto atrasado” ocorre quando as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas. O “luto exagerado” é caracterizado por respostas de intensidade excessiva, que invalidam muito a vida do indivíduo. Finalmente, no “luto mascarado” verificam-se sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades ao indivíduo, sem ele reconhecer que estão ligados à perda sofrida.

Os pais que perdem os seus bebés no período perinatal mostram-se incapazes de lidar com os problemas, consolar o companheiro, ou ainda, criar outros filhos. Sentem-se confusos, com sentimento de raiva e de auto-culpabilização (Rolim & Canavarro, 2001), manifestando sintomas de ansiedade e depressão que, quando se prolongam para além de dois meses após a perda, segundo o D.S.M. - IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*, APA, 2002) permitem estabelecer um diagnóstico diferencial entre luto normal e reação depressiva major.

Alguns pais, quer homens quer mulheres, não buscando apoio clínico, refugiam-se no álcool, o que pode criar quadros clínicos mais complexos. Por vezes, surgem discussões e acusações entre os cônjuges sobre o que poderia ser feito para se evitar a morte da pessoa significativa, o que acarreta um risco acrescido de dissolução do relacionamento (Bluglass, 1984, cit. por Rolim & Canavarro, 2001).

Em geral, as pessoas que sofrem perdas perinatais podem apresentar sintomatologias variadas, incluindo (cf. Fonseca, 2008): depressão e ansiedade; problemas de enquadramento social; dificuldades de coping; somatizações; perturbações somatoformes; sintomas característicos de perturbações obsessivo-compulsivas; disfunções psicosexuais; e reações de culpa ou hostilidade. Em situações mais extremas a pessoa pode manifestar sintomatologia característica da Perturbação de Stress Pós-Traumático (de acordo com a D.S.M.-IV), que inclui: 1) reexperiência do acontecimento traumático através de pesadelos, lembranças intrusivas e recorrentes do acontecimento, exposição a estímulos associados ao acontecimento, preocupações constantes, *flashbacks* dissociativos; 2) evitamento de todos os estímulos e situações associados ao acontecimento traumático, contando que estes conduzam às mesmas emoções que o acontecimento original; 3) ativação aumentada, provocando dificuldades em adormecer, irritabilidade, dificuldades de concentração e hipervigilância. Segundo Speckhard (1997, citado por Rolim e Canavarro, 2001), quando isto se verifica é indicador da existência de “respostas de luto complicadas com respostas traumáticas”, carecendo de intervenção clínica.

3.4 Luto Perinatal e Gestações Futuras

O estudo sobre a relação entre a perda perinatal e as gestações futuras teve o seu início na década de 80, com os trabalhos de Bourne e Lewis (1984, cit. por Vidal, 2010). A investigação nesta área revela que a situação do luto perinatal pode desencadear diferentes reações emocionais maternas, as quais podem potenciar as perturbações no estabelecimento de relações afetivas com os bebés subsequentes à perda, sobretudo quando o luto não foi

completamente elaborado ou foi mal elaborado. Assim, o filho resultante da nova gravidez dará impressão de substituir o filho perdido, podendo servir de defesa contra a depressão da mãe e contra a elaboração do luto (Hanus, 1982, cit. por Keating & Seabra, 1994; Vidal, 2010).

Segundo Rolim e Canavarro (2001) o processo de luto tem duração de cerca de um ano. Caso não se cumpra com esse período e a mulher engravide de novo, o luto pode ser atrasado ou inibido. Assim, a mãe pode correr o risco de voltar a desenvolver o trabalho de luto no período neonatal e não fazer um investimento afetivo adequado no novo bebê, podendo, de uma maneira inconsciente, viver as expectativas e imaginações criadas em torno da criança perdida (Keating Seabra-Santos, 1994).

Neste sentido, a nova gravidez constituiria um impedimento para a elaboração do luto, o que iria constituir um fator de risco, dado que a mãe, nesta altura, iria apresentar níveis de ansiedade maiores, em comparação com a gravidez anterior. Assim, a mãe pode desenvolver sentimentos negativos sobre a nova gravidez, sentimentos de auto culpabilização, julgando-se fracassada e incapaz de gerar um filho (Vidal, 2010).

Portanto, o luto pode interferir na nova gestação na medida em que a mulher em trabalho de luto tem o organismo muito sensível, podendo sofrer uma nova perda. De acordo com Vidal (2010), ela conserva um estado de luto emocional não consciente que pode gerar uma depressão neurótica e influenciar negativamente a gravidez subsequente. De acordo com Klock, Chang, Hiley e Hill (1997, cit. por Carvalho & Meyer, 1997), a ansiedade pode potenciar a ocorrência de novas perdas o que constitui um fator de risco para as futuras gestações.

Não obstante, outros autores como Hérbert (1991, citado por Sá, 2004) refere que o nascimento de um novo filho, ao estabelecer a diferença entre a criança que acaba de nascer e o bebê perdido, pode permitir aos pais fazerem um novo investimento afetivo, contribuindo assim para a conclusão do luto e para a criação de um vínculo normal entre a mãe e o filho.

Por conseguinte, em geral a literatura tende a considerar que uma perda anterior, com um processo de luto por completar, constitui um fator de risco para uma futura gravidez e para um futuro investimento emocional (Rolim & Canavarro, 2001). Contudo, caso o processo de luto seja vivenciado de forma adaptativa, uma nova gravidez pode servir de reforço para a mãe processar de forma adequada os aspetos emocionais ligados à perda anterior (Rolim & Canavarro, 2001).

3.5 A Vinculação ao Feto e ao Bebê Subsequente a uma Perda Anterior

A gravidez que se segue a uma perda perinatal é vista como forma de minimizar os sentimentos de fracasso materno, para elaborar o trabalho de luto anterior e também como mecanismo de defesa face ao desenvolvimento de alguma patologia mental. Ainda assim, como indicado neste trabalho, a mãe com perdas perinatais anteriores está propensa a desenvolver problemas psicopatológicos, tais como depressão (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2001; Fonseca, 2008; Lagarelos, 2012; Vidal, 2010). As mães que sofrem de depressão desenvolvem sentimentos negativos e interagem pouco com os

seus bebês e são menos sensíveis às necessidades e à realidade inerente ao próprio bebê. Mostram-se incapazes de interagir com os seus bebês frente às suas necessidades de momento (e.g. Anthony, 1983, Bettes 1988, Cohler et al., 1970, Field et al. 1989, Murray & Stein, 1991, Tammin & Salmelin, 1991, todos cit. por Figueiredo 2001). Este comportamento é contrário à vinculação mãe-bebê na medida em que a mãe se mostra apática face ao comportamento do bebê, despende poucos esforços no envolvimento (e.g. Cohn et al., 1986, Field et al., 1989, cit. por Figueiredo, 2001) e procura falar menos do seu bebê (e.g. Bettes 1998, Murray et al. 1993, cit. por Figueiredo, 2001). A mãe deprimida manifesta indisponibilidade emocional e também se mostra insensível às necessidades do seu bebê, na medida em que os seus recursos tendem a ser mobilizados a favor da resolução dos seus próprios problemas, criando obstáculo para o desenvolvimento da criança (Schaffer, 1989, cit. por Figueiredo, 2001). Assim, uma grande ambivalência se verifica na vinculação entre a mãe e o filho subsequente à perda: por um lado estão os sentimentos de bebê substituído e da vulnerabilidade face à gravidez e ao novo bebê, por outro, a preocupação de ver seus problemas resolvidos. Desta forma, a vinculação é como que atacada pelo sentimento de culpa da própria mãe pela morte do filho. Segundo Lopes (1996) esta culpa será vivida de forma recorrente, gerando confusão de sentimentos. Daí que as fases que serviriam para reparar a perda sofrida fracassem, se oponham à vinculação, negando assim um espaço interior na mãe, para este novo bebê (Vidal, 2010).

II - Objetivos

No âmbito do estudo do investimento no bebê em mães angolanas com perdas de filhos anteriores, formulou-se como problema de investigação o seguinte: qual a disponibilidade destas mães para investirem no novo bebê? Tendo em conta o problema definiu-se como objetivo geral caracterizar o processo de investimento no bebê em mães angolanas com perdas perinatais anteriores. Em função do objetivo geral traçado foram considerados os seguintes objetivos específicos:

- 1- Caracterizar e comparar o perfil sociodemográfico de mães com perdas perinatais anteriores com o de mães que não sofreram este tipo de perdas.
- 2- Avaliar o modo como mães angolanas percebem variáveis relacionadas com o processo de gravidez e nascimento.
- 3- Avaliar e caracterizar a situação da perda anterior.
- 4- Estudar propriedades psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança, numa amostra de mães angolanas.
- 5- Estudar a existência ou não de divergências quanto ao investimento materno no bebê em mães que perderam e em mães que não perderam bebês anteriormente.

Após a revisão bibliográfica e tendo em consideração que a perda de uma gestação, de um bebê ou futuro filho, pode afetar os sentimentos dos pais com relação a possíveis gestações futuras (Bowlby 1973/ 1998, cit. por Carvalho & Meyer, 2007), estabelecemos como hipótese de trabalho que:

H1: As mulheres que sofreram perdas anteriores revelam níveis diferentes de investimento no novo bebé, por comparação com mães sem perdas;

H.1.1: Mais especificamente, as mães que sofreram perdas anteriores revelam graus mais baixos de investimento no novo bebé que as mães que não sofreram este tipo de perdas.

III - Metodologia

Nesta secção apresentar-se-á a caracterização da amostra que serviu de base ao trabalho, os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos de recolha e análise dos dados.

3.1 Amostra

A amostra que serviu de base à realização do presente trabalho foi constituída por 80 mães angolanas, com idades compreendidas entre os 17 e os 46 anos, que aceitaram participar deste estudo. Estas mães foram selecionadas em função da sua disponibilidade para colaborar (amostra de conveniência), constituindo-se dois grupos de quarenta mães cada, sendo o primeiro constituído por mães que sofreram uma ou mais perdas perinatais anteriores e o segundo, de controlo, constituído por mães sem este tipo de perdas. A recolha de dados ocorreu no Hospital Materno Infantil Irene Neto do Lubango, de Outubro de 2011 a Abril de 2012, durante as consultas de Puericultura, na altura em que as mães levavam os seus bebés pela primeira vez ao peso. Assim, a idade dos bebés oscila entre os 7 e os 45 dias.

As características sociodemográficas de ambos os grupos encontram-se descritas no Quadro 1.

No que respeita à idade das mães verifica-se que esta se situa maioritariamente na casa dos 20 anos para ambas as subamostras. A análise comparativa entre os dois grupos permite identificar um valor de p próximo do limiar de significância estatística, $t(78) = 1.98$, $p = .051$, o que significa que as mães que sofreram perdas perinatais são tendencialmente mais velhas do que as de controlo.

Quanto à variável estado civil, a maioria das mães vive em união de facto. Existe apenas uma situação de separação, que não se considerou na comparação entre os dois grupos. Comprova-se que as duas subamostras são equivalentes, isto é, não diferem quanto a esta variável, $\chi^2(1, N=79) = .48$, $p > .05$.

No tocante às habilitações literárias, como há poucas mães com estudos superiores (somente 4 em ambos os grupos) juntou-se estas às de escolaridade entre 10^a-12^a classes para fazer a comparação entre as duas subamostras. No que diz respeito a esta variável as mães encontram-se distribuídas de uma forma bastante homogénea pelas categorias 1^a a 6^a classes, 7^a a 9^a e 10^a a 12^a ou Superior, em ambos os grupos. Concluiu-se que, quanto às habilitações escolares, não há diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras, $\chi^2(3, N=80) = .65$, $p > .05$.

Quanto ao nível socioeconómico, verifica-se um predomínio de mães de nível baixo ou médio e poucos casos de nível elevado, pelo que se juntou

o médio com o elevado para fazer a comparação entre as duas subamostras. Constatou-se que elas não diferem significativamente no que se refere ao nível socioeconómico, $\chi^2(1, N=80) = 3.52, p = .061$. Contudo, o valor de p é próximo de .05. Assim, e analisando as frequências registadas no Quadro 1, vê-se que há uma tendência para a existência de maior número de mães de nível socioeconómico médio/elevado no grupo controlo do que no grupo com perdas.

No que diz respeito à variável número de filhos vivos e recorrendo ao teste t de Student para comparação entre as duas subamostras, verifica-se que não há diferença estatisticamente significativa entre as duas subamostras, $t(78) = .07, p > .05$.

Quadro 1. Características sociodemográficas das subamostras - mães

	Perda anterior		Controlo		χ^2/t
	N = 40	%	N = 40	%	
Idade					
14-19	2	5.0	3	7.5	1.98
20-29	23	57.5	32	80.0	
30-39	14	35.0	3	7.5	
≥ 40	1	2.5	2	5.0	
	M=28.05 dp=5.84 Min=17 Máx=46		M=25.43 dp=6.03 Min=19 Máx=40		
Estado Civil					
Solteira	5	12.5	6	15.0	.48
Casada	7	17.5	5	12.5	
União de facto	27	67.5	29	72.5	
Separada	1	2.5	0	0.0	
Habil. Literárias					
Analfabeta	7	17.5	7	17.5	.65
1ª a 6ª classe	12	30.0	11	27.5	
7ª a 9ª classe	9	22.5	12	30.0	
10ª-12ª classe ou Superior	12	30.0	10	25.0	
Nível Socioeconómico					
Baixo	18	45.0	10	25.0	3.52
Médio	21	52.5	23	57.5	
Elevado	1	2.5	7	17.5	
Número de filhos					
1	12	30.0	10	25.0	.07
2	11	27.5	13	32.5	
3	5	12.5	5	12.5	
4	5	12.5	5	12.5	
≥5	7	17.5	7	17.5	
	M=2.68 dp=1.62 Min=1 Máx=6		M=2.65 dp=1.44 Min=1 Máx=5		

No Quadro 2 são comparadas as duas subamostras quanto ao género do bebé. Existe uma ligeira predominância de rapazes em ambos os grupos, sendo esta mais notória no grupo com perda anterior. Contudo, também quanto ao género do bebé não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os grupos, $\chi^2(1, N=80) = 1.88, p > .05$.

Quadro 2. Características sociodemográficas das subamostras – género do bebé

	Perda anterior		Controlo		χ^2
	N=40	%	N=40	%	
Género					
Masculino	27	67.5	21	52.5	1.88
Feminino	13	32.5	19	47.5	

No Quadro 3 apresentam-se as características das subamostras quanto a variáveis relativas à gravidez e nascimento. No que se refere à planificação da gravidez verificamos que, nos dois grupos, cerca de 60% das mães não planificaram a sua gravidez. Os dois grupos não diferem significativamente quanto a esta variável, $\chi^2(1, N = 80) = .05, p > .05$.

No que diz respeito à reação das mães à gravidez, também não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $\chi^2(2, N = 80) = 1.93, p > .05$, verifica-se que a maioria das mães refere ter ficado aborrecida mas depois conformada ou ter ficado satisfeita com a notícia da gravidez. Para comparar os dois grupos quanto a esta variável não considerámos a categoria “reagiu muito negativamente”, dado a baixa frequência de casos que comporta. Os pais dos bebés de ambos os grupos reagiram à notícia da gravidez com satisfação ou muita satisfação, também não se tendo identificado diferenças entre as subamostras quanto a esta variável, $\chi^2(2, N = 80) = .23, p > .05$. Para esta análise não foram consideradas as categorias “muito negativamente” nem “não se aplica”, dado o reduzido número de casos aí incluídos.

A grande maioria das mães em ambos os grupos (mais de 90%) fez consultas de seguimento à gestante. As mães com perdas anteriores foram a uma média de 4.53 consultas ($DP = 2.36$) e as mães do grupo de controlo foram a uma média de 4.18 consultas ($DP = 1.75$). A diferença entre os dois grupos no que toca ao número de consultas não é estatisticamente significativa, $t(78) = .75, p > .05$.

Quadro 3. Características das subamostra – gravidez e nascimento

	Perda anterior		Controlo		χ^2/t
	N = 40	%	N = 40	%	
Gravidez foi planeada					
Sim	16	40.0	17	42.5	.05
Não	24	60.0	23	57.5	
Como reagiu quando soube que estava grávida					
Muito negativamente	0	0.0	2	5.0	1.93
Ficou aborrecida mas depois conformou-se	14	35.0	19	47.5	
Ficou satisfeita	15	37.5	12	30.0	
Ficou muito satisfeita	11	27.5	7	17.5	
Como é que o pai da criança reagiu quando soube que estava grávida					
Muito negativamente	0	0.0	1	5.0	.23
Aborrecida mas depois conformou-se	6	15.0	5	12.5	
Ficou satisfeito	13	32.5	11	27.5	
Ficou muito satisfeito	20	50.0	21	52.5	
Não se aplica	1	2.5	2	5.0	
Consultas de seguimento					
Sim	37	92.5	37	92.5	.00
Não	3	7.5	3	7.5	
Número de consultas					
	M=4.53; dp=2.36		M=4.18; dp=1.75		.75
	Min=0; Máx=8		Min=0; Máx=6		

3.2 Instrumentos

O protocolo de avaliação aplicado contou com os seguintes instrumentos: Questionário Demográfico destinado a caracterizar as 80 mães angolanas que constituíram a amostra do presente trabalho. Para além do questionário demográfico foi aplicado um Questionário Geral sobre a Gravidez e Nascimento, seguido de um questionário específico para avaliação de Aspetos ligados a Perda Anterior, bem como a Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC). Para melhor compreensão do protocolo de avaliação apresenta-se de forma sumária os instrumentos de avaliação aplicados:

i) O **Questionário Demográfico** (Anexo 1) é constituído por questões simples relacionadas com o estado sociodemográfico e familiar das inquiridas. Destina-se a caracterizar as idades das mães, estado civil, nível de escolaridade, etnia, suas religiões, agregado familiar, a coabitação, o número de filhos, condição clínica e o nível socioeconómico de cada uma delas. Este foi classificado em Baixo, Médio ou Elevado com base em critérios definidos em função da realidade angolana (cf. Anexo 2).

ii) O **Questionário Geral sobre a Gravidez e Nascimento** (Anexo 3) é constituído por 18 questões de autorresposta simples e destina-se a caracterizar as subamostras quanto ao processo da gravidez, desde o seu planeamento ao tipo de parto com ou sem complicações.

iii) O **Questionário para avaliação de Aspetos ligados a Perda Anterior** (Anexo 4) é um questionário simples de autorresposta, direcionado às mães com respostas afirmativas à pergunta 12 no questionário Geral sobre a Gravidez e Nascimento (“Perdeu algum filho anteriormente?”). É constituído por 10 questões e as opções deste questionário estão relacionadas com o número de perdas, tempo ocorrido desde a perda, situação clínica, se viu ou não o bebé, recordações do bebé e apoios recebidos em relação à perda. As últimas duas questões são abertas e focam as preocupações e expectativas da mãe quanto ao novo bebé.

iv) A versão portuguesa da **Escala de Investimento Parental na Criança** (EIPC, de Gameiro, Moura Ramos & Canavarro, 2006, a partir da versão original de Bradley et. al., 1997) é uma escala de autorresposta constituída por 19 itens, num formato de tipo Likert, com quatro pontos, desde 1 (concordo fortemente) a 4 (discordo fortemente). Na sua versão portuguesa esta escala destina-se a avaliar o investimento socio-emocional dos pais na criança quanto a: Aceitação do Papel Parental, que se manifesta através das ações dos pais tendentes a criar mecanismos para o bem-estar da criança; Prazer, que se reflete na alegria, afeto, prazer que os pais sentem em estar com os filhos; e Conhecimento e Sensibilidade face às necessidades da criança.

3.3 Procedimentos

A primeira etapa do presente estudo consistiu na recolha de dados no Hospital Materno Infantil Irene Neto do Lubango, quando as mães levavam os seus bebés à consulta de Puericultura, pela primeira vez após a alta hospitalar pós-parto. Antes de preencherem o protocolo de avaliação eram

informadas sobre os objetivos da investigação, bem como da confidencialidade dos dados recolhidos e era assinado o consentimento informado (cf. Anexo 5). Em seguida fazia-se a distribuição dos protocolos às mães de bebés com idades compreendidas entre os 7 e 45 dias, pedindo-se-lhes que os preenchessem segundo a realidade que viviam. As dúvidas eram tiradas à medida que iam surgindo. A maioria dos protocolos foi preenchida pela investigadora, dada a dificuldade na leitura/escrita apresentada pelas mães. No final do preenchimento recolhia-se os protocolos, agradecendo-se a participação das mães.

3.4 Tratamento estatístico dos dados

Quanto ao tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 17.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para a análise descritiva das subamostras foram calculadas as frequências, as médias e os desvios padrão. No âmbito das estatísticas inferenciais utilizou-se o cálculo do *t-test* para a comparação das médias das duas subamostras quanto a variáveis contínuas (e.g., idade da mãe, número de consultas, resultados na Escala de Investimento Parental na Criança – EIPC) e o teste Qui-quadrado para comparações relativas a variáveis categoriais (e.g., nível socioeconómico, gravidez planeada ou não). O teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi usado para comparar os resultados na escala EIPC preenchida por mães com diferentes características relacionadas com a perda anterior. Foram calculados coeficientes de correlação de Pearson para estudar a relação entre o investimento materno, medido pela EIPC, e o número de filhos perdidos e tempo decorrido desde a última perda. A análise da consistência interna da EIPC bem como das suas subescalas foi efetuada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach.

IV- Resultados

Neste capítulo serão apresentados, em primeiro lugar, os resultados das variáveis referentes à situação da perda anterior. Em seguida, far-se-á a caracterização da Escala de Investimento Parental na Criança quanto à sua consistência interna e às correlações item-total. As estatísticas descritivas para as pontuações da EIPC serão apresentadas seguidamente. Por último, apresenta-se a comparação entre as subamostras (perda, controlo) quanto ao investimento materno na criança (resultados da EIPC).

4.1 Variáveis Relativas à Situação de Perda

Observam-se no Quadro 4 os resultados referentes às variáveis relativas à situação de perda. Quanto ao número de bebés que as mães perderam anteriormente, a maioria perdeu um filho (cerca de 68%) ou dois filhos (20%). No tocante ao tempo decorrido desde a última perda, a maioria das mães (cerca de 83%), perdeu filhos no intervalo de 1 a 2 anos antes. Quanto ao "Tipo de perda", a maioria das mães perdeu o filho antes ou depois do parto (não durante). A maior parte das mães (65%) viu o bebé

após o óbito. A maioria dos funerais (70%) foi realizada pela família. À questão relativa a lembranças do bebé que a mãe guardou, 32 mães (80%), respondeu afirmativamente. A maioria das mães refere ter sido apoiada na sua perda pelos companheiros ou pela família.

Quadro 4. Variáveis relativas à situação de perda

	N = 40	%
Quantos bebés perdeu anteriormente?		
1	27	67.5
2	8	20.0
3	2	5.0
≥ 4	3	7.5
Há quanto tempo ocorreu a última perda?		
Menos de um ano	2	5.0
1 a 2 anos	33	82.5
2 a 3 anos	3	7.5
4 anos mais	2	5.0
Tipo de perda		
Antes do parto	17	42.5
Durante o parto	2	5.0
Depois do parto	21	52.5
Após o óbito, viu o bebé?		
Sim	26	65.0
Não	11	27.5
Não tive essa opção	3	7.5
Quem se encarregou do funeral do bebé?		
Família	28	70.0
Hospital	10	25.0
Não houve essa opção	1	2.5
Guardou alguma recordação do bebé?		
Sim	32	80.0
Não	6	15.0
Não tive essa opção	1	2.5
Apoio		
Companheiro	16	40.0
Família	18	45.0
Vizinhos e amigos	1	2.5
Igreja	1	2.5
Ajuda especializada	4	10.0

4.2 Consistência Interna da Escala de Investimento Parental na Criança

No Quadro 5 estão apresentados os dados relativos à consistência interna do EIPC. Os Quadros relativos às correlações dos 19 itens com o total por subescala e Total da EIPC (19 itens) e aos coeficientes alfa retirados os itens, são apresentados no Anexo 6. A subescala de Aceitação do Papel Parental apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de .530. Na subescala de Prazer o coeficiente alfa é igual a .366. Mas se se retirar o item 5 este coeficiente sobe para .434 (cf. Anexo 6). O coeficiente alfa para a subescala Conhecimento e Sensibilidade é igual a .344. O mesmo coeficiente para o total de 19 itens é de .474, revelando-se muito baixo. Se retirarmos os itens relativos à escala Conhecimento e Sensibilidade o coeficiente do total sobe para .544; e se retirarmos igualmente o item 5 sobe para .600, ainda

assim baixo, quando comparamos este valor ao intervalo recomendado por vários autores, de .70 a .90 (Almeida e Freire, 2003, Streiner & Norman, 1995, citados por Gameiro et al., 2008). As diversas análises de consistência interna realizadas, retirando sucessivamente vários itens, mostram ser esta a solução que se traduz numa consistência interna mais elevada.

Quadro 5 - Consistência interna da EIPC e das suas subescala

Subescala e escala total	Número de itens	Alfa de Cronbach
Aceitação do papel parental	6	.530
Prazer	7	.366
Prazer sem item 5	6	.434
Conhecimento e sensibilidade	6	.344
Total	19	.474
Total sem subescala C&S	13	.544
Total sem subescala C&S e sem item 5	12	.600

A fim de se estudar a validade interna dos itens da Escala de Investimento Parental na Criança apresentam-se, no Quadro 6, os resultados obtidos a partir da análise dos coeficientes de correlação entre cada um dos itens retidos (sem o item 5 e os itens da subescala Conhecimento e Sensibilidade) e a respetiva subescala. Apresentam-se, igualmente, os valores do coeficiente alfa de Cronbach para avaliar até que ponto cada item contribui para a consistência interna da respetiva subescala.

Quadro 6. Correlação item - total e alfa se o item retirado, por subescala da EIPC (n=80)

Subescala	Item	Média	DP	Correlação Item-total subescala	Alfa de Cronbach excluindo o item
Aceitação do papel Parental	1	2.64	.51	.14	.554
	4	2.75	.46	.39	.429
	7	2.80	.40	.32	.471
	10	2.65	.48	.34	.453
	16	2.66	.50	.25	.499
	18	2.55	.50	.26	.493
Prazer	2	2.78	.55	.03	.504
	8	3.13	.58	.23	.381
	11	2.81	.48	.40	.278
	14	2.86	.47	.34	.315
	17	2.79	.44	.17	.413
	19	2.73	.45	.16	.416

A análise deste Quadro permite verificar que a maioria dos itens retidos (com exceção dos itens 1, 2, 17 e 19) apresenta correlações superiores a .20 com o total, tal como é desejável. A retirada dos dois primeiros contribuiria apenas modestamente para a subida do coeficiente alfa.

4.3 Estatística Descritiva da Escala de Investimento Parental na Criança

No Quadro 7 incluíram-se todos os itens das duas subescalas e do total para permitir a comparação com o estudo português.

Quadro 7. Estatística descritiva para as pontuações de EIPC (N=80)

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Aceitação do Papel Parental (6 itens)	16.05 (17.43)	1.57 (2.94)	12	18
Prazer (7 itens)	19.64 (22.24)	1.69 (2.89)	15	26
EIPC Total (19 itens)	49.91 (55.63)	2.97 (5.38)	41	56

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 um pouco inferiores aos da amostra portuguesa no que toca às subescalas Aceitação do Papel Parental e Prazer e, conseqüentemente, EIPC Total.

4.4 Comparação entre as Subamostras quanto ao Investimento Materno na Criança

De acordo com os dados apresentados no Quadro 8, relativos à comparação entre as duas subamostras quanto ao investimento materno no recém-nascido, pode-se concluir que, em termos estatísticos, elas não diferem significativamente nas subescalas Aceitação do Papel Parental nem Prazer, e também não no total, o que significa que o nível de investimento materno no novo bebé aparentemente não é afetado pela ocorrência de perdas anteriores.

Quadro 8. Comparação entre as subamostras quanto ao investimento materno na criança

	Total		Perda		Controlo		t ⁽¹⁾
	(N=80)		(N=40)		(N=40)		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Aceitação do papel parental	16.05	1.57	16.08	1.42	16.02	1.72	.142
Prazer (sem item 5)	17.09	1.53	17.20	1.45	16.98	1.61	.656
EIPC Total (12 itens)	33.14	2.52	33.28	2.49	33.00	2.57	.486

⁽¹⁾ Comparação entre as duas subamostras

O investimento materno na criança não difere quando comparamos, quer para o total quer para as duas subescalas: a) mães que perderam um filho anteriormente, antes ou depois do nascimento; b) mães que viram ou que não viram o bebé que faleceu; c) mães que guardaram ou não uma recordação do bebé que faleceu (comparações efetuadas através do teste de Mann-Whitney). As correlações entre os resultados na EIPC (total e duas subescalas) e o número de filhos perdidos anteriormente ou o tempo decorrido desde a última perda são, também, estatisticamente não

significativas (valores de r entre $-.01$ e $.20$).

V - Discussão

Os estudos realizados na área de investimento materno em mães com perdas anteriores tiveram um carácter exploratório, como forma de se compreender até que ponto a mãe angolana que sofreu perdas de filhos anteriores está disponível para investir no novo bebé, apesar das situações de luto subjacentes a estas perdas.

Apesar da escassez de referenciais teóricos internacionais e da inexistência de bibliografia nacional que sustente o presente estudo, foi possível rever os objetivos a partir da análise estatística dos resultados obtidos das subamostras consideradas, tendo em conta os diversos instrumentos utilizados. Não obstante o carácter exploratório e pioneiro da investigação, foram obtidos alguns resultados em torno dos quais se farão algumas reflexões.

No concernente às características sociodemográficas das subamostras mãe com perdas e sem perdas, verificou-se que as duas amostras são equivalentes quanto a diversas variáveis sociodemográficas, tais como idade, estado civil, habilitações literárias e nível socioeconómico. Quanto ao género do bebé, as amostras são também idênticas. O mesmo se passa com características relacionadas com gravidez e nascimento, tais como planificação da gravidez, reação da mãe/pai à gravidez e frequência regular às consultas de seguimento. Esta equivalência entre as duas amostras é um aspeto positivo da investigação porque torna mais provável que, se forem encontradas diferenças entre elas do ponto de vista do investimento no novo bebé (variável dependente), essas diferenças possam ser atribuídas à variável (independente) que distingue as duas subamostras, isto é, se as mães sofreram ou não perdas anteriormente.

Relativamente, ao número de filhos perdidos, que em muitos casos é igual ou superior a dois (cerca de 33%), esta variável relaciona-se com fatores económicos e culturais, relacionados com a fraca educação sanitária básica, bem como com a inexistência de apoio e suporte por parte dos serviços da saúde aos pais com perdas perinatais.

O estudo da consistência interna da Escala de Investimento Parental na Criança revelou valores mais baixos que o desejável, pelo que se optou por retirar um item da subescala de Prazer e a subescala Conhecimento e Sensibilidade, por apresentarem um comportamento pobre do ponto de vista psicométrico. A subescala de Prazer diz respeito à alegria e prazer que os pais sentem em estar com os seus filhos. Muitas das mães angolanas que compõem a amostra em estudo são vendedoras ambulantes (zungueiras). Estas não dispõem de momentos específicos para investir e desfrutar do prazer de ter um filho, mas ao mesmo tempo estão em proximidade física permanente com ele, dado que o transportam às costas em permanência. Assim, algumas questões, como “Estou sempre a gabar-me acerca do/a meu/minha filho/a aos meus amigos e família” (item 2), “Se se elogiam muito as crianças, elas tornam-se vaidosas” (item 3), “As crianças têm simplesmente que aprender a ajustar-se ao barulho e luzes de uma casa”

(item 12), “Às vezes gostaria que as pessoas estivessem tão interessadas em mim como estão no/a meu/ minha filho/a” (item 13), ou “Muitos pais agarram e dão colo em demasia às suas crianças” (item 15), podem não ter feito sentido para as mães em função da realidade angolana do investimento parental.

Questões ligadas à dificuldade de compreender alguns itens em função da diversidade de etnias podem também ter influenciado os resultados. Por tal motivo, e apesar de algumas mães de nível educativo superior solicitarem o preenchimento dos protocolos sozinhas, tomou-se o cuidado de se presenciar o ato e esclarecer as possíveis dúvidas.

Em função do que ficou dito, compreende-se que aquilo que constitui investimento parental na cultura portuguesa pode não o ser em África, especificamente, em Angola. Por exemplo, não faz parte da cultura angolana o elogiar a criança ou a mãe fazer-se portadora de fotografias dos filhos na carteira. As mães que o fazem são aquelas que, pela globalização, assimilaram os padrões comportamentais de outras culturas mais desenvolvidas – no caso de mães angolanas, mais tendentes para a cultura portuguesa. Em comparação com os valores portugueses, as médias angolanas na EIPC são mais baixas, o que se pode atribuir às diferenças dos significados da gravidez e da maternidade em função de contextos socioculturais diferentes. A vinculação, apesar de ser natural, é modelada pelo meio (Guedeney & Guedeney, 2004), e os resultados comparativos entre as mães portuguesas e angolanas demonstram isto. Angola é um país em vias de desenvolvimento, com dificuldades próprias que caracterizam este tipo de países (fracas condições de assistência básica sanitária, falta de cuidados nutricionais, psicológicos e sociais). E embora possam não existir grandes diferenças no que diz respeito ao contacto físico e emocional dos pais com os seus filhos, as especificidades socioculturais próprias dos dois países (Portugal e Angola) podem afetar de forma diferente o investimento materno entre as duas populações consideradas.

Apesar das dificuldades assinaladas, julgamos ser pertinente a utilização da EIPC (com adaptações), dado que alguns dos seus itens se revelam adequados à realidade angolana como, por exemplo “A maior parte dos pais parece demasiado preocupada de que o/a seu/sua filho/ filha se possa magoar” (item 9). A família angolana é alargada, pelo que existe sempre uma pessoa mais crescida para tomar conta de outras mais pequenas. Caso não, a mãe angolana faz-se acompanhar dos seus filhos no seu dia-a-dia, nutrindo seu amor por eles. Algumas mães com um poder económico aceitável deixam os seus filhos sob os cuidados de creches ou jardins infantis. Outros itens são contextuais, pelo que o que atualmente não faz sentido devido às condições socioeconómicas poderá fazê-lo, no futuro, com a evolução da sociedade angolana para outros patamares de desenvolvimento. Acresce que a EIPC é um instrumento económico e fácil de ser aplicado.

Refletindo sobre os resultados relativos às situações que rodearam a perda, denota-se a presença de práticas que, no conjunto, podemos classificar como positivas. Assim, a maior parte das mães viu o bebé após o óbito, os

funerais foram realizados pela família e as mães guardaram lembranças do bebê. A maioria das mães refere ter sido apoiada na sua perda pelos companheiros ou pela família.

Os resultados indicam que não há diferenças entre as duas subamostras (com ou sem perda anterior) quanto ao investimento materno no novo bebê. Portanto a hipótese H1 (as mulheres que sofreram perdas anteriores revelam níveis diferentes de investimento no novo bebê, por comparação com as mães sem perdas) e a sua especificação H1.1 (as mães que sofreram perdas anteriores revelam graus mais baixos de investimento no novo bebê que as mães que não sofreram este tipo de perdas) não são confirmadas pelo presente estudo. Os resultados obtidos em função das variáveis ligadas a perda anterior (como há quanto tempo ocorreu a perda ou quantos filhos perdeu) mostram que estas parecem ter pouca influência no investimento que a mãe angolana faz no novo bebê, subsequente a perdas anteriores.

Quanto ao tempo decorrido após a perda, a maioria das mães observou o intervalo de 12 a 24 meses, tempo necessário para que a mãe enlutada restabeleça a sua rotina diária (cf. Rolim & Canavarro, 2001). Esta poderá ser uma explicação possível para o reduzido impacto que a perda parece ter no investimento no filho atual: após ter vivenciado uma situação de perda e elaborado corretamente o luto, mobilizando para tal os seus recursos pessoais e relacionais (Lasker & Toedter, 1991, cit. por Rolim & Canavarro, 2001) a mãe pode encontrar-se já disponível para investir no novo bebê. As condições positivas que rodearam a perda, anteriormente referidas, nomeadamente a presença do apoio da rede social (Fonseca, 2008), poderão ter contribuído para um vivenciar adequado da situação e elaboração saudável do luto.

Por outro lado, a ausência de diferenças entre as duas subamostras pode também estar relacionada com uma fraca valorização da perda de um filho antes, durante ou após o parto, por parte da sociedade angolana bem como dos profissionais da saúde, a qual poderá ter impacto no modo como a própria mãe vivencia a perda. Na tentativa de se perceber o resultado deste estudo, foram colhidas algumas opiniões a partir de entrevistas não dirigidas feitas a alguns membros da sociedade angolana (mães primíparas e experientes, líderes de organizações femininas e da infância, entidades eclesiais, entre outros). As informações obtidas são coerentes com as ideias vigentes antes dos anos setenta, em que a perda perinatal era considerada como um “não acontecimento”. Segundo a sabedoria popular, a perda perinatal deve ser vivida “no silêncio”, sem que a sociedade se aperceba na medida em que, por um lado, perdas desta natureza são tidas como indicadoras de imoralidade vivida pela mãe primípara na adolescência, por outro, como motivo de desgraças para a família, requerendo por vezes a dissolução da relação conjugal. Os funerais destes bebês são muitas vezes clandestinos e, de uma maneira geral, são realizados na calada da noite, nos quintais, pela própria mãe, pelo companheiro ou por um membro idóneo da família. Em algumas zonas urbanas onde tal procedimento não seja possível devido às condições habitacionais, o bebê vai a enterrar no cemitério, mas

acompanhado por um número restrito da família. Só se considera o óbito neonatal, quando o bebé solta o primeiro grito de choro após o nascimento. Ainda assim, o óbito não é divulgado; a perda é pouco valorizada por se tratar de um bebé pelo qual se tem poucas memórias construídas (cf. Carvalho & Meyer, 2007). E embora estas condições possam não ter ocorrido de uma forma tão explícita na maioria das mães do nosso estudo, refletem, ainda assim, uma forma de encarar a perda perinatal que tem potencialmente impacto ao nível individual.

Angola é um país assolado por vários anos de guerra, que converteram a morte num acontecimento frequente. Lutar e sonhar com uma nova sociedade, apesar das adversidades, tornou-se uma constante. Neste contexto, o apoio na religião desempenha um papel fundamental, acreditando a mulher angolana na vida para além da morte, e resignando-se perante aquilo que acredita ser “a vontade de Deus”, que se sobrepõe a tudo. Daí que ela tanto se alegre com o nascimento, quanto se conforme com a morte. Outras mães, porém, têm outro tipo de crenças relacionadas com práticas tradicionais, que deverão ser exploradas em investigações futuras.

VI - Conclusões

O estudo realizado, sendo pioneiro nesta área, sobretudo no que toca à realidade angolana, permitiu conhecer um pouco melhor as características de mães angolanas e alguns aspetos relativos à gravidez e nascimento do bebé. Foi possível, igualmente, ficar a conhecer um pouco melhor alguns aspetos que acompanham a perda de um bebé, no período neonatal, e caracterizar as mães do ponto de vista do investimento que fazem no seu bebé. Em relação a este último tópico verificou-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre mães que perderam e mães que não perderam anteriormente um filho.

Apesar das limitações reveladas pela Escala de Investimento Parental na Criança, relativas à sua fraca aplicabilidade no contexto angolano, julga-se ser relevante a aplicação desta escala, desde que sujeita a alguns ajustamentos.

Na concretização deste estudo, muitas foram as dificuldades encontradas, o que se traduz em limitações que passamos a referir.

A amostra não é representativa das mães angolanas. Trata-se de um país em vias de desenvolvimento, com elevada taxa de natalidade. As 80 mães estudadas (40 com perdas e 40 de controlo) constituíram uma amostra muito pequena para uma tamanha população que afluí ao Hospital Materno Infantil Irene Neto, local onde se fez a recolha da amostra e onde, em média, são feitos cerca de 40 partos diários. Para além disto, o método utilizado na recolha da amostra baseou-se na disponibilidade das mães para participar no estudo proposto, tratando-se, pois, de uma amostra por conveniência, não aleatória.

Alguma falta de privacidade no momento do preenchimento dos protocolos, ocasionada pela ausência de um local adequado onde se pudesse conversar com as mães de um modo mais reservado, pode ter comprometido a honestidade das respostas dadas pelas participantes. Neste sentido, foram

notados alguns sinais de constrangimento quando as mães respondiam ao questionário específico ligado a perdas anteriores, o que nos leva a questionar sobre a validade das respostas dadas.

Algumas mães são de nível baixo de escolaridade, e com origens étnicas diferentes, o que dificultou em grande parte a comunicação devido à utilização de códigos linguísticos diferentes e ao facto de elas apresentarem fraco domínio da expressão portuguesa. Embora as investigadoras possuíssem algum conhecimento sobre as línguas nacionais, nem sempre a comunicação era perfeita de modo a tornar a mensagem clara e perceptível para as respondentes, sobretudo na altura da aplicação da Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC).

O estudo teve um carácter transversal o que impossibilitou acompanhar ao longo do tempo determinados aspetos relacionados com o modo como as mães, os companheiros e a família vivenciam o luto por perda de um filho.

A perda de um filho é um acontecimento real e traumatizante, mas que pode ser ultrapassado de uma forma saudável e permitir o investimento positivo num filho subsequente, tal como demonstrou o nosso estudo.

Dada à inexistência de referenciais teóricos nacionais e a necessidade de se conhecer melhor os aspetos relacionados com este tipo de perdas, bem como o impacto que tem a nível das mães angolanas, famílias e outros, julga-se ser também relevante: 1) o estudo com uma amostra relativamente maior para permitir a generalização dos resultados; 2) adequar alguns itens da Escala de Investimento Parental na Criança à realidade angolana; 3) incluir as variáveis relacionadas com o significado e os aspetos emocionais de uma gravidez e da perda em mães angolanas; 4) contemplar variáveis de caracterização da personalidade das mães e eventual psicopatologia no estudo da reação à perda; 5) promover estudos longitudinais sobre as perdas de filhos durante a gravidez, à nascença e após o parto para permitir um conhecimento profundo sobre as diferentes práticas culturais angolanas quanto à vivência do luto por perdas perinatais.

O trabalho realizado revela-se útil na medida em que permitiu conhecer algumas realidades vivenciadas pela mãe angolana com perdas de filhos anteriores, levantar algumas hipóteses para futuras investigações, visando aumentar os conhecimentos que possam contribuir para proporcionar uma boa saúde mental à mãe e ao novo bebé subsequente às referidas perdas.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA, 2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 297-316). Coimbra. Quarteto.
- Brazelton, T. B. (1981). *Bebês e mães* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Campus. Original publicado em 1969.
- Brazelton T. B. (1988). *Desenvolvimento do Apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Carvalho, F. T & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: Aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a estas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126). Acedido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432007000100004&script=sci_arttext
- Cusminsk, M., Lejarraga, H., Mercer R., Martel. M. & Fescina, R. (1986). *Crecimiento y Desarrollo del Niño: Manual de Imprensa*. Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Falcone V. M., Mader C. V., Nascimento C. F., Santos J. M., Nóbrega F. J., (2005). Atuação multiprofissional e saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Fonseca, A. D. (2008). *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fonseca, A. D., Nazaré, B., Pedrosa, A. B. A., & Canavarro, M. C. (s.d.) *Especificidades da perda perinatal: Implicações para os agentes de intervenção*. Poster apresentado nas I Jornadas Perítia: Psicologia e perda gestacional. Acedido de http://www.revistaperitia.org/wp-content/uploads/2011/03/Poster-Perdas_Peritia_final_16Janeiro.pdf
- Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M. (2008). Estudos psicométricos da Escala de Investimento Parental na Criança. *Psychologica*, 48, 77-99.
- Gomes, R. & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 153-165. Acedido de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a01.pdf>

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

Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações. Manuais Universitários nº 31*. Lisboa. Climepsi.

Guedes, M. G. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspetos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Educação da Universidade de Coimbra.

Keating, I., & Seabra-Santos, M. J. (1994). Luto e vinculação. In J. C. Teixeira & I. P. Leal (Eds.). *Psicologia, saúde e doença [Número temático]. Análise Psicológica, 2/3, Série XII, 291-300*.

Klaus, M., & Kennell, 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.

Lagarelhos, J. P. (2011). *Luto e gravidez*. In *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*. Acedido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0284.pdf>

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

Pastoral da Criança (2009). *Guia do líder da pastoral da criança* (11ª ed. revista). Curitiba: Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB.

Rodrigues, M. M. C. (2009). *A Experiência de mãe por ter um filho natimorto*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. S. Paulo: Universidade de S. Paulo.

Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-291). Coimbra: Quarteto Editora.

Sá, E. (2004). *A Maternidade e o bebé* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.

Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno-fetal. *Paideia, 19*(43), 211-220. Acedido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-863X2009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Vidal, M. (2010). Gravidez após morte perinatal: Sobre a relação da mãe com o bebé sobrevivente. *Ciência e Saúde Coletiva, 15*(Sup.2). Acedido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800023

Vivian, A. G. (2006). *O desenvolvimento emocional de um bebê em uma família numerosa: Uma aplicação do método Bick*. Dissertação de Mestrado em Psicologia: Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8718/000587331.pdf?sequence=1>

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Ed Martins.

Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: Um manual para o profissional de saúde mental* (2ª ed., M. Brener & M. R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. Obra original publicada em 1991.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário Demográfico

ANEXO 2 – Estimação do nível socioeconómico

ANEXO 3 – Questionário Geral sobre Gravidez e Nascimento

**ANEXO 4 – Questionário para avaliação de Aspectos ligados a Perda
Anterior**

ANEXO 5 – Consentimento Informado

**ANEXO 6 – Consistência Interna da Escala de Investimento Parental na
Criança**



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”.



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

Elerodomésticos 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</u> = 1 <u>Não</u> = 0 X
Cozinha	<u>Sim</u> = 1 X <u>Não</u> = 0

Eletrrodomésticos e Conforto

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

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

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].

Código _____

(para as Senhoras que responderam SIM à pergunta 12 do questionário geral)

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE ASPECTOS LIGADOS A PERDA ANTERIOR

1. Quantos bebés perdeu anteriormente?

2. (Se houve mais que uma perda, a partir de agora responda em relação à mais recente)
A perda ocorreu:
Antes do parto No parto Depois do parto

3. Qual a situação clínica que motivou a perda?

4. Após a perda, viu o bebé?
Sim Não Não tive essa opção

5. Quem se encarregou do funeral do bebé?
Família Hospital Não houve essa opção

6. Guardou alguma recordação do bebé?
Sim Não Não tive essa opção

7. Se guardou alguma recordação do bebé, como se sente quando olha para ela?
a) Eu não olho para as recordações do bebé
Ou
b) Extremamente mal Mal De forma razoável Bem Extremamente bem

8. Desde a perda, sentiu-se apoiada (pode ser assinalada mais do que uma opção):
Pelo seu companheiro Pela igreja
Pela sua família Por ajuda especializada
Pelos vizinhos e amigos Por outros

9. Há alguma coisa que a preocupe em relação a este bebé?
Se sim, o quê? _____

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



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

.....

Scale: Aceitação papel parental**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	13,41	1,992	,140	,554
Item 4 EIPC	13,30	1,757	,391	,429
Item 7 EIPC	13,25	1,937	,316	,471
Item 10 EIPC	13,40	1,787	,339	,453
Item 16EIPC	13,39	1,861	,249	,499
Item 18 EIPC	13,50	1,848	,260	,493

Scale: Prazer**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EIPC2_rec	16,86	2,323	,144	,340
EIPC5_rec	17,09	2,334	,026	,434
EIPC8_rec	16,51	2,152	,221	,291
EIPC11_rec	16,83	2,121	,369	,216
EIPC14_rec	16,78	2,177	,338	,237
EIPC17_rec	16,85	2,484	,136	,343
EIPC19_rec	16,91	2,714	-,033	,419

Scale: Conhecimento e sensibilidade**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item 3 EIPC	11,84	1,657	,123	,330
Item 6 EIPC	11,93	1,285	,366	,112
Item 9 EIPC	12,09	1,828	,080	,351
Item 12 EIPC	11,38	2,009	,012	,375
Item 13 EIPC	11,98	1,772	,133	,319
Item 15 EIPC	11,93	1,589	,202	,270

Scale: Total_19**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	47,28	8,025	,193	,450
EIPC2_rec	47,14	8,424	,035	,484
Item 3 EIPC	47,53	7,923	,190	,450
Item 4 EIPC	47,16	7,707	,356	,419
EIPC5_rec	47,36	8,791	-,105	,530
Item 6 EIPC	47,61	7,430	,318	,416
Item 7 EIPC	47,11	8,329	,150	,460
EIPC8_rec	46,79	7,714	,244	,436
Item 9 EIPC	47,78	9,341	-,251	,532
Item 10 EIPC	47,26	7,791	,306	,428
EIPC11_rec	47,10	7,711	,337	,421
Item 12 EIPC	47,06	8,616	,045	,476
Item 13 EIPC	47,66	8,606	,007	,486
EIPC14_rec	47,05	8,327	,108	,467
Item 15 EIPC	47,61	8,367	,059	,479
Item 16 EIPC	47,25	7,658	,335	,420
EIPC17_rec	47,13	8,085	,223	,446
Item 18 EIPC	47,36	7,905	,243	,440
EIPC19_rec	47,19	8,407	,089	,471