



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Investimento materno no bebé em mães Angolanas
adolescentes**

Salomé Cafumbelo Enoque (salcenoque@yahoo.com.br)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (área de sub-
especialização: Sistémica, Saúde e Família) sob a orientação da
Professora Doutora Maria João Seabra Santos

Investimento materno no bebê em mães Angolanas adolescentes

Resumo

A gravidez e maternidade na adolescência têm sido motivo de preocupação por parte dos pesquisadores, já que este fenômeno é caracterizado como um problema de saúde pública e constitui risco para a saúde da adolescente e do seu filho e afeta o desenvolvimento pessoal e social de ambos. A presente investigação tem como objetivo comparar o investimento materno no bebê em 40 mães adolescentes e 40 mães adultas angolanas do Município do Lubango. Para tal é utilizada a Escala de Investimento Parental na Criança, pretendendo-se, igualmente, estudar algumas características psicométricas desta escala com uma amostra de mães angolanas. No sentido de contribuir para a compreensão do significado da gravidez na adolescência, fatores nela envolvidos e analisar as mudanças ocorridas no âmbito familiar e social da adolescente grávida foram, igualmente, aplicados outros questionários: um Questionário Demográfico, um Questionário Geral Sobre a Gravidez e Nascimento e um Questionário para a Avaliação de Aspectos Ligados à Maternidade na Adolescência. Os resultados obtidos apontam para diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, revelando que as mães mais velhas descrevem mais prazer e um maior investimento na relação com os seus bebês do que as mães adolescentes. Foram postas em destaque algumas fragilidades da EIPC, nomeadamente no que se refere a níveis baixos de consistência interna. Os resultados são discutidos em função das especificidades culturais da amostra estudada.

Palavras-chave: Adolescência, Gravidez, Maternidade, Investimento Materno, Escala de Investimento Parental na Criança.

Adolescent Angolan mothers' investment in their baby

Abstract

Pregnancy and maternity in adolescence have been study topics for researchers, characterized as a public health problem and a risk factor for the adolescent's health and for the baby that also affects personal and social development in both mother and the child. This study aims to compare maternal investment in the baby between 40 adolescent and 40 adult Angolan mothers in Lubango. To this end the Parental Investment in the Child Scale was used. The plan also includes the study of some psychometric characteristics of this scale with a sample of Angolan mothers. With the aim of contributing to the understanding of pregnancy in adolescence, the factors involved, and to analyze the changes which take place in the pregnant adolescent's family and society, other questionnaires were also used: a Demographic Questionnaire, a General Questionnaire on Pregnancy and Birth, and a Questionnaire to Evaluate Elements Related to Adolescent Maternity. The results found point to significant statistical differences between the two samples, revealing that the older mothers have more pleasure and make greater investment in the relationship with their babies than the adolescent mothers. Some of the PICS' weaknesses were highlighted, specifically in relation to low levels of internal consistency. The results are discussed in function of cultural specificities of the sample studied.

Key Words: Adolescence, Pregnancy, Motherhood, Maternal Investment, Parental Investment in the Child Scale.

Agradecimentos

À minha mãe, irmãos e familiares pelo apoio, força e dedicação.

Ao meu filho Márcio por tudo.

Ao coletivo de Professores da Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação Universidade de Coimbra em colaboração com o UPRA pelos conhecimentos transmitidos.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Maria João Seabra Santos pelo apoio prestado e pelas propostas constantes para a melhoria.

Ao Hospital Maternidade Irene Neto e Hospital Municipal do Lubango, pela receptividade e colaboração.

A todas as mães que participaram do estudo.

À memória de meu pai e irmãos.

A todos quantos contribuíram para que este trabalho fosse um facto, o meu muito obrigado.

Índice

Introdução.....	6
I – Enquadramento teórico.....	7
1. Interação Mãe-Bebé e Investimento Materno.....	7
2. Gravidez e maternidade na adolescência	9
2.1. Fatores Associados a Gravidez e à Maternidade na Adolescência.....	10
2.2. Impacto para a Adolescente e para o Bebé.....	12
3. Investimento da adolescente no bebé.....	15
II- Estudo Empírico.....	16
1. Objetivos.....	16
2. Metodologia.....	17
2.1. Caracterização da Amostra.....	17
2.2. Instrumentos.....	21
2.2.1 Questionário Demográfico.....	21
2.2.2 Questionário Geral Sobre a Gravidez e Nascimento.....	21
2.2.3 Questionário para a Avaliação de Aspetos Ligados à Maternidade Adolescência.....	21
2.2.4 Escala de Investimento Parental na Criança.....	22
2.3. Procedimentos.....	22
2.4. Tratamento Estatístico dos dados.....	22
3. Resultados.....	23
3.1. Gravidez e Maternidade de Mães Adolescentes	23
3.2. Dados Psicométricos sobre o Inventário do Investimento Parental na Criança.....	24
3.3. Comparação entre Mães Adolescentes e não Adolescentes quanto ao Investimento no Bebé.....	26
4. Discussão.....	27
5. Conclusões.....	30
Bibliografia.....	32
Anexos	

Introdução

O estudo da vida psíquica do homem faz-se normalmente com base numa periodização. A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, que ocorre dos 10 aos 19 anos de idade. Neste período, caracterizado por uma intensa atividade hormonal, é comum o aumento de interesse pelo sexo oposto e início da atividade sexual. Consequentemente, esta etapa do desenvolvimento marca o início do período reprodutivo. Nos últimos anos, o início da atividade sexual tem começado cada vez mais cedo, podendo provocar consequências como a gravidez precoce e muitas vezes não desejada, que na adolescência tem sido comparada a uma epidemia e é considerada como um problema de saúde pública em muitos países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1977 e 1978 considerou a gravidez em adolescentes como sendo de alto risco devido a consequências negativas que pode ter, quer para a mãe quer para o bebé. As Nações Unidas, na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, (ocorrida em Beijing em 1995), referem que a maternidade precoce continua sendo um obstáculo para o progresso educacional, económico e social da mulher em todo o mundo. Estudos realizados pelo Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP, 2002), mostram que em Angola a atividade sexual se inicia muito cedo, entre os 11 e os 12 anos de idade – o que faz com que muitas meninas fiquem grávidas antes de serem adultas. A gravidez precoce é pois uma realidade que importa estudar no nosso país.

Neste contexto, considerámos relevante explorar o tema do investimento materno em mães adolescentes, tendo em conta a ocorrência constante de gravidezes precoces no nosso País e em particular na Província da Huíla. Trata-se de um fenómeno preocupante, principalmente pelas consequências que acarreta, mas em relação ao qual não existem estudos divulgados. Assim, esperamos que o presente estudo, ao esclarecer alguns aspetos associados à gravidez na adolescência, venha contribuir para a elaboração de políticas no sentido de redução de gravidezes precoces e dos riscos que a ela se associam, bem como para a otimização da saúde reprodutiva e o reforço de tópicos relacionados com o investimento materno.

Este trabalho está composto por 6 capítulos. O primeiro capítulo, que constitui a primeira parte da tese, fornece um enquadramento teórico, através de uma revisão da literatura onde se analisou, de uma forma geral, aspetos relacionados com o investimento materno em mães adolescentes. Nos capítulos restantes são descritos estudos empíricos realizados. Assim, no segundo capítulo descrevem-se os objetivos bem como as hipóteses da investigação. No terceiro capítulo aborda-se a metodologia utilizada, seleção e descrição da amostra, instrumentos utilizados na recolha de dados e procedimentos de recolha e tratamento de dados. No quarto capítulo expõe-se o tratamento de dados e a análise dos resultados obtidos. No quinto, procedeu-se à interpretação, análise e discussão dos resultados e por último, no capítulo seis apresentam-se as conclusões finais da investigação, aspetos positivos e suas limitações.

I – Enquadramento concetual

1 - Interação Mãe-Bebé e Investimento Materno

A preocupação com a interação mãe-bebé vem já desde a década de 40. Várias investigações foram levadas a cabo no tocante ao desenvolvimento social e emocional da criança. Naquela época, um dos grandes contributos nessa área foi o trabalho pioneiro de Arnold Gesell em 1943, num estudo sobre as competências sociais da criança com o objetivo de compreender a ordem de aquisição destas competências com vista a estabelecer normas comportamentais para cada idade. Só mais tarde, a partir dos anos 70, com o contributo de estudiosos de diversos ramos do saber como a Psicologia, Pediatria, Obstetrícia e Psiquiatria Infantil, os investigadores começaram a dedicar mais atenção às interações mãe-bebé, no sentido em que estas “antecedem e possibilitam o estabelecimento do comportamento de vinculação à mãe por parte da criança” (Figueiredo, 2001, p. 2).

O modelo interativo tem como ideias-chave “a importância que confere aos outros significativos, nomeadamente à interação do bebé com a mãe, no desenvolvimento do indivíduo; e a importância que confere tanto ao bebé como à mãe no estabelecimento da interação que acontece entre ambos” (Figueiredo, 2001, p. 4). Assim, de acordo com este modelo, o bebé influencia o meio ambiente tanto quanto é influenciado por ele.

Neste sentido, George e Salomon (1999 citados por Figueiredo, 2003) referem que o processo de vinculação materna evolui numa interação constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função que aquele, ou seja, oferecer proteção e sobrevivência ao bebé. Assim, o vínculo afetivo entre a mãe e o bebé consiste num processo de integração recíproca, que exige tanto da mãe como do bebé.

A interação mãe-bebé pode ser definida como “o diálogo comportamental ou a conversa que acontece entre a mãe e o bebé, no objetivo muito particular de comunicarem e de partilharem o prazer de estarem juntos” (Bakeman & Brown, 1977, Bower, 1983, Stern, 1980, Trevarthen, 1979, todos citados por Figueiredo, 2001, p. 9). Para muitos dos estudiosos nesta área, existe um período que pode ser designado de “crítico” ou “sensível” para o estabelecimento da resposta emocional da mãe ao bebé, nos momentos imediatamente a seguir ao parto. Neste contexto, entre os mamíferos verificou-se que a mãe rejeitava a cria no caso de não ter nenhum tipo de contacto com ela logo a seguir ao parto (Figueiredo, 2003). Contudo, tal não acontece necessariamente em todas as mulheres, podendo a vinculação materna estabelecer-se gradualmente (Brockington, 1996, Kennell, Trause, & Klaus, 2000, citados por Figueiredo, 2003). Investigações realizadas destacam que os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, tão logo este nasça, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar posterior do bebé. Mas esta relação vai-se estabelecendo e fortalecendo progressivamente, à medida que o bebé se vai desenvolvendo (George & Solomon 1999, citados por Figueiredo, 2003).

Quanto ao bebê, ele nasce com comportamentos inatos que vão contribuir para a vinculação materna, tais como o sorriso, o olhar em direção aos estímulos visuais e seguir a mãe com o olhar. Estas competências, presentes desde o nascimento, vão agir como “desencadeadores sociais de respostas instintivas da mãe” (Bowlby, 1976, citado por Figueiredo, 2003, p.525), o que vai favorecer a função de estabelecimento da ligação mãe-bebê. A observação destes comportamentos transmite à mãe a ideia de que o bebê é competente e lhe responde, o que leva Stern (1980, citado por Figueiredo, 2003), a considerar que o domínio de certas competências comunicativas por parte do bebê, como fixar o olhar ou manter o contacto visual, tem impacto no investimento afetivo da mãe e na aproximação afetiva ao bebê, considerando que ele “é um ser humano totalmente capaz de reações e que a relação entre os dois é verdadeira” (p. 526). De acordo com Tronick (1977, citado por Pedro, 1985) o bebê pode transmitir o desejo de responder à comunicação da sua mãe e ambos podem mostrar expressões apropriadas de comunicação sucessivas, enquanto se preparam para a troca recíproca de mensagens.

Segundo Cramer (1993, citado por Figueiredo, 2001, p. 6) “a interação mãe-bebê ocorre nos momentos de formação dos processos de vinculação da criança à mãe, contribuindo significativamente para a qualidade dos mesmos”. Por conseguinte, o nascimento do bebê marca o início do contato entre mãe e bebê, o qual vai permitir estabelecer o vínculo afetivo entre ambos. Depois do parto a criança recém-nascida é entregue à sua mãe e inicia-se a interação entre a mãe e o bebê. Desde estes primeiros encontros, quando a mãe “segura, toca e pronuncia suavemente algumas palavras ao bebê e este responde sorrindo para a mãe, começam a estabelecer-se os alicerces da vinculação mãe-bebê” (Brackbill, 1958, citado por Figueiredo 2001). Deste modo, a ligação emocional ou a formação do vínculo dos pais com o bebê não se constitui apenas pelo fornecimento de alimento mas, igualmente, pelo cuidar e colocar-se no lugar do bebê, percebê-lo e atender as suas necessidades físicas e emocionais (Silva & Sanches, 2010).

Para Bowlby (1984, citado por Tavares, 2009) a ligação afetiva entre a mãe e o bebê, quando é bem formada, faculta à criança segurança e bem-estar. A partir do vínculo entre mãe-bebê originam-se os futuros vínculos que a criança desenvolverá e que, em grande parte, determinarão a qualidade das relações interpessoais no decurso da sua vida.

Frequentemente tem-se definido o investimento parental pela maior ou menor quantidade de cuidado biológico ou psicológico dispensado à geração descendente (Lordelo et al., 2006). Neste sentido, de acordo com Keller (1996, citado por Lordelo et al., 2006) “as decisões de investimento parental são baseadas nas condições ecológicas que os pais vivenciam, incluindo a ordem de nascimento da criança, as quais se expressam na prevalência de certos estilos de cuidado”. Este autor adianta ainda que, no contexto da teoria do investimento parental, prevê-se um elo entre condições de criação da mãe e sua história reprodutiva, e seus modelos de cuidados aos

filhos, com repercussões no desenvolvimento das crianças. Ainda nesta linha, Trivers (1974, citado por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos 2008), define o investimento parental como qualquer investimento que o indivíduo faz em cada descendente aumentando as suas hipóteses de sobrevivência à custa da capacidade de investir noutros descendentes actuais ou futuros. Estes autores afirmam que os pais que investem mais no seu filho fornecem-lhe cuidados mais sensíveis e possibilitam à criança desenvolver uma vinculação segura e estabelecer no futuro relações positivas com os pais, pares e outros, mais especificamente com os seus próprios descendentes.

Por outro lado, Lordelo e colaboradores (2006), defendem que a espécie humana se caracteriza pelo alto investimento parental, sendo possível identificar dois tipos de trajetórias desenvolvimentais, no que toca a este tópico (Keller, 1996, citado por Lordelo et al., 2006). O primeiro tipo é representado por indivíduos que foram alvo de fraco investimento parental na infância, tiveram um clima familiar insatisfatório e amadureceram mais cedo na puberdade. O seu tipo reprodutivo seria mais quantitativo, caracterizado por um maior número de filhos, menor espaçamento entre eles e menor investimento parental. O segundo tipo corresponde a indivíduos que tiveram abundância de recursos, um alto investimento parental e um clima familiar positivo na infância. Seria mais qualitativo, caracterizado por menos filhos e alto investimento parental (Keller, 1996, citado por Lordelo et al., 2006).

A interação mãe-bebé pode ser influenciada por vários fatores, quer sejam relacionados com a mãe (como a idade, a paridade, o nível educacional, a classe social e o tipo de personalidade), quer relacionados com o bebé (como o sexo, o temperamento ou a maturidade) ou ainda com o contexto onde a mãe e o bebé estão inseridos (Figueiredo, 2001). Vários autores (Bolton & Belsky 1986, Lamb & Elster, 1986, Luster & Mittelstaedt, 1993, citados por Levandowski et al., 2008), especificam que o temperamento difícil do bebé, e o seu estado de saúde (como por exemplo bebés de pré-termo ou com riscos físicos) são características que podem contribuir negativamente para a interação. Em relação ao sexo bebé, a interação pode ser afetada, se este não corresponder ao que a mãe idealizou. Neste sentido, Osofsky e colaboradores (1993, citados por Levandowski et al., 2008), encontraram diferenças quanto a demonstração de afeto por parte das mães em função do sexo do bebé.

2. Gravidez e maternidade na adolescência

A maior parte das mulheres deseja ser mãe um dia. Contudo a maternidade na adolescência tem sido considerada uma situação de risco para a mãe e para o filho (Soares e cols, 2001). O comportamento da gestante com relação ao assunto gravidez e maternidade compreende expectativas e atitudes no decorrer do processo gestacional e depois do parto.

A maternidade, segundo Helen Deutsch (citada por Pedro, 1985, p. 22) “não é só um processo biológico mas também uma experiência

Investimento materno no bebé em mães Angolanas adolescentes
Salomé C. Enoque (salcenoque@yahoo.com.br) 2012

psicológica única, através da qual é dada à mulher a oportunidade de experimentar um sentido real de imortalidade”. Assim, o estado de gravidez caracteriza-se por uma considerável readaptação dos vários sistemas responsáveis pela conservação do equilíbrio psíquico e biológico da futura mãe (Pedro, 1985). Os antecedentes da vida da mulher vão influenciar de certo modo as suas competências de mãe e quanto mais equilibrada tiver sido a adaptação à sociedade mais fácil será assumir as suas novas responsabilidades (Brazelton, 1981, citado por Pedro, 1985, p.22).

Por conseguinte, quando surge a gravidez e maternidade, os futuros pais são impelidos a realizar adaptações intra e interpessoais, no sentido de se adaptarem à nova realidade que é ter um filho. Assim, estes ajustamentos referem-se não só ao nível de funcionamento dos indivíduos, mas também às relações conjugais e aos padrões de interação com o recém-nascido (Osofsky, & Diamond, 1988, Passino, et al., 1993, citados por Soares et al., 2001). De acordo com Pedro (1985, p. 22) “a mudança mais dramática no estilo de vida da mulher que engravida resulta da tomada de consciência de que deixou de ser uma rapariga fundamentalmente responsável por si própria, para passar a repartir toda a responsabilidade entre si e seu filho”. Com o surgimento da maternidade na adolescência são atribuídos à jovem novos encargos familiares, educacionais e laborais, além das vivências próprias da adolescência, o que vai impor adaptações psicológicas tanto para a adolescente como para a família.

A descoberta que está grávida pode despertar na adolescente intensa ansiedade e uma luta interna muito exigente. De acordo com Soares e cols. (2001, p. 360) “as jovens grávidas enfrentam uma dupla crise desenvolvimental: a crise da adolescência e a crise da gravidez”. Se for indesejada, a gravidez pode acarretar prejuízos para a adolescente e para o bebé. Correia (2000, p. 56) afirma que “considerar a gravidez na adolescência é considerar um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente”.

2.1- Factores Associados à Gravidez na Adolescência

Apesar de ser um fenómeno de todos os tempos, o interesse e importância da gravidez na adolescência foram apenas reconhecidos por volta do ano de 1970, quando as taxas de fecundidade nesta faixa etária começaram a crescer nos Estados Unidos e noutros países do primeiro mundo.

As causas da gravidez precoce na adolescência são várias. Podem ser classificadas em biológicas, psicológicas, sociais e demográficas.

Quanto aos *fatores biológicos*, vários autores identificaram os seguintes: a idade da menarca que, quanto mais precoce for, mais cedo acarreta a maturidade dos órgãos sexuais e conseqüente elevação dos níveis hormonais, o que leva ao aumento da motivação e do desejo sexual nos adolescentes (Barreto, Almeida, Ribeiro & Tavares, 2010); e o início precoce da atividade sexual (Gomes, Fonseca & Veiga, 2002; Branco & Mota, 2004). Associado a estes encontra-se o não uso ou uso inadequado de

métodos contraceptivos (Cervený, 1996, citado por Levandowski et al., 2008) e ausência de conhecimento relativamente à estrutura e funcionamento do corpo (Branco & Mota, 2004).

No que diz respeito aos *fatores psicológicos* os autores (Anteghini et al., 2001, Landy, Schubert, Clark & Montgomery, 1983, Lee, 2001, Oz, Tari & Fine, 1992, Pinheiro, 2000, Taquete, 1992, citados por Levandowski et al., 2008), salientam a importância de variáveis como: uma relação emocionalmente distante com o pai ou privação emocional, abuso sexual, alcoolismo paterno, família monoparental, presença de irmã sexualmente ativa ou já mãe. Também mencionam o desejo de engravidar, de demonstrar autonomia frente aos pais, além de busca de um novo estatuto social. Para Santos Junior (1999, citado por Diniz, 2010, p. 23) “a falta de apoio e de afeto da família, a auto estima baixa, mau rendimento escolar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la [a adolescente] a buscar na maternidade precoce um meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém”.

Em relação aos *fatores sociais*, Aretaris (1999), menciona os seguintes: a pressão do grupo ou pressão do(s) companheiro(s), através da qual os adolescentes podem ser pressionados para o consumo de drogas, cigarros ou moda, ou para o início da atividade sexual (Anteghini, Fonseca, Ireland & Blum, 2001, citados por Levandowski et al., 2008). Autores há que colocam a possibilidade dos adolescentes serem sexualmente ativos se os seus companheiros o forem (Perkins, 1991, citado por Aretaris, 1999). Encontramos, ainda, outros fatores como a história de abuso sexual – as adolescentes que sofreram de abuso sexual, estão em risco de uma iniciação voluntária da vida sexual mais cedo (Boyer & Fine 1992); a estrutura familiar – os adolescentes de famílias monoparentais têm mais probabilidade de ter relações sexuais mais cedo que nas famílias de dois progenitores; também as adolescentes de famílias em que há um divórcio e segundo casamento têm maior risco de engravidar (East & Felice, citados por Aretaris, 1999). Por outro lado, adolescentes que iniciam a vida sexual mais cedo ou engravidam neste período, vêm geralmente de famílias em que as mães também iniciaram a vida sexual cedo ou engravidaram precocemente, ou têm irmãos mais velhos com vida sexual ativa (East & Felice, 1992, citados por Aretaris 1999; Levandowski et al., 2008). Neste contexto reconhece-se que a idade mais vulnerável, quando a estrutura familiar se altera, é a de 14 anos (Hollander, 1993, citado por Aretaris, 1999 p.732).

No que diz respeito às influências parentais, os autores falam da importância do diálogo, do carinho e compreensão dos pais para com os filhos enquanto fatores protetores, que aumentam a probabilidade de comportamentos sociais apropriados nos jovens, adiam as suas experiências sexuais e gravidez, o mesmo não acontecendo com filhos de pais negligentes ou muito rígidos. Assim, pais que discutem assuntos de contraceção, sexualidade e gravidez, podem ocasionar o adiamento da iniciação sexual (East & Felice, citados por Aretaris, 1999). Pelo contrário, verifica-se que muitas adolescentes estão despreparadas quanto ao tema do sexo, sobretudo

por tabus – porque se considera, culturalmente, que há assuntos que não devem ser falados com crianças ou que se deve esperar que seja uma tia a fazê-lo. Tal facto gera a ignorância sobre os métodos contraceptivos ou o seu uso, levando a adolescente a envolver-se sexualmente com um parceiro, sem medir consequências.

O nível de escolaridade baixo e o baixo rendimento familiar constituem fatores com frequência mencionados como estando associados à gravidez na adolescência (Cervený, 1996, Melo, 2001, Musa & Costa, 2002, Pinheiro, 2000, todos citados por Levandowski et al., 2008). Neste contexto destaca-se o facto de a gravidez na adolescência ter uma dimensão sociocultural, assumindo diferentes significados e suscitando diferentes reações consoante o meio em que ocorre (Branco & Mota, 2004).

Em relação aos *fatores demográficos*, estudos realizados demonstram que a população tem crescido bastante em alguns países, e nas conferências mundiais sobre população alerta-se para a importância da educação, particularmente a educação sexual, enquanto fator que pode contribuir para a resolução de problemas ligados ao crescimento populacional excessivo e suas consequências (Werebe, 1998, citado por Lores, s. d). As gravidezes precoces estão ligadas com número elevado de filhos e espaçamentos curtos entre eles, ao longo da vida reprodutiva, o que contribui para o crescimento acelerado da população (Stern & Garcia, 2002, citados por Lores, s.d). Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2005) apontam Angola como um dos 10 países com maior risco de mortalidade materna e traçam metas para a redução do índice de mortalidade durante a gravidez e parto em 75% até 2015. Na edição de 2009 com o título “A Situação Mundial da Infância”, sublinha-se a relação estreita entre a sobrevivência materna e neonatal e recomendam-se medidas para acabar com as diferenças existentes entre países ricos e pobres. Estas reflexões vêm colocar a tónica das questões relacionadas com natalidade e risco neonatal, incluindo a gravidez na adolescência, em fatores de natureza económica e social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) considerou a gravidez na adolescência de alto risco, dados os problemas físicos que podem surgir durante a gravidez, parto e pós parto, tanto para a mãe como para o filho.

2.2- Impacto da Gravidez para a Adolescente

A adolescência é um período de particular tumulto interno, sobretudo nas tentativas de desenvolver um sentido de identidade pessoal e social.

Todos os dias acorrem às consultas pré-natais das diversas maternidades e centros de saúde meninas grávidas, enquanto outras descobrem na consulta que estão grávidas, reagindo a esta notícia com medo, revolta ou procurando soluções, uma das quais é o aborto.

Para a família é muito difícil aceitar a gravidez numa adolescente, é um acontecimento inesperado, que apanha muitas famílias de surpresa. Tal leva a que algumas adolescentes sejam castigadas física ou psicologicamente pela família, por exemplo deixando de dar apoio, expulsando de casa, ou forçando o casamento, mesmo sabendo que a filha está despreparada para

desempenhar funções da vida conjugal. Muitos pais agem assim porque pensam que estão a dar uma lição à adolescente e para que as suas irmãs não repitam o mesmo erro. Há pais, até, que pressionam o aborto para manter o bom nome e a honra da família. Neste sentido, face à rejeição, desentendimento e punição por parte dos pais, a adolescente pode sentir-se desamparada, correndo vários riscos como sair de casa, procurar abortar, ou outras soluções que acredita serem a solução para o seu problema. (Lores, s. d.). Outros, porém, acabam por aceitar, passado algum tempo. O facto de a família reconhecer a gravidez com consideração e cooperação harmoniosa, levam a que a adolescente tenha maior viabilidade de levá-la até ao fim sem sobressaltos, o que lhe possibilitará sentir-se segura e proporcionará bem-estar afetivo para ela e para a vida do bebé.

Num estudo realizado por Santos e Shor (2003, citados por Levandowski et al., 2008) no Brasil, sobre os padrões de vivência da maternidade em adolescentes dos 10 aos 14 anos de idade, num período de 6 a 24 meses após o nascimento do bebé, ficaram claramente identificados dois modelos: satisfação com a maternidade ou dependência do afeto do filho; e depressão ou stress. As adolescentes que aceitam a maternidade positivamente e que a encaram enquanto preenchendo um vazio, não relatam dificuldades no seu grupo social e a sua vida centra-se na figura do filho. Outras adolescentes, porém, têm uma vivência da maternidade negativa, por exemplo ficam fragilizadas, sentem-se sozinhas, veem a situação como difícil, podem ter desavenças com o pai da criança, e têm dificuldades em cumprir o papel de mãe, repensando na juventude perdida e não reconhecendo nenhum ganho na maternidade.

Entretanto, algumas adolescentes podem “amadurecer” após o nascimento do bebé (Amazarray et al., Folle & Geib, 2004, Taquete, 1992, todos citados por Levandowski et al., 2008).

O impacto da gravidez e maternidade sobre a adolescente pode assumir grandes proporções e refletir-se tanto a nível psicológico como físico, social ou económico.

Quanto ao impacto na *área psicológica*, a adolescente pode reagir à gravidez com medo do parto, medo de que a criança não nasça bem e de abortar, ansiedade em relação à troca de papéis e medo de não saber cuidar do bebé (Levandowski et al., 2008). Mais tarde estas expectativas negativas podem desaparecer, quando as mães adolescentes passam a desfrutar do contacto com o seu filho. Segundo Correia (2005), as implicações psicológicas que advêm da decisão tomada sobre a gravidez podem envolver sentimentos de pecado e culpa, o esforço de ajustamento à gravidez e a expectativa da maternidade e perda prematura da condição de adolescente. Ao saber que estão grávidas, as jovens debatem-se com muitas emoções, em que a raiva, culpa e recusa são frequentes.

Porém, as adolescentes podem reagir de forma diferente a uma notícia de gravidez. Ainda de acordo com Correia (2005), quando recebe a notícia de que está grávida a jovem procura tomar decisões que passam, ou por prosseguir com a gravidez e ficar com o bebé; ou prosseguir com a gravidez e dar o bebé para adoção; ou interromper a gravidez. Para Fernandes e

Cabaco (2004, citados por Carvalho, Lourenço & Simões, 2006), a comprovação da gravidez pela mulher pode produzir dois tipos de reações: de satisfação/aceitação, quando a gravidez foi desejada, ou surpresa, se não foi programada. A resposta, face à reação de surpresa, pode ser de luta ou de fuga. A resposta de luta provoca emoções positivas como felicidade, satisfação e alegria, e traduz a aceitação da gravidez. Já a resposta de fuga evoca emoções negativas de ansiedade, medo, desespero, hostilidade ou negação.

Em relação ao *impacto físico*, a adolescente corre riscos obstétricos como a falta de um acompanhamento pré natal e nutricional adequado, por falta de informação (Aretaris, 1991). Outros riscos físicos com frequência apontados são problemas médicos como anemia, hipertensão, complicações no parto e infeções durante a gravidez e hemorragia pós parto (Costa et al., 2002, Jorgensen, 1993, Ribeiro et al. 2000, Yazlle et al. 2002, todos citados por Levandowski et al., 2008). Para Pinheiro (2000, citado por Gotinjo & Medeiros 2004), os riscos de saúde a que as adolescentes estão sujeitas dizem respeito fundamentalmente à sua situação económica, que pode ser precária.

No que diz respeito ao *impacto social e económico*, a adolescente vai passar por mudanças radicais na sua vida, que deixarão marcas profundas não só em si, como também na família e amigos. De menina que nem sequer viveu sua infância de uma forma plena, passa para mãe que terá que tomar responsabilidade para com o filho. Assim, o que era normal e rotina pode precisar de readaptações, tanto a nível familiar como a nível pessoal. Uma vez que acontece a gravidez, as jovens poderão ter de enfrentar vários problemas como casamento precoce, redefinição da estrutura familiar, entrada precoce no mundo do trabalho e acentuação das dificuldades económicas, modificação da relação com os pais, redefinição dos papéis familiares e alteração da relação com os amigos e com o pai do bebé (Branco, & Mota, 2004; Correia, 2005; Levandowski et al., 2008).

Uma outra consequência importante é o abandono escolar (Aquino et al., 2003, Bailey et al., 2001, citados por Levandowski et al., 2008). A adolescente pode interromper os estudos porque sente vergonha por estar grávida, ou por não gostar, ou ainda porque o seu companheiro assim o deseja. O abandono escolar contribui ainda mais para o isolamento relativamente a outras meninas do mesmo grupo, decorrente das responsabilidades acrescidas com o bebé (Pinheiro 2000; Levandowski et al., 2008).

De acordo com Levandowski et al., (2008), grande parte das pesquisas realizadas mostram que as dificuldades económicas estão intimamente relacionadas com o baixo nível de escolaridade e a baixa estabilidade conjugal. De facto, a maior parte das vezes as dificuldades económicas da família podem influenciar o nível de escolaridade das adolescentes. Neste sentido, em muitos casos a situação de pobreza anterior à gravidez agrava ainda mais a situação (Coley & Chase-Lansdale, 1998, citados por Levandowski et al., 2008). Algumas adolescentes veem-se confrontadas com

a necessidade de assumir a gravidez e a maternidade sozinhas porque o parceiro não reconhece a paternidade ou por serem ambos menores de idade. Com frequência a responsabilidade é encaminhada para os seus pais que, por sua vez, podem não ter condições financeiras para o apoio adequado. Por outro lado, os problemas financeiros podem levar a que a jovem seja forçada a assumir grandes responsabilidades tais como, por exemplo, arranjar emprego ou alguma atividade de sustento, como vendedora ambulante ou de mercado, situação esta que é frequente em Angola.

3- Investimento da Adolescente no Bebê

Depois do parto a adolescente confronta-se com o facto de ter de cuidar do bebé, o que pode não ser fácil para ela, sobretudo quando for de idade ainda menor. O nível de escolaridade e o pouco conhecimento que a adolescente tem sobre o desenvolvimento do bebé e o modo de lidar com ele limitam a sua capacidade de perceber as necessidades do recém-nascido como mais urgentes que as suas (Lamb & Elster, 198, Luster & Mittelstaedt, 1993, Yang, 1988, todos citados por Levandowski et al., 2008). Tal circunstância irá influenciar, necessariamente, a interação que estabelece com ele. Neste contexto, vários estudos indicam que as mães adolescentes estabelecem interações menos adequadas com o bebé, são menos sensíveis às suas necessidades, proporcionavam menos estimulação verbal e exibem menos sorrisos, em comparação com mães adultas (Figueiredo, 2001). Entretanto, uma investigação realizada por Mc Anarney e colaboradores (1984, citados por Levandowski et al., 2008), com mães adolescentes norte-americanas de 14 a 19 anos observadas em interação livre com os seus bebés, três dias após o seu nascimento, não apontou para qualquer relação entre a idade materna e os comportamentos observados (toque, olhar, vocalizações, proximidade e distância em relação ao bebé e comportamentos voltados para si mesma). Concluem dizendo que seria o estatuto socioeconómico da mãe e não a sua idade o fator com maior impacto no relacionamento mãe-bebé.

No que concerne ao desempenho e satisfação com o papel materno, um estudo realizado por Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg e Robinson (1982, citados por Levandowski et al., 2008), comparando mães adolescentes e adultas, demonstrou que geralmente as adolescentes tinham menos responsabilidades pelos cuidados ao bebé, permaneciam mais tempo longe dele para realizar as suas atividades sociais e tinham menos satisfação com o papel materno, em comparação com as adultas.

Luster e Mittelstaedt (1993, citados por Levandowski et al., 2008)concluíram, a partir de uma revisão da literatura, que mães adolescentes forneciam um ambiente familiar menos protegido aos seus filhos e tendiam a ser menos responsivas verbalmente. No entanto num estudo de Brooks-Gunn e Furtenberg (1986, citados por Soares et al., 2001), comprova-se que, ao nível das vocalizações da mãe para com o bebé, não existem diferenças significativas entre mães adolescentes e mães adultas.

Crockenberg (1987, citado por Levandowski et al., 2008), num estudo

realizado com 40 mães adolescentes, confirmou principalmente naquelas que foram rejeitadas pelos seus pais na infância, que evidenciavam mais raiva e comportamentos punitivos em relação ao bebé quando os seus parceiros davam pouco apoio após o nascimento da criança. Outros estudos realizados no Brasil revelam maior incidência de maus tratos à criança, como bater e afastá-la de si para não ouvir o seu choro (Silva & Salomão, 2003, citados por citados por Levandowski et al., 2008).

Pelo exposto acima podemos compreender que a interação e investimento maternos da adolescente no seu bebé descrevem-se como menos efetivos, quando comparados com outras mães. Tal pode dever-se à falta de experiência para assumir o papel da maternidade, ao facto de serem ainda “crianças”, mesmo pensando que são adultas e podem assumir responsabilidades. No entanto quando a essas mães é oferecido um ambiente mais favorável, como receber apoios familiares e do parceiro, elas podem superar as vivências negativas e interagir de forma mais positiva com o seu bebé.

Este tema merece ser investigado com maior profundidade em Angola, podendo os hábitos culturais influenciar o investimento da mãe no seu filho, particularmente tratando-se de mães adolescentes. Em nossa opinião, os hábitos culturais ditam que uma grande parte das mulheres angolanas passe o dia em contacto físico com os seus bebés, levando-os a todo o lado onde vão. É típica a imagem da mãe “zungueira” (vendedora ambulante), debaixo do sol com o filho às costas ou no peito e mercadoria à cabeça, numa constante interação. Ao contrário, as mães funcionárias apresentam um padrão bem diferente, deixando os seus filhos em creches durante o dia. Porém, no que toca a mães adolescentes, talvez por irresponsabilidade ou por vergonha, estas preferem ficar em casa ou sair sem as crianças, deixando-as ao cuidado das avós ou mesmo abandonando-as. Não obstante, quanto à gravidez e maternidade nas adolescentes não existem estatísticas e estudos nos quais nos possamos basear, ou se existem não são publicados, dado que os serviços de saúde são limitados em recursos. Um outro fator não menos importante está relacionado com o facto de uma parte da população não ser controlada pelo sistema de saúde, pela circunstância de que não utiliza estes serviços para efetuar consultas, pelo que não entra nas estatísticas nacionais, impossibilitando um conhecimento concreto da realidade e o traçar de políticas de saúde e educação relacionadas com este grupo etário.

II – Estudo empírico

1. Objetivos

O objectivo principal desta investigação consiste em estudar e reflectir sobre o investimento materno no bebé por parte de mães adolescentes e não adolescentes angolanas, concretamente do Município do Lubango, comparando o investimento materno no bebé por parte de dois grupos de

mães: mães adolescentes e mães adultas. Pretende-se, igualmente, estudar as características psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC) numa amostra de mães angolanas. Constitui, ainda, objetivo do presente trabalho contribuir para a compreensão do significado da gravidez na adolescência e dos fatores nela envolvidos e analisar as mudanças ocorridas no âmbito familiar e social da adolescente grávida.

Tendo em conta os objetivos do nosso trabalho estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

H1 - A Escala de Investimento Parental na Criança, por ser um instrumento já estudado e usado em múltiplas pesquisas internacionais, mostrará boas características psicométricas, pelo menos em algumas das suas subescalas, à semelhança do que se verifica noutras investigações (e.g. Gameiro, Moura-Ramos & Canavarro, 2006).

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao investimento materno entre mães adolescentes e um grupo de controlo formado por mães adultas.

H2.1 - Mais concretamente, as mães adolescentes apresentam níveis mais baixos de investimento materno no bebé do que as mães adultas.

2. Metodologia

2.1 - Caracterização da Amostra

Tendo em vista os objetivos do nosso trabalho, identificou-se a população alvo – mães com bebés de idades compreendidas entre 1 semana e três meses de vida – de onde se retirou a amostra para o estudo. A amostra foi constituída por quarenta mães angolanas adolescentes (subamostra de estudo) e quarenta mães adultas (subamostra de controlo), num total de oitenta sujeitos de diversas origens étnicas, residentes na cidade do Lubango e sobretudo nos arredores e que tiveram bebés nas Maternidades Irene Neto, que é a Maternidade Provincial, e Maternidade da Mitcha, pertencente ao Hospital Municipal do Lubango, há mais de 1 semana e há menos de 3 meses. A recolha de dados ocorreu entre os meses de Novembro de 2011 e Janeiro de 2012.

Por conseguinte, tendo em consideração o objetivo central do estudo, a amostra foi recolhida com o cuidado de ter igual número de mães adolescentes (com idade inferior ou igual a 19 anos) e não-adolescentes/controlo (isto é, com idade superior ou igual a 20 anos). A seguir, apresentamos no Quadro 1, as características sociodemográficas das duas subamostras: mães adolescentes e mães de controlo. O mesmo Quadro apresenta as comparações entre as duas subamostras, através de testes qui-quadrado e *t* de Student (última coluna).

A amostra é constituída apenas por mulheres, correspondendo a 50% de mães adolescentes e 50% de mães não-adolescentes. Nas adolescentes, o grupo etário predominante é o de 18-19 anos, com 19 sujeitos, o que corresponde a cerca de 48% desta subamostra ($M = 17.38$; $DP = 0.95$). Na subamostra de mães não-adolescentes o grupo etário predominante é o dos 20-24 anos, com 24 sujeitos, o que corresponde a 60% da subamostra, ($M =$

25.65; $DP = 5.55$). A diferença de idade entre as duas subamostras é estatisticamente significativa, $t(78) = -9.13$, $p < .01$, o que se compreende tendo em conta o objetivo deste estudo e o critério de seleção dos sujeitos a incluir em cada uma das subamostras.

Relativamente ao estado civil, enquanto a maioria das mães adolescentes (29 mães) é solteira, o que corresponde a cerca de 73% da subamostra, no grupo de controlo a maioria vive em união de facto (26 mães), o que corresponde a 65% da subamostra. Atendendo à baixa frequência de mães casadas, decidiu-se unir as categorias, casada e união de facto para fazer a comparação entre as subamostras. Verifica-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, $\chi^2(1, N = 80) = 26.87$, $p < .01$, com um predomínio de mães adolescentes solteiras, enquanto na subamostra de não-adolescentes predominam as casadas/em união de facto.

O nível académico predominante nas adolescentes é da 7ª à 9ª classe, com 55% dos casos nesta categoria. Apenas 8 adolescentes (20%), concluíram da 10ª à 12ª classe. No grupo de controlo o nível académico predominante é a 1ª a 6ª classe, com 16 sujeitos (40%), seguindo-se as habilitações ao nível da 10ª classe ou superior, com 14 sujeitos (35%). A ocorrência de apenas uma mãe com nível superior levou a que se juntasse essa categoria com a categoria 10ª-12ª, para fazer a análise comparativa. Verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, $\chi^2(1, N = 80) = 7.52$, $p < .05$, com um predomínio de mães adolescentes de nível escolar intermédio (7ª a 9ª classe), enquanto na subamostra de não-solteiras predominam mães com nível académico mais baixo (1ª a 6ª classe) ou mais elevado (10ª classe ou superior).

O nível socioeconómico (NSE)¹ predominante é o médio nas duas subamostras, com 27 sujeitos em cada, o que corresponde a cerca de 68% dos casos, respetivamente. Como há só dois casos de NSE elevado em cada grupo, juntaram-se estes com os de nível médio para proceder à análise comparativa entre as duas subamostras. Tal como podemos verificar, não há diferenças significativas entre elas quanto a esta variável, $\chi^2(1, N = 80) = 0.00$, $p > .05$.

Em relação ao número de filhos, nas adolescentes a maioria (35) tem somente um filho (87%), enquanto no grupo de controlo a maioria tem dois filhos (12 mães, o que corresponde a 30%) ou um, três, ou quatro filhos (o que corresponde a 8 casos ou 20% em cada uma destas categorias). A diferença de número de filhos entre as duas subamostras é estatisticamente significativa, $t(78) = -6.46$, $p < .01$, o que, mais uma vez, se compreende tendo em conta o objetivo deste estudo e as idades das mães nas duas subamostras.

¹ Para a caracterização do nível socioeconómico foi elaborada uma classificação adaptada à realidade angolana, a qual contempla os seguintes parâmetros: área residência, tipo de habitação, características da habitação, eletrodomésticos e conforto e fonte de rendimentos (cf. Anexo 1).

Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra - Mães

	Adolescentes		Controlo		χ^2/t
	N=40	%	N=40	%	
Idade					
15-16	7	17.5			
17	14	35.0			
18-19	19	47.5			
20-24			24	60.0	
25-30			9	22.5	
30-34			2	5.0	
35-40			5	12.5	
	M=17.38 D.P=0.95		M=25.65 D.P=5.65		-9.13**
	Min=15 Máx=19		Min=20 Máx=40		
Estado Civil					
Solteira	29	72.5	6	15.0	26.87**
Casada	1	2.5	8	20.0	
União de facto	10	25	26	65.0	
Habilitações literárias					
1ª a 6ª classe	10	25.0	16	40.0	7.52*
7ª a 9ª classe	22	55.0	10	25.0	
10ª a 12ª classe	8	20.0	13	32.5	
Superior	0	0	1	2.5	
Nível Socioeconómico					
Baixo	12	30	12	30	0.00
Médio	27	67.5	27	67.5	
Elevado	1	2.5	1	2.5	
Número de filhos					
1	35	87.5	8	20.0	
2	5	12.5	12	30.0	
3			8	20.0	
4			8	20.0	
≥5			4	10.0	
	M=1.13 dp=.34		M=2.83 dp=1.63		-6.46**
	Min=1 Máx=2		Min=1 Máx= 9		

*p<.05 **p<.01

Quanto às características do bebé (Quadro 2), nomeadamente o seu género, em ambas amostras a maior percentagem recai para os bebés do sexo feminino, que correspondem a 65% da subamostra de mães adolescentes (27 casos) e 57% da subamostra de mães não-adolescentes (23 casos). Porém, as duas subamostras são idênticas quanto a esta variável, isto é, não existe diferença estatisticamente significativa entre ambas, $\chi^2(1, N = 80) = .85, p >$

.05.

Quadro 2: Características sociodemográficas da subamostra - Bebés

	Adolescentes		Controlo		χ^2
	N=40	%	N=40	%	
Género					
Masculino	13	32.5	17	42.5	.85
Feminino	27	65.5	23	57.5	

No que se refere às características das subamostras quanto à gravidez e nascimento (apresentadas no Quadro 3), 4 (10%) mães adolescentes responderam que planearam a sua gravidez e 36 (90%) não planearam a gravidez. No grupo de controlo, 15 (cerca de 38%) dizem ter planeado e 25 (62%) responderam que não planearam a gravidez. Verificamos que, nos dois grupos a maior parte dos sujeitos não planificaram a sua gravidez. Contudo, os dois grupos diferem significativamente quanto a esta variável, havendo um maior número de mães que planearam a gravidez no grupo não-adolescente, $\chi^2(1, N = 80) = 8.35, p < .01$.

No que diz respeito à reação das mães à gravidez, verifica-se que as mães adolescentes reagiram pior do que as não adolescentes, manifestando ter reagido muito negativamente ou ter ficado aborrecidas mas depois conformadas. Para comparar os dois grupos quanto a esta variável juntámos as duas categorias “ficou satisfeito” e “ficou muito satisfeito”, dado haver poucos casos de mães nesta última categoria. A diferença encontrada entre os dois grupos é estatisticamente significativa, $\chi^2(2, N = 80) = 20.72, p < .01$. Os pais dos bebés de mães adolescentes, em geral, também reagiram de uma forma mais negativa que os do grupo de controlo, $\chi^2(1, N = 80) = 9.60, p < .01$. Para esta análise juntaram-se as categorias duas a duas (“muito negativamente” com “ficou aborrecido mas depois conformou-se” e “ficou satisfeito” com “ficou muito satisfeito”).

A maioria das mães, tanto no grupo de adolescentes (cerca de 63%) quanto no grupo de controlo (cerca de 75%) fez consultas regulares de seguimento à gestante. É de realçar que o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva do Ministério de Saúde (MINSa) recomenda que sejam feitas pelo menos 5 consultas durante a gravidez, que considera consultas regulares. As mães adolescentes foram a uma média de 4.55 consultas ($DP = 1.84$) e as mães não adolescentes foram a uma média de 5.13 consultas ($DP = 1.80$). A diferença entre os dois grupos no que toca ao número de consultas não é estatisticamente significativa, $t(78) = -1.41, p > .05$.

Quadro 3: Características da subamostra – Gravidez e Nascimento

	Adolescentes		Controlo		χ^2/t
	N=40	%	N=40	%	
A gravidez foi planeada?					
Sim	4	10.0	15	57.5	8.35**
Não	36	90.0	25	62.5	
Como reagiu quando soube que estava grávida					
Muito negativamente	14	35.0	1	2.5	20.72**
Ficou aborrecida mas depois conformou-se	16	40.0	11	27.5	
Ficou satisfeita	7	17.5	22	55.0	
Ficou muito satisfeita	3	7.5	6	15.0	
Como é que o pai da criança reagiu à gravidez?					
Muito negativamente	5	12.5	0	0.0	9.60**
Ficou aborrecido mas depois conformou-se	11	27.5	4	10.0	
Ficou satisfeito	18	45.0	29	72.7	
Ficou muito satisfeito	6	15	7	17.5	
Consultas regulares de seguimento					
Sim	25	62.5	30	75.0	1.46
Não	15	37.5	10	25.0	
Número de consultas	M=4.55; dp=1.84		M=5.13; dp=1.80		-1.41
	Min=1 ; Máx=9		Min=1; Máx=8		

2.2 - Instrumentos

O protocolo da avaliação foi constituído pelos seguintes instrumentos:

2.2.1- Questionário Demográfico (cf. Anexo 2). Este questionário, elaborado no âmbito das teses de MI em Sistémica, Saúde e Família, é composto por questões com o objetivo de recolher dados sociodemográficos, tais como idade, nível de escolaridade da mãe, profissão, estado civil, número de filhos, pessoas em coabitação e conforto do alojamento, alguns dos quais permitirão caracterizar o nível socioeconómico.

2.2.2- Questionário Geral Sobre a Gravidez e Nascimento (cf. Anexo 3). Este questionário foi elaborado no âmbito desta tese de MI. Avalia questões como a reação da mãe e do parceiro face à gravidez, número de consultas realizadas, grau de satisfação para com o bebé, aleitamento, alojamento conjunto enquanto permaneceu no hospital, o peso do bebé à nascença e complicações ocorridas no parto.

2.2.3- Questionário para a Avaliação de aspetos ligados à Maternidade na Adolescência (cf. Anexo 4). Concebido no âmbito desta tese de MI e destinado às mães adolescentes avalia, entre outras variáveis, o

impacto da gravidez na adolescente, a reação dos pais, o apoio recebido por parte dos pais, do parceiro e de amigos e as competências do bebé.

2.2.4- Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC)

O instrumento EIPC (Bradley et al., 1997) foi aplicado na versão portuguesa de Gameiro, Moura-Ramos & Canavarro (2006). Trata-se de uma escala de auto-resposta de tipo *likert*, composta por 19 itens com 4 alternativas de resposta, desde 1 (concordo fortemente) a 4 (discordo fortemente). É destinada a avaliar o investimento socio-emocional dos pais em relação aos seus filhos. Esta escala possui, na versão portuguesa, 3 fatores, que são: 1) Aceitação do Papel Parental – refere-se a escolhas consistentes por parte dos pais em agir no melhor interesse do filho; 2) Prazer e alegria – inclui o afeto demonstrado e o desejo de passar tempo com a criança; 3) Conhecimento/Sensibilidade ante as necessidades da criança. Os valores do coeficiente de consistência interna estimados através do alfa de Cronbach da versão portuguesa da escala (Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008) são iguais a .68, .65, .67 e .70, respetivamente para os fatores Aceitação do Papel Parental, Prazer, Conhecimento e Sensibilidade e para o Total da escala.

2.3 - Procedimento

Foram realizados contactos com as Direcções do Hospital Maternidade Irene Lubango e Maternidade do Hospital Municipal da Mitcha para obter autorização para a recolha de dados. Uma vez obtidas as autorizações foram aplicados os questionários inicialmente a 10 mães para verificar se as questões eram bem compreendidas e adequadas. Confirmando este facto, aplicamos os questionários à amostra selecionada. A participação no estudo foi voluntária, tratando-se de uma amostra de conveniência, não aleatória. Os sujeitos eram esclarecidos acerca da investigação e seus objetivos, no momento que levavam seus filhos à consulta de puericultura (peso e vacinação) e caso quisessem participar no estudo assinavam um consentimento informado (cf. Anexo 5) no qual, para além dos objetivos e cooperação esperada das mães, se espelham as obrigações do investigador, relacionadas, principalmente, com a garantia de confidencialidade. As questões foram colocadas oralmente às mães e elas respondiam individualmente aos quatro questionários de uma forma privada. Caso apresentassem dúvidas estas eram pontualmente solucionadas, tendo-se o cuidado de garantir que nenhuma questão ficasse por responder.

2.4 - Tratamento estatístico dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – *STATISTICS 17.0*, para o seu processamento e análise. Fez-se a análise da estatística descritiva, para caracterizar a amostra total no que diz respeito ao género, idade, estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconómico, calculando as médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e as frequências para as variáveis

categoriais. Para analisar a equivalência entre as amostras recorreu-se aos testes Qui-Quadrado (para variáveis categoriais) e *t* de Student (para variáveis contínuas). Para a avaliação da consistência interna da EIPC calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Utilizou-se, de igual modo, o teste *t* de Student, para a comparação das médias entre as duas subamostras quanto aos resultados na EIPC. Os resultados na EIPC foram correlacionados com a idade das mães através do cálculo de um coeficiente de correlação de Pearson.

3. Resultados

3.1 - Gravidez e maternidade de mães adolescentes

No Quadro 4 são apresentados alguns elementos de caracterização da gravidez e maternidade na adolescência, obtidos a partir da nossa amostra de mães adolescentes.

No que se refere ao início da menstruação, a idade predominante foi a de 12 e 13 anos (com 13 sujeitos, correspondentes a cerca de 33% em cada uma destas categorias).

A primeira relação sexual ocorreu, segundo as respostas dos sujeitos, maioritariamente aos 15 anos (40%), seguindo-se como mais frequente a idade de 14 anos (que corresponde a cerca de 33% dos casos).

Quanto à alteração do estilo de vida, 22 adolescentes (55%) responderam que alterou um pouco e 14 (35%) responderam que o seu estilo de vida se alterou bastante. Em relação aos estudos, 25 adolescentes continuou com os seus estudos, o que corresponde a cerca de 63%, e 15 adolescentes (cerca de 38%) deixou de estudar. Quanto à vida familiar, a maior parte (cerca de 63%) refere não ter havido alteração. A maior parte dos pais destas adolescentes, 36 (90%), ficaram aborrecidos mas depois conformaram-se ante a gravidez da filha. Todas as adolescentes afirmam ter apoio dos familiares, mais do que dos amigos e de serviços. Relativamente à percepção das competências do bebé, 26 adolescentes (65%) responderam que o bebé segue o som e 38 (95%) afirmaram que fixa a cara da mãe.

Quadro 4: Variáveis relativas à gravidez e maternidade adolescente

	N=40	%
Idade da primeira menstruação		
11	8	20.0
12	13	32.5
13	13	32.5
14	5	12.5
15	1	2.5
		M= 12.45 ; DP= 1.04 Min= 11 ; Máx= 15
Idade da primeira relação sexual		
13	1	2.5
14	13	32.5
15	16	40.0
16	7	17.5
17	3	7.5
		M=14.95 ; DP=.96 Min=13 ; Máx=17
Nascimento alterou estilo de vida		
Nada	4	10.0
Um pouco	22	55.0
Bastante	14	35.0
Deixou de estudar		
Sim	15	37.5
Não	25	62.5
Alteração da vida familiar		
Sim	15	37.5
Não	25	62.5
Reação os pais		
Aborrecidos mas conformados	36	90.0
Satisfeitos	3	7.5
Muito satisfeitos	1	2.5
Apoio Familiar		
Sim	40	100
Não	0	0.0
Apoio de amigos		
Sim	15	37.5
Não	25	62.5
Apoio de serviços		
Sim	17	42.5
Não	23	57.5
O bebé segue o som		
Sim	26	65.0
Não	14	35.0
O bebé segue a cara		
Sim	38	95.0
Não	2	5.0

3.2 - Dados psicométricos sobre o Inventário de Investimento Parental na Criança

O Quadro 5 apresenta dados relativos à consistência interna da Escala de Investimento Parental na Criança e das respetivas subescalas (cf. igualmente o Anexo 6). Na subescala Aceitação do Papel Parental verifica-se que o coeficiente alfa é baixo (.423) mas sobe um pouco (para .528) se retirado o item 4. A subescala Prazer apresenta um coeficiente alfa igual a .584, enquanto na subescala Conhecimento e Sensibilidade o coeficiente alfa é igual a -.148. O valor excessivamente baixo deste último coeficiente justifica que esta subescala seja excluída das análises subsequentes. O coeficiente alfa da escala total é igual a .479, aumentando para .668 quando retiradas a subescala Conhecimento e Sensibilidade e o item 4. Este valor é

ainda um pouco inferior ao intervalo aceitável, considerado por muitos autores, de .70 a .90 (Almeida & Freire, 2003, Streiner & Norman, 1995, todos citados por Gameiro, 2008).

Quadro 5. Análise da consistência interna da Escala de Investimento Parental

Subescalas e escala total	Número de itens	Alfa de Cronbach
Aceitação do papel parental	6	.423
Aceitação do papel parental (sem item 4)	5	.528
Prazer	7	.584
Conhecimento e sensibilidade	6	-.148
Total	19	.479
Total sem subescala C&S	13	.629
Total sem subescala C&S e sem item 4	12	.668

A validade interna dos 12 itens, representada no Quadro 6, foi avaliada através da análise dos coeficientes de correlação entre cada item e o total corrigido (sem o item respetivo) e através dos coeficientes alfa de Cronbach excluindo os itens um a um. A maior parte dos itens, exceto o 16 e o 5, apresentam uma correlação com o total corrigido da respetiva subescala superior a .20, tal como é recomendado por vários autores, contribuindo para a consistência interna do instrumento (Pasquali, 2003, Streiner & Norman, 1995, citados por Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008). Os valores das correlações de cada um dos 12 itens com o total da escala vão no mesmo sentido (cf. Anexo 7).

Quadro 6: Correlação item-total e alfa se item retirado, por subescala (sem a subescala Conhecimento e Sensibilidade e sem o item 4)

Subescalas	Item	Média	DP	Correlação Item-Total subescala	Alfa de Cronbach excluindo o item
Aceitação do papel Parental (5 itens)	1	2.30	.74	.33	.446
	7	2.59	.69	.39	.415
	10	2.17	.65	.37	.432
	16	2.99	.74	.14	.566
	18	2.29	.70	.27	.490
Prazer (7 itens)	2	2.76	.579	.26	.565
	5	2.24	.621	.19	.599
	8	3.16	.462	.34	.533
	11	3.21	.469	.46	.492
	14	3.14	.470	.33	.538
	17	3.09	.396	.21	.576
	19	2.88	.487	.40	.512

No Quadro 7 são apresentados os dados de estatística descritiva

(média, desvio-padrão, mínimo e máximo) para as subescalas de Aceitação do papel parental, Prazer e escala Total. Neste caso incluímos todos os itens das duas subescalas e do total para permitir a comparação com o estudo português.

Quadro 7: Estatística Descritiva para a pontuação da Escala de Investimento Parental na Criança

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Aceitação do papel parental (6 itens)	14.94 (17.14)	2.13 (2.49)	9	19
Prazer (7 itens)	20.47 (22.39)	1.88 (2.90)	17	27
EIPC Total (19 itens)	49.53 (55.12)	3.78 (4.74)	41	58

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

Tal como se pode observar, os valores obtidos pela nossa amostra são inferiores aos da amostra portuguesa no que toca às subescalas Aceitação do Papel Parental e Prazer (e, consequentemente, EIPC Total).

3.3 - Comparação entre mães adolescentes e não-adolescentes quanto ao investimento no bebé

Em seguida, apresentam-se, no Quadro 8, os valores das médias e desvios-padrão das duas subescalas e o valor total da EIPC, quer para a amostra total quer separadamente para mães adolescentes e não adolescentes. Os valores obtidos pelas duas subamostras são comparados entre si. As diferenças entre as médias nas duas subamostras mostraram-se estatisticamente significativas para a subescala de Prazer, $t(78) = -5.024$, $p < .01$, e escala Total, $t(78) = -3.935$, $p < .01$, revelando que as mães mais velhas descrevem mais prazer e um maior investimento na relação com os seus bebés do que as mães adolescentes. A diferença observada na subescala Aceitação do Papel Parental não é estatisticamente significativa, $t(78) = -1.810$, $p = .075$.

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

	Total (N=80)		Adolescentes (N=40)		Controlo (N=40)		$t^{(1)}$
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Aceitação do Papel Parental (sem item 4)	12.34	2.05	11.93	2.35	12.75	1.68	-1.810
Prazer	20.47	1.88	19.55	1.55	21.40	1.74	-5.024**
EIPC Total (12 itens)	32.81	3.30	31.48	3.41	34.15	2.62	-3.935**

⁽¹⁾ Comparação entre as duas subamostras

** $p < .01$

O cálculo de coeficientes de correlação de Pearson entre os resultados da EIPC e a idade das mães (N=80) permitiu chegar a coeficientes positivos, de baixa magnitude mas estatisticamente significativos para a subescala Aceitação do Papel Parental e Total (respetivamente, $r = .268$ e $r = .243$, $p < .05$). Para a subescala Prazer a correlação não é estatisticamente significativa ($r = .145$, $p > .05$).

4 - Discussão

Depois de apresentarmos os resultados, faremos a interpretação dos mesmos e refletiremos sobre o respetivo significado, principalmente quanto aos aspetos considerados mais importantes.

A presente investigação pretendeu comparar o investimento materno no bebé em mães adolescentes e não adolescentes, na realidade angolana, concretamente no Município do Lubango, após desenvolver uma reflexão teórica sobre o investimento materno nestes grupos de mães. Pretendeu-se igualmente, analisar algumas características psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC) numa amostra de mães angolanas. Constituiu, ainda, objetivo deste trabalho compreender o significado da gravidez na adolescência e o de alguns fatores nela envolvidos e analisar as mudanças ocorridas no âmbito familiar e social da adolescente.

Assim revendo os objetivos e hipóteses do nosso trabalho e analisando os resultados obtidos, passamos a refletir sobre os resultados dos mesmos.

A análise dos dados obtidos através do Questionário demográfico, mostrou que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as duas subamostras quanto a idade – o que é esperado, tendo em conta o objetivo do estudo. Em relação ao estado civil, também encontramos diferenças estatisticamente significativas, o que também é expectável tendo em conta as características das subamostras: assim, encontram-se mais mães casadas ou em união de facto no grupo de controlo que no de mães adolescentes. Quanto ao grau de escolaridade também se encontram diferenças estatisticamente significativas. Assim, as mães do grupo de controlo estão mais uniformemente distribuídas pelos três níveis escolares, enquanto as adolescentes estão mais concentradas no nível intermédio – 7^a a 9^a classe –, o que se explica tendo em conta que, na sua idade ainda não tiveram tempo de avançar na escolaridade (o que explica a existência de menos jovens com níveis escolares mais elevados), embora existam também menos jovens com níveis escolares baixos, o que tem a ver com o crescente investimento na educação verificado no nosso país. Outra variável estudada foi o número de filhos que, tal como seria de esperar, é inferior no grupo de adolescentes.

Já em relação ao nível socioeconómico, o estudo não mostrou diferenças entre as duas subamostras, o que quer dizer que esta variável não influencia no nosso estudo, sendo que a maior parte dos dois grupos é do nível médio, o que nos leva a afirmar que a maternidade na adolescência não é um fenómeno que ocorra somente nas classes sociais ou economicamente baixas, mas que se encontra também noutros níveis (Levandowski et al., 2008). A diferença é que a adolescente de nível baixo poderá encontrar

diversos obstáculos ao seu desenvolvimento futuro, os quais, por exemplo, poderão interpor-se à continuidade dos seus estudos, embora ela possa ver a maternidade como um modo de afirmação, reconhecimento, independência e saída para a adolescente (Levandowski et al., 2008), meio para atingir a idade adulta e estatuto social dentro da comunidade (Geronimus, 1996, Merrick 1995 & Orsham 1996, todos citados por Pereira, Canavarro, Mendonça & Cardoso, 2003). Já a adolescente de meios mais favorecidos poderá encontrar apoios, observando-se a valorização e continuidade dos estudos.

Quanto ao sexo do bebé não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as duas subamostras.

Em relação à gravidez, as mães adolescentes planearam menos a sua gravidez do que as mães do grupo de controlo, o que vai de encontro ao expresso por Nascimento, Xavier e Sá (2011), para quem a não planificação da gravidez é a regra nas adolescentes grávidas, sendo o planeamento familiar algo que é alheio à vida e história das jovens mães. Provavelmente em consequência desta inferior planificação, também se verificam diferenças significativas quanto ao grau de satisfação ao saber da gravidez, ficando as mães adultas, assim como os seus parceiros, mais satisfeitos. Ao contrário, as adolescentes referem ficar inicialmente aborrecidas, embora depois se conformem. Com efeito, em geral a notícia que confirma a gravidez não é recebida de bom agrado pela adolescente, podendo esta ter mesmo reações adversas como medo e insegurança ante a nova realidade (Levandowski et al., 2008). Já o número de consultas realizadas não foi diferente em ambos os grupos, ainda que haja estudos que levem a supor que, com frequência, as gravidezes adolescentes são menos acompanhadas medicamente (Aretaris, 1999).

No que diz respeito ao Questionário para a Avaliação de Aspectos Ligados à Maternidade na Adolescência, os dados obtidos revelam que, quanto ao início da menstruação, a idade mínima encontrada foi de 11 anos e a máxima foi de 15 anos, com uma média de 12.45. Para o início das relações sexuais a idade mínima encontrada foi de 13 anos e a máxima de 17 anos, com uma média de 14.95. Face a estes dados questionamo-nos se foram ou não completamente sinceras, apesar dos aspetos de confidencialidade observados na recolha de dados. Na verdade, estes resultados contrariam os obtidos nos estudos realizados pelo Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP, 2002), que mostram que em Angola a atividade sexual se inicia bastante mais cedo, entre os 11 e os 12 anos de idade.

Na maior parte dos casos as adolescentes referem que o nascimento do bebé alterou um pouco as suas vidas: por exemplo cerca de 38% tiveram de deixar de estudar e ocorreu alteração na vida familiar na mesma percentagem de casos. Grande parte dos pais das adolescentes ficaram aborrecidos mas depois conformados com a gravidez da filha, mas não deixaram de dar apoio familiar, uma vez que todas elas afirmam ter recebido apoio por parte dos familiares. Ressalta-se aqui, também, a percepção pela

adolescente das competências do bebé, nomeadamente seguir o som e fixar a cara, sendo que a maior parte das adolescentes já percebeu a presença destas competências no seu bebé. Essa percepção favorável do comportamento de seus bebés, segundo Brussard e Hartner (1971, 1976, citados por Soares et al., 2001) faz com que as adolescentes possam estar em circunstâncias mais apropriadas para se adaptarem à maternidade e favorecerem o desenvolvimento emocional dos seus filhos.

Em relação às propriedades psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança encontraram-se correlações baixas entre vários itens e o total das subescalas, o que justificou a retirada do item 4 correspondente à subescala Prazer e a não consideração dos itens da subescala Conhecimento e Sensibilidade, pelo que as análises subsequentes foram feitas apenas com 12 itens, no total. Mesmo após a retirada destes itens os valores dos coeficientes de consistência interna estimados através do alfa de Cronbach revelam-se baixos, sendo iguais a .528, .584 e .668 para os fatores Aceitação do Papel Parental, Prazer e para o Total da escala, e inferiores aos correspondentes da versão portuguesa (Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008), iguais a .679, .654, e .669, respetivamente. Esta baixa consistência interna, que contraria a hipótese colocada (H1), pode indicar que a escala é pouco apropriada ao contexto angolano, ou que as mães tiveram dificuldade em compreender os itens. A título de exemplo, o item 2 (“Estou sempre a gabar-me acerca do/a meu/minha filho/a aos meus amigos e família”), é raro ou quase nunca as mães elogiam os seus filhos às pessoas, quer sejam familiares ou amigos, pelo que este item pode fazer pouco sentido no contexto angolano. Quem enaltece ou faz o elogio normalmente são as outras pessoas e não a mãe, o que se relaciona também com o conteúdo do item 3 (“Se se elogiam muito as crianças elas tornam-se vaidosas”). Outro aspeto tem a ver com o facto de as mães levarem ou não a fotografia do bebé (item 5). Quando o bebé é pequeno, pelo menos até ter um mês de idade, é raro as mães tirarem fotografias. Se as têm, deixam-nas em casa. Algumas têm-nas no telemóvel, mas na sua maioria não têm telefone com essa função. Estes aspetos culturais provavelmente também podem ser em parte responsáveis pelos níveis de investimento mais baixos obtidos na nossa amostra, quando comparada com a amostra portuguesa, quer na subescala de Aceitação do Papel Parental quer na subescala Prazer. Um outro motivo tem a ver com a própria constituição da amostra que inclui grande número de mães adolescentes, as quais investem menos em comparação com as mães adultas

Tal como se antecipou (hipótese 2), as duas subamostras apresentam diferenças significativas entre si no que se refere às subescalas de Prazer e no Total, demonstrando que as mães adultas manifestam maior prazer e maior investimento que as adolescentes (hipótese 2.1). As correlações positivas e estatisticamente significativas entre a idade da mãe e a Aceitação do Papel Parental e Total da EIPC apontam no mesmo sentido. Esta constatação está de acordo com Figueiredo (2001), quando menciona estudos onde se verificou que as adolescentes estabeleciam interações menos adequadas com o bebé, eram menos sensíveis às necessidades do bebé,

proporcionavam menos estimulação verbal e exibiam menos sorrisos, em comparação com as mães adultas. Também num estudo realizado por Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg e Robinson (1982, citados por Levandowski et al., 2008), que compara mães adolescentes e adultas demonstra que, em geral as adolescentes têm menos responsabilidades pelos cuidados ao bebê, permanecem mais tempo longe dele e retiram menos satisfação com o papel materno, em comparação com as adultas. Ressalta-se, também, as dificuldades que a adolescente pode estar a atravessar na interação com o seu bebê, dado os múltiplos ajustamentos que está a vivenciar, muitas vezes sem o parceiro para dar apoio (Coley & Chase-Landsdale, 1998, Lamb & Elster, 1986, Viçosa, 1997, todos citados por Levandowski et al., 2008). Infelizmente não encontramos estudos semelhantes que permitam a comparação com o nosso, no que respeita à realidade angolana.

5- Conclusões

Esta investigação pretendeu e refletir sobre o investimento materno no bebê por parte de mães adolescentes e mães não adolescentes angolanas, com idades compreendidas entre os 15 e os 40 anos, concretamente do Município do Lubango, comparando o investimento materno no bebê pelos dois grupos de mães. Através deste estudo pretendeu-se contribuir para a compreensão do significado da gravidez na adolescência e dos fatores nela envolvidos e analisar mudanças ocorridas no âmbito familiar e social da adolescente grávida.

Pretendeu-se, igualmente, estudar algumas características psicométricas da Escala de Investimento Parental na Criança (EIPC) nessa amostra. Os resultados de consistência interna referentes ao instrumento EIPC são considerados baixos. Assim, os assuntos que se abordaram no nosso estudo constituem um pequeno contributo para a validação ao nível de instrumentos de avaliação, sobretudo da EIPC, destinada a avaliar o investimento socioemocional dos pais nos seus filhos. Não perdendo de vista as limitações reveladas pelo instrumento quando aplicado à realidade angolana, o que limita a validade dos resultados, concluímos que as mães adolescentes investem menos nos seus bebês que as mães adultas, as quais retiram mais prazer da relação com eles.

Uma conclusão importante deste estudo tem a ver com a necessidade de alterar a EIPC, no sentido de a ajustar melhor à realidade angolana. Uma outra hipótese poderá, mesmo passar pela construção de uma nova escala. Entretanto, uma limitação do presente estudo poderá estar relacionada com as condições em que os questionários foram respondidos, na presença de outras mães, o que poderá colocar questões ligadas à confidencialidade. E apesar de haver a preocupação de se falar baixo de modo a não ser ouvido pelas presentes, as mães podem ter sido menos sinceras nas suas respostas, sobretudo no que diz respeito a questões mais íntimas, tais como idade do início da menstruação e idade da primeira relação sexual.

Os problemas que afetam a adolescência, entre os quais a gravidez precoce, devem merecer grande atenção por parte do governo, da

comunidade e dos investigadores, para que haja uma fundamentação teórica e empírica para explicar estes problemas a nível psicológico e oferecer um acompanhamento psicossocial de qualidade, no intuito de facilitar a adaptação das jovens mães à nova realidade.

É bem sabido que no nosso País há carência de investigação neste domínio e este é um campo fértil que está por explorar. É necessário que haja novas pesquisas em relação ao assunto maternidade adolescente e investimento materno, a fim de alargar o nosso conhecimento sobre este fenómeno, incluindo os medos e expectativas da adolescente, seus sentimentos e as mudanças que acompanham a gestante nesta faixa etária. Mais especificamente, estudos nesta área poderiam comparar mães adolescentes mais favorecidas e menos favorecidas, analisar a relação da jovem com o pai da criança, bem como o papel da família no cuidado da adolescente e do seu bebé.

Assim, estamos em crer que as pesquisas voltadas para a maternidade adolescente e investimento materno venham a dar crédito no planeamento de políticas de saúde e educação no nosso país, a fim de promover novos programas de ajuda e orientação aos jovens que se encontram nesta situação e aos adolescentes em geral, para que possam alcançar objetivos pessoais, prevenindo a gravidez e maternidade precoce e os problemas que podem advir desta situação, tanto para si, como para o filho e para a sua família.

Bibliografia

- Andrade, T. M. R., & Aegimon, I. I. L. (2006) Sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1). Acedido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872006000100010&script=sci_arttext
- Aretaris, D. (1999). Gravidez na adolescência. In M. Stanhop, & J. Lencaster (Eds.), *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 727- 729). Lisboa: Lusociência.
- Barreto, A. C. M., Almeida, I. S., Ribeiro, I. B., & Tavares, K. F. A. (2010). Paternidade na adolescência: Tendências da produção científica. *Revista Adolescência e Saúde*, 7(2), 54-59. Acedido de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=190
- Branco, J., & Mota, I. (2004). *Boas práticas na prevenção e acompanhamento da gravidez na adolescência. Projecto mais Vale Prevenir*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Brazelton, T. B. (1981). *Bebés e mães*. Rio de Janeiro. Editora Campos.
- Canavarro, M. C. (Ed.) (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, P. S., Lourenço, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2, 39-48.
- Clayman, C. B. (1992). *A Saúde da Mulher. Biblioteca Médica da Família* (5ª Ed.). Porto: Editora Civilização.
- Correia, M. J (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.
- Diniz, N. C. (2010). *Gravidez na adolescência: Um desafio social*. Trabalho de conclusão de curso de especialização, Campos Gerais, Minas Gerais. Acedido de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2336.pdf>
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539. Acedido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.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.

Gontinjo, D. T., & Medeiros, M. (2004). Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: Algumas considerações. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 6(3). Acedido de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/830/972>

Kyes, J. J., & Hofling, K.Ch (1985). *Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Estampa.

Leal, I. (2006). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Levandowski, D. C., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade Adolescente. *Estudos de Psicologia*, 25(2). Acedido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000200010

Lordelo, E. R., França, C. B., Lopes, L. M. S., Dacal, M. P. O., Carvalho, C. S., Guirra, R. C., & Chalub, A. A. (2006). Investimento Parental e Desenvolvimento da Criança. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 257-264. Acedido de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26111302>

Lores, J. M. F (s. d.). *A gravidez precoce e sua implicação sociológica e educativa para adolescentes*. Acedido de <http://br.monografias.com/trabalhos/a-gravidez-precoce/a-gravidez-precoce3.shtml>.

Nascimento, M. G., Xavier, P. F., Sá, R. P. (2011). Adolescentes grávidas: Vivência no âmbito familiar e social. *Revista Adolescência e Saúde*, 8(4), 41-47. Acedido de <http://www.adolescenciaesaude.com/detalheartigo.asp?id=294>

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

Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Mendonça, V. D., & Cardoso, M. F. (2003). Factores promotores de ajustamento emocional em jovens durante a gravidez. *Psychologica*, 33, 33-46.

Pinheiro, V. S. (2000). Repensando a maternidade na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 5(1). Acedido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000100011

Silva, V. V. P., & Sanchez, M. M. (2010). O vínculo mãe-bebé na gestação e no neo-natal. *Psicologia na Net*. Acedido de <http://www.psicologiananet.com.br/o-vinculo-mae-bebe-na-gestacao-e-no-neo-natal/2193/>

Soares, I., & Jongenelen, I (1998). Maternidade na Adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 373-384. Acedido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a03.pdf>

Investimento materno no bebé em mães Angolanas adolescentes
Salomé C. Enoque (salcenoque@yahoo.com.br) 2012

Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. & Matos, R. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto.

Tavares, G. (2009). *A construção de psiquismo. Psicologia*. Acedido de <http://estudoeanalisedocomportamentohumano.blogspot.com/>



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

Elerodomésticos e Conforto

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

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

Total: 2/4 = 0.5

Principal Fonte de Rendimento da Família

Cotação

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

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

Total: 2X2 = 4

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

8.5 = NSE BAIXO

Baixo = Pontuação total entre 2 e 10

Médio = Pontuação total entre 11 e 15

Elevado = Pontuação total entre 16 e 20



**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”.

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 _____

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE ASPECTOS LIGADOS À MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

1. De que forma é que acha que o nascimento do bebé alterou ou vai alterar a sua vida?
Nada Um pouco Bastante Muitíssimo
- 1.a [se estudava] Deixou ou vai deixar de estudar? Sim Não
- 1.b [se trabalhava] Deixou ou vai deixar de trabalhar? Sim Não
- 1.c Alterou ou vai alterar a sua vida familiar? Sim Não
- Se sim, em que sentido? _____
-
2. Como é que os seus pais reagiram quando souberam desta gravidez?
Muito negativamente (por exemplo, expulsaram-na de casa)
Ficaram aborrecidos mas depois conformaram-se
Ficaram satisfeitos
Ficaram muito satisfeitos
Eles não sabem
Não se aplica
3. Com que idade teve a primeira menstruação? _____
4. Com que idade teve a primeira relação sexual? _____
5. Recebe algum tipo de apoio (por exemplo, emocional, dinheiro, ajuda com o bebé...)
- 5a. Da família Sim Não
Se sim, que tipo de apoio? _____
- 5b. De amigos Sim Não
Se sim, que tipo de apoio? _____
- 5c. De serviços públicos (por exemplo, a maternidade ou outros) Sim Não
Se sim, que tipo de apoio? _____
- 5d. De outros Sim Não
Se sim, de quem e que tipo de apoio? _____
6. Acha que o bebé segue o som? Sim Não
7. Acha que o bebé fixa a sua cara? Sim Não
8. Há alguma coisa que a preocupe em relação ao seu bebé?
Se sim, o quê? _____
-
9. 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	12,64	3,323	,252	,348
Item 4 EIPC	12,34	4,277	-,073	,528
Item 7 EIPC	12,35	3,091	,403	,252
Item 10 EIPC	12,76	3,348	,322	,311
Item 16EIPC	11,95	3,618	,135	,422
Item 18 EIPC	12,65	3,446	,235	,359

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	17,71	2,714	,259	,565
EIPC5_rec	18,24	2,766	,190	,599
EIPC8_rec	17,31	2,800	,343	,533
EIPC11_rec	17,26	2,626	,458	,492
EIPC14_rec	17,34	2,809	,326	,538
EIPC17_rec	17,39	3,101	,205	,576
EIPC19_rec	17,60	2,673	,397	,512

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	11,83	1,918	,105	-,371 ^a
Item 6 EIPC	11,80	2,770	-,216	,075
Item 9 EIPC	12,16	2,695	-,162	-,001 ^a
Item 12 EIPC	11,54	2,125	,014	-,219 ^a
Item 13 EIPC	11,43	2,627	-,145	-,013 ^a
Item 15 EIPC	11,81	2,002	,103	-,347 ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale: Total

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	47,22	11,999	,346	,417
EIPC2_rec	46,76	13,247	,171	,461
Item 3 EIPC	47,24	14,664	-,162	,539
Item 4 EIPC	46,92	14,172	-,066	,510
EIPC5_rec	47,29	13,347	,126	,470
Item 6 EIPC	47,21	14,625	-,152	,529
Item 7 EIPC	46,94	11,958	,393	,409
EIPC8_rec	46,36	12,816	,385	,431
Item 9 EIPC	47,57	14,450	-,114	,516
Item 10 EIPC	47,35	12,484	,303	,432
EIPC11_rec	46,31	13,053	,304	,443
Item 12 EIPC	46,95	13,263	,078	,483
Item 13 EIPC	46,84	13,353	,103	,475
EIPC14_rec	46,39	13,126	,280	,447
Item 15 EIPC	47,22	12,734	,196	,454
Item 16 EIPC	46,54	12,378	,266	,437
EIPC17_rec	46,44	13,869	,094	,474
Item 18 EIPC	47,24	12,614	,243	,444
EIPC19_rec	46,65	12,813	,359	,433

Reliability - TOTAL-12

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	30,51	8,861	,351	,641
Item 7 EIPC	30,23	8,556	,474	,616
Item 10 EIPC	30,64	9,272	,313	,647
Item 16EIPC	29,83	9,716	,148	,682
Item 18 EIPC	30,53	9,088	,325	,646
EIPC2_rec	30,05	9,618	,275	,653
EIPC5_rec	30,58	9,842	,182	,669
EIPC8_rec	29,65	9,800	,320	,648
EIPC11_rec	29,60	9,433	,446	,631
EIPC14_rec	29,68	9,716	,342	,645
EIPC17_rec	29,73	10,227	,219	,661
EIPC19_rec	29,94	9,502	,399	,637