

DM
SILV/LM.1


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DISSERTAÇÃO PARA O MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

A PREMATURIDADE E O MATERNO

Orientadora: Profª Doutora Isabel Pereira Leal
Dissertação apresentada por: Lilia Maria Brito Garcia da Silva

1999

 ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 14516
Data: 18/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Agradecimentos

Desejo em primeiro lugar agradecer à Professora Isabel Leal a sua disponibilidade, encorajamento e estímulo que tornaram possível a realização deste trabalho.

Desejaria também agradecer à equipa da maternidade da qual faço parte o apoio sentido, companheiras de um projecto (que nem meu, nem teu, mas nosso), que se ainda continua de pé, é porque tem pernas para andar.

Agradeço ainda à Dra. Odília Nascimento, Dra. Teresa Tomé e Fisioterapeuta Sofia Carrêlo, a disponibilidade para a ajuda nos questionários.

Aos meus pais pelo apoio, incentivo e disponibilidade constante, demonstrados ao longo deste trabalho.

Aos meus ternos filhos, André e Carolina, pelo carinho e paciência com que nos momentos de aflição me diziam “Mãe se quiseres eu ajudo a passar mais essa cópia”.

Ao António um beijo muito especial, pela paciência com que me aturou e pelo apoio e ajuda no concretizar das ideias que fluíam muitas vezes sem rumo.

Por último gostaria de agradecer às mães das crianças prematuras com quem tenho trabalhado ao longo destes anos, o de me terem ensinado a grandiosidade de amar, a coragem e dedicação, manifestada nos momentos mais difíceis.

RESUMO

Com esta investigação pretendeu-se verificar se existiam diferenças nas dimensões de materno em mães que tiveram filhos prematuros e em mães que tiveram filhos de termo. Seleccionou-se uma amostra de 60 mães: 30 mães cujos filhos foram prematuros e 30 mães cujos filhos nasceram de tempo, no serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, assim como nos consultórios particulares de pediatras e de um ginásio de preparação e recuperação pós parto. As dimensões do materno, foram avaliadas por um questionário (AARP), utilizado pela primeira vez na tese de mestrado - *Um Filho a todo o Custo* - de Isabel Matos, questionário este que ainda está em investigação. A comparação dos dois grupos através do Mann Withney, tornou possível verificar a existência de diferenças significativas entre alguns itens, que confirmam haver diferenças entre os dois grupos. Os resultados contudo não apontam para o que esperávamos, e são reveladores de uma dimensão de materno (importância da maternidade para a mulher, maior desejo de um filho), mais acentuada nas mães de filhos prematuros, do que nas mães de filhos de termo.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. PREMATURIDADE.....	5
2.1. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE PREMATURIDADE.....	5
2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS PREMATURAS.....	8
2.3 O BEBÉ PREMATURO.....	10
2.4 A ETIOLOGIA DA PREMATURIDADE.....	14
2.5 OS EFEITOS DA PREMATURIDADE NO DESENVOLVIMENTO.....	21
2.6 A PREMATURIDADE NO MATERNO.....	26
2.7 OS EFEITOS DA PREMATURIDADE NA INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ.....	30
3. MATERNIDADE.....	36
3.1 DO BIOLÓGICO AO SOCIAL.....	36
3.2 O MATERNO - A ABORDAGEM PSICOLÓGICA PELO FEMININO.....	45
3.3 O MATERNO - A ABORDAGEM PSICOLÓGICA PELO MATERNO.....	55
3.4 O MATERNO - DO DESEJO AO PROJECTO DE MATERNIDADE.....	60
4. SOBRE A PREMATURIDADE E O MATERNO.....	69
5. OJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	77
6. MÉTODO.....	79
6.1 PARTICIPANTES.....	79
6.2 MATERIAL.....	83
6.3 PLANIFICAÇÃO.....	88
6.4 PROCEDIMENTO.....	88
7. RESULTADOS.....	90
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	96
9. CONCLUSÃO.....	103
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
11. ANEXO 1.....	116
12. ANEXO 2.....	117

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado "A Prematuridade e o Materno", insere-se numa linha de investigação acerca das problemáticas ligadas ao feminino e ao materno, dentro de uma área particular da Psicologia da Gravidez e Maternidade, e pretende contribuir para a conceptualização e definição destes mesmos conceitos. Mais especificamente procuramos investigar a dimensão do materno, nas mulheres que tiveram um parto prematuro.

O interesse sobre esta temática insere-se dentro do objecto de estudo da Psicologia da Gravidez e da Maternidade, que tem como foco de intervenção a mulher grávida e a mulher que se torna mãe. Deste modo procuramos: (1) Por um lado entender a inter-relação do psicológico (no nosso caso a vivência do materno) com o desencadear de problemas no processo gravítico (o parto prematuro) (2) E por outro, que o conhecimento do que se passa nas mães de prematuros, permita compreender o fenómeno da maternidade, numa perspectiva social, cultural e psicológica, numa tentativa de definição do conceito de Materno.

Obviamente que este interesse não pode ser descontextualizado de uma longa experiência clínica com crianças prematuras e suas mães, que nos tem cada vez mais questionado sobre o caminho, muitas das vezes conturbado e confuso, que vai do

desejo ao projecto de maternidade. Projecto este que é vitalício (nos casos em que a criança sobrevive), confrontando a mãe (os pais) pela vida fora com o seu próprio sentimento de incompletude, de falha.

Por outro lado o constatar da evolução das ciências médicas e dos avanços tecnológicos, leva-nos a pensar no quanto se tem desnaturalizado a importância da concepção, gravidez e maternidade. Não desmerecendo a sua importância (e ainda bem que existem) dão aos casais a ilusão de um aparente domínio da sua fertilidade, reduzem o significado criador da gravidez, tornando a mulher grávida uma doente e substituem os cuidados maternos por um “holding” mecânico.

A evolução na sintomatologia corrente no que se refere às perturbações que acompanham uma gravidez (agora mais frequentes as ameaças feitas de abortos espontâneos, e as gravidezes prematuras), não deixa de nos preocupar, porque ao afectarem directamente os órgãos afectados com a reprodução e a capacidade de conter uma criança, atingem de modo directo a vida do feto, assinalando ao mesmo tempo o seu aspecto perigoso.

Várias são as causas que podem desencadear um parto prematuro. Para além dos factores de natureza orgânica, psicossocial e ambiental, algumas investigações apontam outras mais relacionados com, dúvidas acerca da capacidade maternal, aceitação do bebé in útero como uma realidade independente, e dificuldades relacionadas com a própria experiência de maternidade que a mãe teve.

Alguns conceitos introduzidos por alguns autores (Sá, 1997; Leff, 1997) como de *convexidade do espaço interior* e *capacidade de contenção materna* existentes na gravidez, ajudam a perceber o papel contendor de materno na gravidez.

Relativamente à maternidade vemos que, a evolução histórica e o significado social que o conceito de maternidade tem sofrido ao longo dos anos, bem como as teorias psicológicas existentes sobre o materno (enquadradas num eixo discursivo psicanalítico), nos ajudam a perceber três aspectos essenciais: (1) A maternidade é mais do que um fenómeno biológico e fisiológico associado à gravidez e à capacidade reprodutora, mas sim o resultado de uma determinada dinâmica social e histórica (2) É um projecto longo prazo, que implica prestação de cuidados e dádiva de afectos, e neste sentido exige da mulher determinadas qualidades ou capacidades maternas (3) A gravidez enquanto experiência do feminino, confirmadora de uma identidade sexual feminina, pode ser também considerada como um tempo de preparação para a maternidade, na medida em que confronta a mulher com uma realidade que começa a existir (o bebé e o ser mãe), sobretudo a partir da percepção dos movimentos fetais.

Assim definimos como objectivos do nosso trabalho, perceber a vivência do materno nas mães de crianças prematuras.

O instrumento utilizado neste estudo, para medir o materno é o Questionário de Avaliação das Atitudes e Representações Parentais (AARP), construído e usado pela

primeira vez por Matos (1997), e que tem como finalidade avaliar as dimensões do feminino e do materno.

2. PREMATURIDADE

2.1. A Evolução Histórica do Conceito de Prematuridade

Em 1948, a primeira Assembleia Mundial de Saúde reconheceu a importância da prematuridade como grande causa universal de mortalidade infantil e adoptou uma definição internacional de prematuridade, «*prematuro é o neonato cujo peso de nascimento é de 2,500gr. ou menos*» (Crosse, 1980).

O Comitê da Organização Mundial de Saúde especializado em prematuridade (organização Mundial de Saúde «*Technical Report Series*» Nº 27, 1950) adoptou esta definição internacional, mas percebeu que não seria aplicável em todos os países. Isto porque se em algumas partes do mundo, esta definição tinha sido útil para diferenciar os recém nascidos que precisavam de cuidados especiais, noutros países esta mesma definição resultou em proporções muito elevada de recém nascidos prematuros, muitos dos quais não precisavam de cuidados especiais. Este facto levou à adopção de diversos níveis de baixo peso de nascimento, que gerou alguma confusão e impediu comparações.

Deste modo houve necessidade de reavaliação, facto que levou a Organização Mundial de Saúde a realizar um estudo em 18 países (em diversos estágios de desenvolvimento

sócio-económico) que revelou que muitos dos recém nascidos que pesavam 2,500gr. ou menos tinham uma idade gestacional maior do que 37 semanas, mas possuíam baixo peso de nascimento (Crosse, 1980). Em vista desta evidência de que muitos recém nascidos, incluídos nesta definição internacional não nasceram prematuramente, em 1961 um Comitê especializado em Saúde Materno Infantil recomendou que o conceito de prematuridade devia ser substituído pelo de «baixo peso de nascimento».(Crosse, 1980).

No segundo congresso Europeu de Medicina Perinatal realizado em Londres em 1970, decidiu-se que o peso de nascimento deve estar relacionado à idade gestacional e que as crianças nascidas antes de completar 37 semanas de gestação devem ser chamados prematuros, enquanto os nascidos após as 37 semanas devem ser chamados de termo.(Crosse, 1980)

Assim actualmente define-se recém nascido prematuro como aquele que nasceu com uma idade gestacional inferior a 37 semanas (OMS; 1992) considerando-se o peso ao nascimento um critério utilizado para definir o risco, na medida em que é um preditor mais fiel dos problemas do recém nascido (O'Brien, Soliday, McCluskey, 1995; Rosenblatt, 1997).

Deste modo para além da idade gestacional referimo-nos ainda ao peso do nascimento, que pode ser agrupado em três categorias: extremo baixo peso, muito baixo peso e baixo peso. As crianças podem ainda ser « pequenas para a idade gestacional», e nesta

situação apresentam um maior risco de desenvolver problemas de saúde e desenvolvimento, do que as crianças que têm um peso adequado à sua idade gestacional (Rosenblatt, 1997).

Nos Estados Unidos e no Canadá cerca de 1,1% do total de nascimentos durante um ano são bebês com muito ou extremo baixo peso à nascença, portanto com menos de 1500gr. (Minde, 1993). Curiosamente, em Portugal, Palminha (1997) refere sensivelmente a mesma percentagem, ou seja, cerca de 1% de recém nascidos que têm um peso inferior a 1500gr.

A análise da nossa realidade nacional revela, à semelhança de outros países, um aumento de nascimentos de crianças prematuras, nomeadamente de muito baixo peso (ou seja com um peso inferior a 1500gr.). Das 13 Unidades que participaram no Registo Nacional em 1994, e que representam um amostra representativa da realidade nacional, foram registados 660 recém nascidos de muito baixo peso, para um total de 825 nascidos em 1997.

2.2 Classificação das crianças prematuras.

As crianças prematuras podem ser classificadas como de **baixo peso**, com **muito baixo peso** e com **extremo baixo peso**. Esta classificação está relacionada com a maturação dos processos fisiológicos (funções respiratórias, digestiva e circulatória) do desenvolvimento fetal, que se encontra obviamente mais comprometida à medida que a idade gestacional for menor. Esta classificação torna-se importante pois permite estimar aproximadamente a intensidade, a natureza e a duração dos cuidados de suporte, que o bebé prematuro vai necessitar depois do nascimento.

Assim as crianças prematuras com **baixo peso** à nascença pesam entre 1500gr. e 2500gr. e nascem entre as 32 e 35 semanas de gestação. Cerca de 30% têm uma imaturidade dos pulmões e necessitam de algum suporte respiratório, existindo no entanto uma maturação das funções do cérebro, dos rins e do sistema digestivo, facto que permite que cerca de 90% destes bebés sobrevivam sem incapacidades.

As crianças prematuras com **muito baixo peso** à nascença pesam entre 800gr. e 1500gr. e nascem entre as 26 e 32 semanas de gestação. Cerca de 65% apresentam imaturidade a nível do sistema respiratório, e de outros órgãos e sistemas, o que os torna muito dependentes da ventilação mecânica durante vários dias após o nascimento, bem como de outros cuidados térmicos, nutricionais e farmacológicos. Consequentemente existe uma maior incidência de incapacidades a longo termo do que no grupo anterior.

As crianças prematuras com *extremo baixo peso* pesam à nascença menos de 800gr. e nascem antes das 26 semanas de gestação. A imaturidade dos vários sistemas é grande (pulmonar, digestivo, circulatório e renal) sendo os cuidados muito semelhantes aos das crianças de muito baixo peso, mas em termos de duração muito maiores, indo até (senão mais) ao 3º mês de vida pós natal. Menos de 50% sobrevivem sendo maior a frequência de incapacidades a longo termo.

A sobrevivência dos bebês prematuros de baixo peso tem aumentado substancialmente na os últimos 20 anos. O avanço de novas tecnologias tem permitido a sua sobrevivência, mas mesmo assim as crianças que nascem com um peso inferior a 1000gr. têm apenas 50% de hipóteses de sobreviver (O' Brien, Soliday, McCluskey-Fawcett, 1995).

2.3 O bebé prematuro.

Ao primeiro olhar, o frágil e quase transparente bebé prematuro colocado numa caixa de vidro, com um respirador artificial, monitores de batimentos cardíacos e respiratórios ligados por eléctrodos ao seu peito frágil e agulhas espetadas no braço, é totalmente o contrário do rechonchudo bebé do sonho imaginado.

Devido à sua imaturidade e baixo peso a sua aparência é bem diferente da dos bebés de termo. Parecem engelhados com uma pele vermelha, devido à falta de gordura existente entre a pele e os canais de sangue por onde o sangue corre, e o formato da sua cabeça é mais longa e estreita. Este facto por si só torna as crianças prematuras menos atraentes aos olhos dos adultos (Goldberg & DiVitto, 1995), podendo influenciar a percepção que os adultos irão ter como também o seu comportamento (Stern & Hildebrant, 1984).

Devido à sua imaturidade, o bebé prematuro possui também uma organização comportamental diferente, que pode ir de uma enorme reactividade e vulnerabilidade até à extrema letargia e ausência de resposta à estimulação (Lester, Tronick & Brazelton, 1982; in Seabra, 1993). Tronick, Scanlon e Scanlon (1990) caracterizam o recém nascido prematuro através da «hipótese da actividade paradoxal» que se define por dois aspectos. Por um lado estes bebés apresentam um limiar sensorial elevado, que os torna menos reactivos e como tal tem uma função protectora, e por outro lado por um baixo limiar de resposta defensiva aos estímulos intensos para ultrapassarem o

limiar sensorial, ou seja, o bebé está menos disponível para a estimulação mas uma vez iniciada a resposta, é hiperactivo (Seabra, 1993). Deste modo apresentam uma habilidade limitada para controlar os seus estados, incluindo menos capacidade para se auto acalmarem ou para actividades de conforto (Patteso & Barnard, 1990).

Sabendo-se também que as características temperamentais do bebé (defenidas por Thomas e Chess (1977) (por exemplo, o nível de actividade, a adaptabilidade, a resposta a novos estímulos, a qualidade do humor, a intensidade da reacção) afectam de forma significativa a maneira como os adultos respondem aos bebés, nos bebés prematuros esta aspecto ainda se verifica com maior intensidade.

Patteson & Barnard (1990) descrevem os bebés prematuros como sendo mais irritáveis e com quem é mais difícil de lidar, sendo mais passivos e menos responsivos ao seu meio ambiente e possuindo assim características temperamentais que podem influenciar negativamente os comportamentos parentais. Por exemplo, têm uma menor responsividade comportamental aos estímulos sociais e não sociais pelo menos até ao primeiro ano de vida (Coll, Halpern, Vohr, Seifer & Oh, 1992), e o seu choro agudo pode ser considerado irritante para os adultos (Goldberg & DiVitto, 1995 ; O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett,1995). Além disso é geralmente mais difícil acalmar um bebé premauro que tenha ficado perturbado. Tácticas, tais como pegar ao colo e embalá-lo podem sobre-estimulá-lo em vez de o acalmarem

Por outro lado os estados de sono e vigília também estão poucos desenvolvidos nos prematuros, apresentando por isso uma maior imprevisibilidade. A maior parte deles passa o tempo num estado de sonolência, em que vão abrindo e fechando os olhos, com uma respiração irregular e por vezes movimentos desordenados dos braços e pernas. Nos momentos em que fica completamente acordado e alerta, a sua atenção visual aos estímulos é breve e não intensa.

Muitos dos prematuros, especialmente os nascidos antes das 32 semanas apresentam pouca tonicidade muscular e os seus braços e pernas em vez de estarem flectidos estão em extensão. Estas alterações, devidas à própria imaturidade do sistema nervoso central, fazem com que os pais frequentemente tenham medo de lhes pegar ou até de lhes tocar (O'Brien, Soliday, McClustkey-Fawcett, 1995).

Aliado a este aspecto as dificuldades alimentares muitas vezes existentes nestes bebés, relacionadas com uma adaptação difícil ao biberão ou ao peito, devido a um longo tempo de alimentação por sonda ou parentérica, pode provocar nas mães um sentimento de inadequação ou rejeição nas mães, comprometendo a alimentação futura da criança.

Assim a imaturidade estrutural do equipamento de base de uma criança prematura, implica obviamente numa dificuldade de adaptação ao meio, que exigem cuidados especiais. Por outro lado, os comportamentos de elicitação normais de um bebé de termo são nas crianças prematuras bem diferentes ou quase inesistentes, permitindo

uma comunicação com o meio físico e humano fraca ou excessivamente estimulante. As suas características físicas iniciais podem também influenciar os subsequentes comportamentos de ligação com a mãe

2.4 A Etiologia da Prematuridade

O parto prematuro constitui uma causa importante de mortalidade perinatal e a sua origem permanece ainda hoje desconhecida numa grande percentagem de casos (Buescher e col. 1988; in: O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995; Seabra, 1993).

Do ponto de vista estritamente *orgânico e médico* (O'Brien et. al., 1995; Paul, 1992, Quine, 1997) tem sido demonstrada a associação entre vários factores de risco tais como placenta prévia, malformações uterinas, anteriores partos prematuros, etc. Estes autores referem existirem ainda outras variáveis, como por exemplo hábitos tabágicos, infecções urinárias ou a idade materna, que também estão associadas à prematuridade e que podem ser consideradas como potenciais desencadeadores daquela.

Para outros autores tais como Freda, Damus & Merkatz (1991) e Jack & Culpepper, (1991) (in O'Brien, Soliday, McCluskey-Fawcett, 1995) a falta de acompanhamento médico durante a gravidez, o consumo de drogas e uma dieta não equilibrada durante a gravidez podem ser factores desencadeadores de um parto prematuro. Tentando-se minimizar estes aspectos tem-se construído de programas de prevenção sobre educação maternal e acompanhamento médico adequado, que apesar de tudo não têm tido efeito na redução dos partos pré termo (Main, Gabbe, Richatdson & strong, 1985; in O'Brien, Soliday & McClusker-Fawcett, 1995).

No que concerne à etiologia *social e ambiental* da prematuridade (Goldberg e DiVitto, 1995; O'Brien et. al., 1995; Paul, 1992; Quine, 1997), verifica-se que mulheres oriundas de meios socio ambientais pouco favorecidos, são potenciais candidatas ao parto prematuro, comparativamente a outras que provenham de meios socio ambientais com maiores recursos.

Contudo tem sido difícil estabelecer uma relação directa entre estas duas variáveis, porque como nos refere Quine (1997) o facto de estas mulheres pertencerem a meios socio económicos mais desfavorecidos faz com que estejam mais sujeitas a experienciarem acontecimentos de vida negativos, muitas das vezes sem suporte social algum. Por outro a possibilidade de terem acesso à informação e educação para a saúde é também menor, reflectindo-se este aspecto nos poucos cuidados pré-natais.

Sabendo-se que existe ainda um número substancial de nascimentos prematuros não explicável por factores médicos ou ambientais, vários investigadores têm tentado encontrar quais os factores *psicológicos ou psicossociais* para a ocorrência prematura de nascimentos.

Neste sentido Newton & Hunt (1984; in: Seabra, 1993) e Williamson, Lefevre & Hector (1989, in: Quine, 1997) demonstraram haver uma associação negativa entre baixo peso/prematuridade e certos acontecimentos de vida importantes no último trimestre de gravidez. Definem estes acontecimentos de vida como aqueles

relacionados com situações de stress como por exemplo morte de um parente próximo ou a separação conjugal.

Autores como Rutter et al. (1993) e Collins et. al.(1993) alertam para a importância do suporte social durante a gravidez, nomeadamente na prevenção das complicações obstétricas, do baixo peso ao nascimento e do parto prematuro. Referem que um suporte social percebido como adequado, poderá funcionar como uma barreira protectora contra os efeitos nocivos do stress na grávida.

Outras investigações têm sido desenvolvidas no sentido de procurarem estabelecer relações entre os factores emocionais e o parto prematuro. Lederman (1979 in: Rutter et al., 1993 e Collin et. al., 1993) encontrou uma correlação significativa entre a ansiedade e as contracções uterinas e a lentidão no trabalho de parto.

Justo (1990) citando autores como Devault (1961), Mac.Donald e col. (1963) e Beck e col. (1980), assinala haver uma associação significativa entre o nível de ansiedade e o fim da gravidez e a ocorrência de problemas obstétricos durante o trabalho de parto, bem como a ocorrência de problemas pediátricos durante ou após o parto. O conhecimento de que as grávidas mais ansiosas durante o último trimestre, têm uma probabilidade maior de terem problemas, põs em relevo a importância dos aspectos psicológicos no desenvolvimento de uma gravidez saudável e consequentemente da necessidade de intervenção psicológica em conjunto com a intervenção médica.

Numa tentativa de se aprofundar os conhecimentos sobre as causas do parto prematuro, outros autores enveredaram por uma leitura mais dinâmica, acentuando dimensões relacionadas com uma organização psíquica, que podemos designar de *materno*.

Neste sentido Berkowitz & Kasl, (1983; in O' Brien et. al. 1995) referem que as atitudes negativas face à gravidez e à maternidade, nomeadamente a negação da gravidez, estão associadas a uma taxa mais elevada de partos prematuros.

Este aspecto foi também referido por Blau e colaboradores (1963; in: Ruter et. al., 1993) numa investigação baseada em entrevistas a mães de recém nascidos prematuros e mães de termo no terceiro dia do pós parto, ao verificarem que as mães de prematuros revelavam não somente atitudes negativas, como também uma gravidez não desejada, manifestando sentimentos de hostilidade e rejeição perante a gravidez. Estes autores salientam ainda que estas mães são frequentemente imaturas, preocupadas narcisicamente com o seu corpo e apresentam ainda perturbações do foro da identificação sexual.

Outro autor De Muylder (1989; in Seabra, 1993) salienta algumas diferenças relacionadas com a vida psicológica das grávidas internadas por ameaça de parto pré-termo, quando comparadas com um grupo de grávidas normais. Estas diferenças estão sobretudo relacionadas com a intensidade do desejo de ter um filho e tornar-se mãe, com a comunicação que a mãe estabelece com o feto durante a gravidez e com a

ocorrência de acontecimentos recentes causadores de stress. Assim verificaram que as mulheres do primeiro grupo experimentaram mais sentimentos negativos em relação à gravidez, maior insatisfação na sua vida pessoal, sexual e com o seu corpo, apresentam mais dúvidas acerca da sua capacidade materna e relatam mais acontecimentos desencadeadores de stress.

Estas ideias são reforçadas por De Muylder, Wesel, Dramaix e Candeur (1992) numa segunda investigação prospectiva, que as mães que mais tarde têm um trabalho de parto prematuro, são aquelas em que o investimento da gravidez é menor, ou seja, apresentam mais reacções negativas face à actividade fetal e maior dificuldade em aceitar o bebé ainda in útero como uma realidade independente. Referem ainda a existência de um menor apoio social por parte do companheiro, família e amigos.

De salientar tal como é referido por Seabra (1993), que o facto de grande parte destas investigações serem feitas depois do nascimento pode levar a alguns problemas de ordem metodológica, pelo facto de induzir uma distorção nos relatos das mães relativamente ao modo como vivenciaram a sua gravidez.

Diz-nos ainda a mesma autora (Seabra, 1993) que estas investigações privilegiam mais as condições exteriores ou acontecimentos de vida, desencadeadores de ansiedade, do que propriamente os sentimentos maternos e as vivências emocionais associadas à gravidez.

Fazendo de igual modo apelo a variáveis relacionadas com o materno, Langer (1986) refere que os insucessos de gravidez, entre eles o parto prematuro, são reveladores de uma impossibilidade de vivenciar a gravidez e a maternidade, ou por outras palavras de se representar como grávida e ou como mãe. Se durante a gravidez a mulher repete essencialmente a sua relação primitiva com a mãe e se esta relação não tiver sido afectivamente estável, o estar grávida no caminho de ser mãe, coloca estas mulheres numa situação de conflito, que não conseguem elaborar, tornando-se a via somática a única forma de expressão.

De forma análoga Maldonado (1992, pp. 209) afirma que: "...a dificuldade de engravidar ou levar cabo uma gestação de termo liga-se, inconscientemente, a uma falta de holding na relação com a mãe; ao não se sentir sustentada, a mulher sente dificuldades em sustentar e carregar dentro de si uma nova pessoa; a sensação precoce de vazio, de insatisfação e de não preenchimento de necessidades básicas na relação primordial costuma estar presente nas fantasias de um bebé voraz, sempre disposto a esvaziar as reservas da mãe". Deste modo "o crescimento do ventre, ao invés de proporcionar alegria e tranquilidade, gera o terror de ver o inimigo a aumentar, levando ao desejo de arrancá-lo, lá dentro, se possível prematuramente".

Leff (1997) realça também a importância de uma ligação entre o psíquico e o somático e diz-nos, que numa mulher grávida a incapacidade de suportar a sua ambivalência (face ao querer e não querer) ou a ideia de partilhar o seu corpo, pode ser tão intolerável que pode ter de recorrer à expulsão psíquica (negando a realidade mental

do bebê), ou à expulsão física levando ao nascimento de uma criança prematura. Neste sentido o que está sendo rejeitado, é uma parte rejeitada do seu mundo interior.

Da mesma forma que Maldonado (1992), Leff (1997) refere existir já durante gravidez uma dimensão de contenção, ao afirmar que a realidade psíquica durante a gravidez se assemelha a um “contentor-procriador”, postulando existir em cada mulher níveis de “permeabilidade” ou “imunidade psicológica” ao processo de “gestação emocional”.

Sá (1997) introduz ainda outro conceito quando afirma que nas mulheres grávidas, em que “o sofrimento mental se traduz numa convexidade do espaço interior para a interação com o bebê”, existe uma maior possibilidade do parto prematuro ocorrer, a partir do momento em que começam a ser percebidos os movimentos fetais (4º e 5º mês de gestação), logo quando a mulher é confrontada com a existência de um bebê real, que talvez nunca tenha sido imaginado.

2.5 Os efeitos da prematuridade no desenvolvimento

Existe uma vasta literatura sobre o risco associado à prematuridade e as suas consequências para o desenvolvimento posterior da criança, quer em termos físicos, cognitivos e comportamentais.

A ideia que prevalece é que as crianças prematuras alcançam as de termo nos primeiros anos de vida. Embora este facto seja verdade para algumas crianças, o risco associado à prematuridade não é homogéneo e o cenário não é assim tão idílico.

Várias são as variáveis que se têm de considerar, tais como: causas do nascimento pré termo, as complicações perinatais que lhes estão muitas vezes associadas e a natureza dos tratamentos ministrados.

Por outro lado, quanto menor for a idade gestacional (Whyte et al., 1993; in O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995), ou o baixo peso à nascença (Barrar, Roach & Leavitt, 1996), maior o risco do comportamento e do desenvolvimento ficarem muitas das vezes comprometidos. Sabe-se que grande parte das crianças prematuras que nasceram com uma idade gestacional superior a 32 semanas, não apresentam grandes problemas, mas se a idade gestacional for inferior a 28 semanas a percentagem de desenvolverem handicaps é cerca de 20% (Rosenblat, 1997).

Para além destes factores há ainda que considerar os factores ambientais em geral, como por exemplo a classe social, o ambiente familiar e os padrões de interacção maternal específicos (Barrat, Roach & Leavitt, 1996)

Uma das complicações perinatais mais comuns (que aumenta na proporção inversa ao tempo de gestação) é o dano cerebral provocado pela hemorragia intraventricular (HIV) e a sua incidência é grande nos prematuros de muito baixo peso, cerca de 30% a 50% (Nowicki, 1994). Existindo vários graus de HIV, as de grau III e IV são as mais graves e implicam défices desenvolvimentais e neurológicos mais severos, enquanto que as de grau I e II estão associadas a problemas neurodesenvolvimentais médios.

Outra das complicações perinatais é a insuficiência respiratória aguda, (ou displasia pulmonar) (Nowicki, 1994), causada pela ventilação mecânica. Infelizmente o suporte tecnológico que mantem a vida da criança provoca nalguns casos também danos nos pulmões.

No que diz respeito à saúde, as taxas de doença e hospitalização são sempre mais elevadas nas crianças prematuras do que nas de termo. Os problemas de saúde mais frequentes são os problemas respiratórios graves, a paralisia cerebral e alguns défices sensoriais, como a cegueira e a surdez (O'Brien, Soliday, McCluskey-Fawcett, 1995).

Em relação ao crescimento físico verifica-se igualmente diferenças nos bebés prematuros quando comparados com os bebés de termo, apresentando os primeiros um

maior atraso nesta área (Dann, Levine & New, 1958; Meisels, Plinkett, Roloff, Passick & Stiefel, 1986; in Goldson, 1996).

Por outro lado o risco dos bebés prematuros virem a sofrer de handicaps motores e sensoriais é maior do que nos bebés de termo. Bergès, Lezine, Harrison & Boisselier (1969; in Mellier, 1992) revelam que uma proporção significativa de bebés prematuros em idade escolar vem a manifestar alterações a nível do desenvolvimento espacial, temporal e na constituição do esquema motor.

No que se refere ao desenvolvimento cognitivo existem resultados contraditórios no que diz respeito a esta área, mas pensa-se que esta diferença possa ser devida às diferenças encontradas na amostra (em relação ao peso, idade gestacional e risco médico dos bebés) utilizada em vários estudos e ainda pelo facto de não existir um consenso sobre se a idade corrigida deve ser ou não utilizada nos testes de desenvolvimento (O'Brien, Soliday & McCluskey, 1995).

Por outro lado as investigações decorridas têm excluído as crianças prematuros com deficiências sensoriais ou físicas, daí que os resultados não possam ser generalizados.

Contudo a maior parte destes estudos é revelador de que em termos de QI e de resultados escolares (O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995), as crianças prematuras estão abaixo das crianças de termo, pelo menos entre os 6 e 8 anos (Goldson, 1996) e de que aos 11 anos as áreas de cognição que se encontram mais

comprometidas são a memória do trabalho e a velocidade de processamento (Rose e Feldman, 1996). Face a estes resultados, e embora não se possa generalizar estas afirmações, dado a maioria dos prematuros se desenvolver dentro da média sem problemas escolares, há que ter em conta de que o nascimento prematuro é um factor de alto risco no desenvolvimento de deficiências intelectuais e dificuldades escolares (O'Brien, Soliday, McClustwer-Fawcett, 1995).

No que se refere à linguagem investigações desenvolvidas por Taylor & Hack Klein, Schatschneider (1995; in Rose e Feldman, 1996) e Barrat, Roach & Leavitt (1996) mostram que os bebés prematuros de baixo peso, apresentam atrasos específicos no desenvolvimento da linguagem, nomeadamente em termos expressivos e compreensivos, em comparação com os bebés de termo da mesma classe social. Pearl e Donahue ((1995) verificaram também existirem estas diferenças nas idades de 41/2 num estudo comparativo. Contudo face aos resultados intelectuais não encontraram diferenças, face às crianças de termo. Curiosamente estes mesmos autores realçaram o papel importante das crenças e expectativas maternas que as mães fazem acerca do desenvolvimento.

A literatura sobre prematuridade, sobretudo nas crianças nascidas com muito baixo peso, indica também que estas crianças apresentam um maior risco de virem a apresentar dificuldades comportamentais nas idades pré escolares e escolar (Rosenblatt, 1997), com prevalência de problemas clínicos à medida que a idade avança. Rose et al. (1992, in Rosenblatt, 1997) reforçam nestas situações a

importância que as expectativas parentais e ansiedades bem como a qualidade da relação têm no poder desencadear destes problemas, percebendo a criança como mais vulnerável, mesmo na ausência de problemas.

Da mesma forma um estudo realizado por Bradley et al. (1995) coloca em evidência o papel importante das relações parentais, e a qualidade de estimulação dada à criança, para o desenvolvimento dos comportamentos de adaptação social.

2.6 A Prematuridade no materno

O nascimento de uma criança expressa a realização de um desejo consciente, integrado num projecto de vida relacionado com os ideais sociais, familiares, mas é também a realização de um desejo inconsciente, portador de significados desconhecidos pelos pais que dão vida.

Os pais passam por um processo de desenvolvimento durante a gravidez. Para além das mudanças físicas, a mãe experimenta mudanças psicológicas, estas últimas também partilhadas pelo pai. Ao longo do desenvolvimento intra uterino do bebé os pais vão formando expectativas diferentes acerca dele, preparando-se para a chegada do novo ser e para desempenharem um novo papel, de pais (Zeanah & McDonough, 1989; in Goldberg & DiVitto, 1995). Mas quando se dá um parto prematuro este processo é interrompido.

O nascimento de uma criança prematura acarreta necessariamente uma situação de crise, que provoca ansiedade na família, que assim como o bebé fica desamparada. A emergência do nascimento, os medos relacionados com a possível perda do bebé criam stress e uma potencial crise dos pais. Este facto aliado ao pai e mãe viverem e sentirem a situação de modo diferente e muitas vezes de um modo não sincronizado, pode criar enormes desajustamentos dentro do casal, provocando um desequilíbrio familiar (Seabra, 1993).

Sendo o parto prematuro na maior parte das vezes um acontecimento inesperado, os pais de uma criança prematura, estão também eles num estágio de desenvolvimento prematuro (Als, Lester, Tronick & Brazelton, 1982; in Seabra, 1993), e segundo Seabra (1993) parecem ser sobretudo as mães as mais afectadas pelo nascimento de um filho prematuro.

Ao nível psicológico elas são privadas das experiências próprias da última fase de gravidez, vivenciando-a como uma espécie de amputação, que introduz uma ruptura no desenvolvimento da fantasia materna (Teixeira, Leal, 1995). Muitas das vezes a rapidez do parto, ou a cesariana, dá pouco tempo à mãe para tomar consciência da realidade do nascimento do seu bebé. Estes sentimentos de irrealidade relatados pelas mães devem-se segundo Lavollay et col. (1982; in Areias e Botelho, 1992) ao facto do trabalho de parto ser acelerado e de ser retirado o bebé das mães logo a seguir ao parto.

Esta primeira separação física ligada ao nascimento, é agravada por uma segunda separação, aquela em que o bebé é levado para a unidade de cuidados especiais. A dor da separação agravada pela ausência do bebé, transforma estes sentimentos de irrealidade em sentimentos de frustração, de tristeza, de angústia, de culpabilidade e de abalo ao narcisismo materno (Lacourt, 1984; Seabra, 1993; Teixeira, Leal, 1995).

A seguir o bebê é confiado aos técnicos e a uma máquina substitutiva, que toma o lugar da mãe (Lacourt, 1984), que embora aceite, na medida em que garante a sobrevivência do seu filho, é também sentida como ameaçadora e acusadora.

A separação do bebê da mãe vai igualmente privá-la do contacto precoce com o seu filho. Sabendo-se da existência de um período sensível para a vinculação, que se caracteriza pelo impacto que o contacto precoce, nomeadamente o físico tem no estabelecimento de uma boa relação mãe-bebé (Zeanah & Donough, 1989), esta separação vai dificultar este contacto e ser um potencial desorganizador de uma boa relação mãe bebé.

Para além disto a mãe é confrontada desde muito cedo com a possível morte do seu bebé, o que lhe provoca, segundo Benfield, Leib e Reuter (1976; in Seabra, 1993), uma experiência de luto antecipado, semelhante à vivenciada pelos pais que perdem o seu filho no período neonatal.

Quando a mãe vê finalmente o seu bebé este é bem diferente daquele que imaginou. Pouco «fôfo», de aparência frágil e imatura, rodeado de aparatos médicos, causa muitas vezes um sentimento de estranheza e de desilusão (Seabra, 1993). Esta primeira imagem pode modelar as próprias expectativas maternas, e influenciar o modo como a mãe se vai relacionar com o seu filho no futuro, mantendo a etiqueta prematuro por longos anos.

Sentimentos de choque, de fracasso, de frustração por todas as gratificações esperadas, de ferida narcísica pela ausência de papel reparador de mãe e de reprodutora, de culpa e fuga à realidade, aparecem quando a mãe se depara com um bebê que em nada é parecido com o que esperava, que ela própria não é capaz de cuidar, e do qual tem medo (medo do desejo) de que acabe por morrer.

2.7 Os efeitos da prematuridade na interacção mãe-bebé

Sabemos hoje que a relação precoce mãe-bebé é um factor preditivo do futuro dessa relação e consequentemente do desenvolvimento emocional e cognitivo da criança (Teixeira, Leal, 1995).

A importância destas primeiras relações e do estabelecimento de padrões de interacção desde os primeiros dias de vida, tem sido sublinhado por diversos autores, nomeadamente a partir dos anos 70, em que houve um aumento de estudos sobre a reciprocidade e sobre a estrutura da interacção entre a mãe e o bebé. O modelo utilizado hoje em dia para se perceber as trocas complexas entre o bebé e os seus pais é o modelo transaccional, que nos descreve a relação precoce como um processo progressivo de transformações e integrações, em que mãe e bebé se modelam mutuamente.

Sendo assim é fácil percebermos que o nascimento prematuro de uma criança, provoca inevitavelmente uma ruptura destes padrões iniciais (Teixeira, Leal, 1995), com consequências sobre as vivências maternas e a organização da conduta do bebé , criando por isso dificuldades a nível da interacção. Neste sentido podemos dizer que o bebé prematuro é uma criança em risco de perturbações do desenvolvimento motor, sensorial, cognitivo, mas também de risco por «défices interaccionais» (Field, 1977; in Areias & Botelho, (1992).

Field, Dempsey & Shuman (1979; in Greenberg & Crnic, 1988) mostraram que havia diferenças consideráveis na qualidade da interacção entre as mães dos bebés prematuros e mães dos bebés de termo, durante os dois primeiros anos de vida.

Sabendo-se que o comportamento interaccional inicial pode ser influenciado pela percepção que as mães fazem acerca dos seus bebés, alguns autores pensam que uma das variáveis importantes, que irá determinar em parte a interacção que se mantém com o bebé, são os estereótipos que se tem acerca da prematuridade (Minde, 1993).

Em 1984, Stern & Hildebrant, relataram resultados de investigações que revelam que os adultos de um modo geral respondem às crianças na base de estereótipos e de expectativas, independentemente da observação que fazem do bebé. No caso da criança prematura em geral estas estão associadas a expectativas e percepções mais negativas, relacionados com a crença de que a criança é vulnerável e podem chegar a afectar o ajustamento psicológico, social e cognitivo da criança durante um longo período de tempo, de tal forma que as expectativas iniciais da mãe são confirmadas (Stern & Hildebrant, 1986).

Deste modo a relação entre mãe e criança prematura é em parte afectada pelo estereótipo maternal associado à prematuridade do bebé, afectando o seu comportamento independentemente de existirem, ou não, diferenças reais entre a criança prematura e uma criança de termo. O seu carácter persistente faz com que as

mães continuem a interagir com as suas crianças de acordo com as suas percepções desprezando a realidade da própria criança.

Em termos gerais, parece que os bebés rotulados de prematuros eram percebidos como menos desenvolvidos fisicamente, menos activos comportamentalmente, menos competentes cognitivamente, menos sociáveis, e menos bem parecidos do que os bebés de termo (Stern & Karraker, 1990; in Minde, 1993) mesmo quando os bebés estão exactamente a ter o mesmo tipo de comportamentos. Contudo há a salientar o facto de que ainda não se estudou de forma adequada, quais são as crenças das mães relativas ao seu próprio bebé prematuro (Goldgerg & DiVitto, 1995).

Por outro lado as mães dos bebés prematuros mostram também mais ansiedade, depressão e hostilidade (Patteson & Barnard, 1990) e menos confiança em si próprias do que as mães dos bebés de termo, pelo menos durante o primeiro ano de vida (Minde, 1993). O facto de muitas vezes pertencerem a um estatuto socio económico baixo, provavelmente com pouco suporte emocional, pode também influenciar a interacção com o bebé (Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson & Basham, 1983).

Areias e Botelho (1992) também verificaram que as mães cuja gravidez foi interrompida precocemente, se sentem mais ansiosas em relação aos cuidados maternos e às questões centradas com a criança.

Outra das características, descrita por Blank (1989), dos comportamentos das mães dos bebés prematuros, é o facto de parecer que há nas mães dos bebés prematuros uma ausência de antecipação do bebé, sem exploração nem descoberta, enquanto ser autónomo, existindo como que um estado simbiose que liga mãe e bebé, como se a gestação intra uterina ainda não tivesse terminado.

As mães dos bebés prematuros mostram também menos contacto cara a cara , menos sorrisos e falam menos com eles, nas primeiras semanas de interacção (Goldberg, Brachfeld e DiVitto, 1980), contudo quando em interacção com o bebé tendiam a ser mais activas e intrusivas, do que as mães dos bebés de termo , pelo menos no primeiro ano de vida do bebé. Greenberg e Crnic (1988), Crawford (1982) e Barratt, Roach e Leavitt (1986) explicam estes comportamentos descrevendo-os como uma estratégia de compensação destinada a ajudar as mães a adaptarem-se ao seu bebé, mas que há medida que o bebé cresce vão diminuindo.

Por outro lado, sabemos que as características do bebé no que concerne à competência social também influenciam o estabelecimento da interacção. Assim os bebés prematuros podem elicitar nas suas mães comportamentos diferentes, comparados com os bebés de termo (Barratt, Roach & Leavitt, 1996) visto que apresentam características diferentes, como já foi referido anteriormente.

Sabendo-se que existem áreas da competência social dos bebés que poderão ajudar no estabelecimento de uma boa interacção, como por exemplo previsibilidade do

comportamento, reacções sociais e clareza das pistas emitidas (Goldberg, 1997; in Bromwich, 1990), verifica-se que os grandes prematuros não mostram estes sinais de competência social. Pelo contrário eles estão muitas vezes irritados e não são fáceis de acalmar, são difíceis de alimentar, podem rejeitar ser pegados ao colo ou acariciados/ abraçados, podem não reagir (Goldberg, 1997; in Bromwich, 1990) e são menos claros e consistentes nas pistas que dão ao seus pais (Goldberg, 1997; in Goldberg & DiVitto, 1995).

Estas características foram observadas por outros autores, que referem que nos primeiros 4 meses as crianças prematuras eram menos responsivas (Patteson & Barnard, 1990; in Coll, Halpern, Vohr, Seifer & Oh, 1992), estavam numa atitude de menos alerta na interacção, mostravam mais aversão ao olhar e eram menos activas por si só (Crawford, 1982; in Patteson & Barnard, 1990). DiVitto e Goldberg (1995) chegaram às mesmas conclusões, acrescentando ainda que os bebés prematuros doentes eram menos activos de que os seus pares saudáveis.

Perante estes resultados parece não existirem dúvidas de que os bebés prematuros apresentam características específicas, que influenciam a interacção, contudo podemos perguntar se a alteram de uma forma definitiva.

Brachefeld, Goldberg e Slomam (1980; in Crawford, 1982) e Barrat, Roach & Leavitt (1996) revelaram que estes mesmos bebés, que apresentavam diferenças a nível do comportamento social nos primeiros meses, aos 12 meses e 20 meses não mostravam

diferenças no jogo interativo quando comparados com crianças de termo dessa mesma idade.

3. MATERNIDADE

3.1 Do Biológico ao Social

A Maternidade tem sido ao longo dos tempos, e de certa maneira ainda hoje, um tema sagrado. Não é pois por acaso que uma das imagens até hoje mais difundidas pela arte, representativas da maternidade e eternizadas por grandes pintores é o menino ao colo da mãe.

A mais habitual é a figura sacra tradicional da Virgem e do Menino ao seu colo, que nos remete para uma imagem de plenitude e completude, e cujo desenvolvimento se tornou particularmente importante com o cristianismo. O cristianismo tendo como modelo supremo a Maria Mãe de Jesus, e cujo desenvolvimento se acentuou a partir do século XVII, descrevia-a como um símbolo do amor e dedicação (Horta, 1999).

Neste sentido a maternidade era defenida em termos de dedicação e sacrifício. Faziam-se filhos para obedecer à ordem divina de «crescei e multiplicai-vos», para dar ao marido uma descendência, e ainda para cumprir um destino de mulher.

No entanto esta concepção de maternidade só começou a crescer em importância, e de certa maneira a ganhar um estatuto de culto, apenas a partir do século XVIII. Até

então as questões relacionadas com a educação, o amor materno e a ligação precoce à criança, foram questões ausentes, ou pouco valorizadas durante muitos séculos de história (Badinter, 1980; Leal, 1997). Por outras palavras, a função materna cumpria-se apenas às horas de parto e a pouco mais.

O conceito de maternidade, tem sofrido grandes alterações ao longo dos anos, ajudando-nos a perceber de que muito mais do que um fenómeno biológico e fisiológico, associado à gravidez e à capacidade reprodutora, ela é sobretudo o resultado de uma determinada dinâmica social e histórica (Badinter, 1980; Héritier, 1996; Leal, 1997).

E. Badinter (1980) no seu livro «O Amor Incerto» questiona precisamente esta ideia naturalista do amor maternal. Citando a autora « *Estou convencida que o amor maternal existe desde tempos imemoriais, mas não partilho a opinião de que existe necessariamente em todas as mulheres, nem que a espécie sobreviva apenas devido a esse amor* ». Por outras palavras, nada existe no próprio facto biológico que explique o instinto maternal, e sendo assim a maternidade não pode ser fundada exclusivamente na natureza (Héritier, 1996).

Sendo o amor maternal apenas um sentimento humano, quando se observa a evolução das atitudes maternais, verifica-se que estas estão relacionadas com as exigências e valores que dominam numa determinada sociedade, e num determinado momento histórico (Badinter, 1980; Morell, 1994; Leal, 1997). Valores estes que de certa

maneira têm determinado ao longo dos tempos a importância atribuída à função e ao desempenho do papel materno, bem como à mulher nas suas outras vertentes não relacionadas com a maternidade.

Para melhor compreendermos, vemos que quando a ideologia dominante, confere ao homem pai, todos os poderes, a mãe fica na sombra e o seu estatuto aproxima-se do da criança. Pelo contrário quando o acento ideológico se dirige à criança, interessando-se pela sua sobrevivência e pela sua educação, a figura essencial torna-se a mãe em detrimento da do pai. Assim a maior ou menor valorização que a sociedade faz acerca da maternidade tem categorizado a mulher em termos de boa ou má mãe (Badinter, 1980; Morell, 1994).

Leal (1995) refere ainda um outro aspecto extremamente importante que em parte tem também determinado a história do comportamento maternal. A autora diz-nos que numa sociedade que tem privilegiado a dualidade dos sexos, de acordo «*com uma diferenciação e uma especificidade primariamente de cariz biológico e secundariamente de representação social e cultural*», a função materna tem contribuído para diferenciar o desempenho social dos papéis de homens e mulheres. Mais ainda, tem contribuído para que através do materno a mulher (o feminino) se possa de alguma forma afirmar (Leal, 1995, 1999).

Deste modo a evolução a maternidade tem que ser entendida na sua relação com os valores que dominam numa determinada sociedade e num determinado momento social

e cultural (Badinter, 1980; Morell,1994), sendo em parte os responsáveis pela definição dos papéis respectivos de pai, mãe e da criança . Podemos mesmo dizer citando Kitzinger (1978) que «*o estilo de maternidade, é uma expressão de cultura e engloba um sistema de valores relacionados com o que é a mulher, e também com o que é o filho*».

Deste modo o amor maternal “ parece “ não ter existido até ao meio do século XVIII, enquanto valor familiar e social (Badinter, 1980; Correia, 1998). Atendendo à literatura, à filosofia da época e à teologia, mas também às próprias práticas educativas, verificava-se que no plano afectivo a criança tinha pouca importância para a família constituindo na maior parte das vezes um incómodo real. A criança a quem era atribuída um estatuto insignificante, era ainda considerada como símbolo da força do mal, e um ser im perfeito, descrição esta feita por Santo Agostinho (Badinter, 1980).

Assim sendo o panorama apresentava-se aterrador. O infanticídio era praticado em situações de miséria, sendo por vezes os bebés acidentalmente sufocados ou deixados cair de cabeça (Kitzinger,1978). Esta prática permitia preservar a vida da mulher, muitas das vezes colocada em perigo por causa do aborto, mas por outro lado dava a possibilidade de salvar para uma vida celeste a criança (Bonnet,1990; in Correia,1998).

Também o abandono foi uma prática usual durante a antiguidade, bem como o recurso às amas mercenárias. Este último verificava-se sobretudo ao nível da aristocracia e

burguesia, dado que a amamentação era considerada uma tarefa pouco nobre para uma senhora de boa condição, e a proibição religiosa das relações sexuais durante amamentação levava o pai a um longo período de abstinência .

Baseados nestes factos, existia nesta época uma desvalorização completa das tarefas maternas por parte da sociedade. As mulheres não tiravam portante qualquer glória em serem mães, e para tal deviam tomar uma via diferente da dos cuidados maternos.

Não deixa contudo de ser estranho que numa época em que a maternidade era tão desprezada, a função materna era no entanto a principal função da mulher. Esta ambiguidade do conceito de maternidade, remete-nos para uma noção de maternidade ainda muito ligada à natureza e destino de ser mulher, em que fecundo é igual a materno (Leal, 1995). Por isso ainda muito dependente do acontecimento biológico que é a gravidez, e não como um projecto a longo prazo que envolve prestação de cuidados e envolvimento afectivo.

É apenas no último terço do sec. XVIII que se dá uma revolução de mentalidades, que conduz a uma valorização da importância da criança e das funções maternas e a imagem de mãe transforma-se radicalmente.

Datam desta época o aparecimento de obras que apelam para o amor maternal, com especial impacto a de *Emilio* de Rousseau (Morell, 1994; Badinter, 1978), ao desenvolverem uma série de ideias novas que contribuem para o arranque da família

moderna, ou seja a família assente no amor maternal. A amamentação e a ideia de que devem ser as mães a cuidarem dos seus filhos, são dos primeiros indicadores dessas mudanças.

É assim neste século que se dá início à construção da nova imagem de mãe. As grandes mudanças nas vivências familiares que surgiram da necessidade das mulheres virem a ter um papel mais gratificante no universo familiar e portanto na sociedade, surgidas no séc. XVIII, acrescidas com a valorização dos laços afectivos nomeadamente em torno da figura da mãe ocorridas no sec.XIX, foram um marco importante na criação de uma nova maternidade, que como nos diz Correia (1998), passou a ser «*alargada e estendida à vivência da família muito para além dos nove meses de gravidez*».

O discurso psicanalítico veio igualmente contribuir para tornar a mãe, a grande responsável pela felicidade e equilíbrio psíquico do filho, tornando-se por isso a figura central da família. A psicanálise ao constatar a infância como um período rico e decisivo para o desenvolvimento harmonioso do adulto, destaca por isso a importância da relação entre mãe e bebé, isto é, da primeira relação humana, que passou a tornar-se um tema frequente. Neste sentido o papel da mãe passou a ser encarado como fundamental na prevenção da saúde mental da criança, tornando-se responsável por «*cuidar do inconsciente e da saúde emocional dos filhos*» (Maldonado, 1985, p.18 in: Leal, 1997).

A maternidade passa a ser vista como uma missão, uma prova de amor, tornando-se a criança no objecto privilegiado da atenção maternal. Cumpre agora à mulher, enquanto mãe, numa responsabilidade importante pela educação dos filhos e pela sua formação intelectual.

Amar o filho passa a ser vista como uma obrigação materna, e a partir desta altura a mulher só pode ser compreendida como mãe. Se uma vez casada não for mãe, o seu papel torna-se incompreensível (Coriveaud, 1889; in Horta, 1990). A nova imagem de mulher normal será a de sacrifício e dedicação, começando a surgir aqui a ideia de boas e más mães.

Esta promoção da maternidade contudo não pode ser vista sem um certo criticismo. Embora importante na medida em que permitiu a muitas mulheres viver a maternidade alegre e orgulhosamente, realizando-se numa actividade como útil e gratificante, reforçou certas expectativas relacionadas com o facto de que toda a mulher que se preze, tem que desejar ser mãe, possuir determinadas qualidades maternais para só assim se sentirem realizadas (Morell, 1994).

Não deixa no entanto de ser curioso, que face ao aumento de responsabilidade posta na mãe, a mulher continuava a manter-se dentro da sua dinâmica familiar, subordinada ao marido (Badinter, 1978; Morell, 1994).

Com a I guerra mundial e o desenvolvimento da industrialização a mulher constatou a sua capacidade de ir mais além do que ter filhos e educá-los, facto que obrigou a uma redefinição do papel atribuído à mulher (Badinter, 1978; Morell, 1994;). A mulher tornando-se apta para desempenhar uma actividade familiar, para além do círculo familiar, assegura assim a sua independência, alterando o tipo de relação que tinha com o homem.

O movimento feminista que se estende pelo mundo ocidental, nos finais dos anos 60 até meio dos anos 70, faz surgir um novo discurso feminino, e as feministas começam a analisar a maternidade como uma construção social. Primeiro por oposição ao domínio masculino, seguida pela valorização das características femininas não só relacionadas com o exercício da maternidade (Morell, 1994; Sayers, 1991). Escritoras americanas tais como Betty Friedan, Shirley Radl e Jessie Bernard (Morell, 1994) são um exemplo das feministas que procuraram desmistificar o ideal de maternidade, e que falaram da ambivalência normal das mulheres face à maternidade.

As mulheres começam a recusar a maternidade como a única razão para a sua felicidade e realização, começam a exigir aos homens a partilha dos encargos da parentalidade e da educação.

A maternidade deixa de ser a primeira e única preocupação da mulher, a par dela vêm outras ideias. Ao ideal de maternidade anteriormente aspirado por qualquer mulher, hoje em dia acrescenta-se um outro número de ideais igualmente importantes

Isto é concomitante também com a mudança de atitude do homem, com uma certa revolução da mentalidade masculina. O homem começa a participar na gravidez da mulher, compartilha o nascimento e as tarefas exigidas pelo bebé, pois agora partilha a sua vida com uma mulher que não quer ser mãe a tempo inteiro.

Actualmente tem-se filhos para satisfazer um desejo pessoal e com o desenvolvimento dos anticoncepcionais a mulher ou o casal pode mesmo decidir o momento em que os quer ter. Hoje em dia a maternidade longe de ser o único ideal na vida de uma mulher surge num contexto de um projecto em conjunto com outras ideias de vida.

Em síntese vemos que o conceito de maternidade tem como pano de fundo a dinâmica de uma sociedade num certo momento, historicamente determinado. Inscreve-se em padrões de cultura, nos quais concepções como sejam as de infância, qualidade de vida e direitos e deveres sociais do cidadão, têm uma importância fundamental (Leal, 1995).

Inicialmente muito ligada ao acontecimento biológico, como único requisito para a sua definição, veio a ser posteriormente enriquecida a partir do sec. XVIII, com a valorização das práticas educativas, da família e do amor materno, acentuando-se a dimensão da importância materna, de tal modo que para se ser mulher tinha que se ser mãe. Só mais tarde com o aparecimento dos movimentos feministas a maternidade passou a ser vivida como um desejo e um projecto entre outros, passando a ser considerada como uma opção na vida da mulher.

3.2 O Materno - A Abordagem Psicológica pelo Feminino

Vimos no capítulo anterior, que o evoluir social e antropológico ao longo dos anos do conceito de maternidade, nos têm cada vez mais afastado da ideia simplista e naturalista de que ser mulher é ser mãe, e de que ser mãe se reduz a um acontecimento pontual na vida de uma mulher apenas ligada a um acontecimento biológico e ao episódio gravítico.

Mais do que um fenómeno com valor universal gerado por uma natureza biológica comum, a maternidade é sobretudo uma construção cultural e social, onde ao longo da história, como nos diz Hérítier (1996) "cada sociedade elabora efectivamente frases culturais que lhe são próprias".

Para além do mais assume-se ainda como um projecto de vida, entre outros igualmente importantes, em que ser mãe deixa de ser a única possibilidade de realização da mulher. Como refere Leal (1995), o materno passa a ser apenas uma das possibilidades do feminino e não o feminino ele mesmo.

Contudo a literatura actual que se debruça sobre este conceito e em especial as teorias psicodinamicas, têm demonstrado precisamente o contrário ao considerarem gravidez e maternidade como sinónimos e partes integrantes no processo de aquisição de feminilidade e portanto inerentes à própria natureza feminina (Leal, 1997, 1999).

Lançando um breve olhar sobre o pensamento psicanalítico, verificamos que para Freud, a preocupação com as origens e a manutenção da masculinidade e feminilidade foi sempre considerado um aspecto essencial, de tal maneira como nos refere Stoller (1993) que «*com os conceitos de ansiedade de castração e inveja do pênis, Freud colocou os problemas de masculinidade e feminilidade no centro das suas teorias*»

Em 1905 nos *Três ensaios sobre a teoria da Sexualidade*, quando inicia o seu estudo sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil, assim como em 1933 numa conferência que dá sobre *Feminilidade*, Freud descreveu a feminilidade como sendo sobretudo uma construção edipiana, que se organiza a partir de uma situação de monismo fálico (Freud, 1989; Langer, 1986) na infância.

Quer com isto dizer que tomando como ponto de partida o desenvolvimento psicosexual masculino, postula existir à partida uma bissexualidade originária, em que o único órgão sexual reconhecido pela criança nos dois sexos é o masculino: o pênis no menino; e o seu correspondente na menina o clitóris .

Desta forma ambos os sexos passariam de igual forma pelas primeiras fases do desenvolvimento (estádios oral e anal), sendo contudo na fase fálica, que a menina ao constatar a diferença anatômica entre os sexos (sentida como presença ou ausência do pênis e subentendida como desvalorização), vai então elaborar a sua feminilidade pela procura do pai através do filho.

A descoberta de que são destituídas de um pénis, desencadeia nas meninas um sentimento de inferioridade e inveja face ao sexo masculino, e que acaba por impulsionar o desinvestimento da figura materna, até então investida como fálica, mas que na realidade também é castrada. É esta vivência que Freud designa por *Complexo de Castração* e, que constitui um ponto fulcral no desenvolvimento psicosssexual da mulher.

Deste modo a aquisição da feminilidade para Freud é conseguida quando a criança conseguiu realizar uma dupla tarefa: mudança da zona herógena (clítoris-vagina), que se traduz na renúncia pela menina da sua masculinidade original, e mudança do objecto de amor (da mãe para o pai).

Mais ainda, como anota Freud em 1933 no artigo das *"Novas Conferências"* sobre a *Feminilidade*, a condição primordial da feminilidade na menina estabelece-se quando *«a situação feminina é apenas estabelecida se o desejo de um pénis for substituído pelo desejo de um bebé, isto é, se de acordo com uma (...) equivalência simbólica, o bebé tomar o lugar do pénis. Não esqueçamos que a menina já anteriormente desejara um bebé, na fase fálica, era esse claro o significado de ela brincar com bonecas. Mas essas brincadeiras não eram de facto a expressão da sua feminilidade; serviam como identificação com a sua mãe(...). Ela desempenhava o papel de mãe e a boneca era ela própria. Só com a emergência do desejo de um pénis é que a boneca bebé se transforma num bebé filho de seu pai, e a partir daí, o alvo mais forte do desejo feminino »* (Freud, 1989).

De acordo com o exposto verificamos que é nesta equivalência simbólica (em que o bebé toma o lugar do falo) que se situa para Freud a problemática da feminilidade. Como referem Robert, Modesto, Pacheco, Vaz João e Duarte (1995) a « *feminilidade normal traduz-se então na equação: Mulher=Mãe e o círculo fecha-se nesta equação*».

Vemos assim que a psicanálise Freudiana reduz todo e qualquer interesse que tenham feminismo, trabalho, sexualidade e assim por diante, a um efeito de falta fálica e ao desejo edipiano pelo pai. É como se para Freud as mulheres não tivessem outro impulso independentemente do pai e do seu pénis, nenhum desejo centrado no seu próprio ser biológico e social, inclusive o que está ligado com a maternidade. Freud desconsiderou inteiramente o modo como o desejo é transmitido à filha, entre outras coisas, pelo desejo da mãe ou pela falta dele.

Dizendo de outro modo, torna-se por isso complicado que uma teoria, que se pretende geral e explicativa do processo do desenvolvimento psicosexual, para ambos os sexos toma por referente o masculino (Leal, 1997, 1999). Obviamente que não nos podemos esquecer do enquadramento social e cultural da época em que Freud gerou a sua teoria, regida por uma sociedade patriacal, onde se vivia uma idealização do masculino, e em que a mulher era indiscutivelmente considerada como inferior e diferente.

Numa crítica a esta tendenciosidade patriacalista e falocêntrica da teoria Freudiana outros analistas posteriores continuaram o seu trabalho acentuando contudo outras dimensões e aspectos intrapsíquicos da sexualidade feminina. Destacam-se os trabalhos de Deutsch, Horney, e Klein (entre outros), que valorizaram o maternalismo feminino, dando uma atenção mais imparcial à influência dos factores maternos e paternos (Langer 1986; Sayers,1992).

Deucsh (1961; Langer,1986; Sayers, 1992;) enfatizava ao contrário de Freud, e de acordo com os dados recolhidos através da observação directa de crianças e adultos, tanto as raízes paternas como as maternas na sexualidade feminina. Descreveu a psicologia das mulheres do ponto de vista dela mesma, rejeitando a explicação Freudiana de motivação feminina para ter bebés, baseada na inveja do pénis, e atribuiu à necessidade da mulher (caracterizada por uma vida instintiva de carácter passivo-masoquista) de se opor à passividade feminina através na identificação, na fantasia, com uma imagem activa de mãe.

Esta identificação torna-se essencialmente activa na fase que designa de puberdade (10, 12 anos), em que as questões relativas às diferenças anatómicas se atenuam, sendo a atenção das meninas dirigida essencialmente para o interior do seu corpo, para o desenvolvimento do seu peito, etc. É através da identificação com a mãe, particularmente intensa nesta fase, que a menina vai transferindo para o campo da realidade o que anteriormente eram brincadeiras simbólicas (por exemplo com bonecas), adquirindo estas actividades dimensões relacionadas com os projectos de ter

crianças, de as educar, de as criar, e que para esta autora constitui uma das características essenciais da mulher adulta, isto é a *essência feminina*. A maternidade surge assim num contexto de um aumento do narcisismo feminino.

É também nesta perspectiva que Melanie Klein (Langer, 1986; Klein, 1969; Sayers, 1992), define o estabelecimento da posição feminina, como factor no qual se inscreve a maternidade. Contrariamente a Freud considerava a identidade de género uma aquisição mais precoce, que ocorre no seio das primeiras identificações à mãe, logo num contexto inicial de feminilidade em que o modelo de identificação seria o feminino.

M. Klein acredita que o desejo edipiano da rapariga é despertado desde muito cedo e activado pela frustração infligida pelo seio maternal. Deste modo é a característica do primeiro objecto que está na origem da troca de objecto. A frustração oral provocada pela recusa materna, acaba por despertar na menina as suas tendências genitais, convertendo-se o pénis do pai no objecto de todos os impulsos. Este desejo sobrepõe-se assim ao de possuir um pénis como atributo da masculinidade.

Deste modo não é o resultado do complexo de castração, mas os factores internos (componentes instintivos femininos), que na relação com o objecto materno caracterizada por impulsos prévios de amor e ódio (qualquer que fosse o comportamento efectivo da mãe), levam à manifestação das tendências edípicas da menina.

A necessidade de ter filhos, representará tanto para a menina como para a mulher adulta, a possibilidade de reparar as suas relações objectais nomeadamente com a figura materna, para a qual tinham sido dirigidas pulsões agressivas.

Horney (Langer, 1986; Sayers, 1992) é outra das autoras que rejeitou o falocentrismo de Freud, opondo-se ao aparente insulto à auto estima da mulher representado pela explicação Freudiana com base na inveja do pénis, e argumentou que a psicologia das mulheres era determinada pela identificação inata com a mãe, e não pela identificação frustrada com o pai, chamando a atenção para a inveja masculina do maternalismo feminino, do poder da mulher da maternidade.

Esta foi uma concepção dominante durante muitos anos mas que foi rebatida por Stoller, que introduziu no campo da psicanálise uma nova abordagem do desenvolvimento da feminilidade.

Stoller (1993, p. 28) diz « *masculinidade e feminilidade é uma convicção- mais precisamente uma densa massa de convicções, uma soma algébrica de se, mas e- não um facto incontroverso. Além do fundamento biológico, a pessoa obtém estas convicções a partir das atitudes dos pais, especialmente na infância, sendo estas atitudes mais ou menos semelhantes àquelas mantidas na sociedade como um todo, filtradas pelas personalidades idiossincráticas dos pais* ».

Dito de outro modo a identidade de género refere-se principalmente a uma conducta psicologicamente determinada, e que está relacionada (independentemente do sexo do indivíduo) com a forma como o indivíduo se sente masculino ou feminino. Para além das características biológicas, cada pessoa, adquire estas convicções a partir das atitudes e comportamentos dos pais, comportamentos estes que por sua vez traduzem os valores e oscilações conceptuais da sociedade.

Stoller acredita ainda que existe um estado feminino em todas as pessoas, proveniente da antiga relação com a mãe. Na sequência desta ideia a masculinidade requer que o menino a determinada altura se separe da mãe, enquanto que feminilidade requer que a menina se separe da mãe enquanto objecto de desejo, mas não particularmente da feminilidade da mãe.

Partindo desta fundamentação o menino e a menina vão ao longo dos anos absorvendo do mundo estilos de feminilidade e masculinidade, onde factores externos, tais como conflitos, reforços gratificantes, exigências da vida, bem como as próprias mudanças fisiológicas contribuem para a formação da identidade de género.

Neste sentido destaca duas etapas na construção da feminilidade (1968, in Alvarez, 1995): Uma primeira que compreende uma identificação primária à mãe e que resultaria no *Núcleo da Identidade de Género*, que daria início a uma feminilidade primária inscrevendo-se sobretudo no plano do narcisismo (entendida como uma auto percepção da pertença sexual), e uma segunda, que decorre do édipo e da inveja que

lhe é própria que compreenderia o nível das *Identificações Secundárias* que implicaria um enriquecimento da feminilidade, nomeadamente o materno. O pai teria aqui uma função de moderador nas relações com o exterior, de ampliador de um espaço interno de experiências. Pode-se ainda considerar uma terceira etapa, característica da adolescência, em que a identidade feminina atinge o seu significado pleno, e que incluirá a maternidade.

A teoria introduzida por Stoller vem introduzir uma nova forma de olhar a feminilidade, passando a mulher de uma posição deficitária, para a de uma vantagem desenvolvimental em relação ao homem, e sobretudo está para além de um investimento da maternidade.

Em síntese vemos que o conceito de materno, dentro do paradigma psicanalítico, aparece relacionado directamente com o de feminilidade, inserido em teorias explicativas do desenvolvimento psicosexual da mulher.

Para a teoria Freudiana fica a concepção de que o desejo de maternidade (enquanto equivalente simbólico de um desejo do pénis do pai), na mulher com um desenvolvimento psicosexual normativo, encerra em si próprio a explicação de feminilidade.

Os analistas posteriores rejeitam a explicação Freudiana de motivação feminina para ter bebés, e introduzem tanto as raízes maternas como as paternas no desenvolvimento

da feminilidade. De um modo ou de outro a maternidade surge para estes autores, como requisito máximo do ser feminino, quer como expressão aumentada do narcisismo feminino (H. Deutsch), como reparadora das relações objectais com a figura materna (M. Klein), quer ainda como expressão do poder feminino (K. Horney).

De destacar ainda a teoria de Stoller que reforça o princípio feminino no desenvolvimento da feminilidade (colocando a mulher em vantagem desenvolvimental em relação ao homem), salientando a importância tanto dos factores internos (biológicos) como externos (atitudes e comportamentos dos pais), enquadrando a maternidade como um factor de enriquecimento da feminilidade.

Vemos assim com base no exposto que a maternidade entendida nos seus vários sentidos, quer como *desforra* (Freud), como *reforço do narcisismo feminino* (Deutsch), como expressão do *poder feminino* (Horney), ou ainda como *enriquecedora da feminilidade* (Stoller), continua a ser entendida como requisito fundamental do ser mulher, feminino.

3.3 O Materno - A Abordagem Psicológica pelo Materno

Continuando dentro de um eixo discursivo psicanalítico será contudo preciso esperar mais algum tempo, para vermos surgir os grandes teóricos do materno. Os discursos baseados na experiência feminina, nas noções freudianas e no Édipo, começaram a ser substituídos por outros mais ligados à qualidade da relação mãe-filho e ao bem estar e desenvolvimento da criança (Leal, 1999).

Nesta óptica assume-se principalmente a defesa dos interesses e bem estar da criança, a importância da mãe, e da relação mãe-bebê, bem como a natureza e qualidade dos vínculos estabelecidos nos primeiros tempos de vida, e sua importância para o desenvolvimento sadio do adulto (Leal, 1995, 1997, 1999).

Destaca-se Winnicott (1969, 1982) cujo trabalho assinalou a apoteose da psicanálise maternalista, ao falar-nos da existência de uma preocupação materna primária (identificação da mãe com o filho) que ele considera existir já na gravidez, e que é essencial para que a mãe suficientemente boa se antecipe e atenda às necessidades do bebê.

De acordo com Winnicott, o processo de maturação da criança é inato, e só faz sentido num contexto de dependência, isto é, enquanto cuidado por alguém. A possibilidade do bebê sobreviver a esta imaturidade pertence à mãe, à capacidade

desta, através de uma adaptação às necessidades do ego da criança, proporcionar-lhe tempo para o desenvolvimento das suas capacidades, como consequência da sua maturação.

Assim ele considera o processo de desenvolvimento da criança como um caminho que vai da *ilusão à desilusão*. Da ilusão de onipotência que uma mãe *suficientemente boa*, permite que o seu bebé a viva plenamente, adaptando-se às suas necessidades, mas que vai progressivamente conduzindo à percepção da realidade, e finalmente à descoberta do objecto materno e da dependência a seu respeito

Neste processo evolutivo que o autor chama de *transicional*, fase intermediária, da experiência, de repouso e ilusão tranquilizadora, Winnicott emprega uma metáfora *Holding* , que embora seja um termo de difícil tradução, refere-se sobretudo à capacidade que uma mãe tem de assumir seu filho, mas também de o reter, conter e sustentar. Neste sentido o termo *Holding* deve ser considerado não só num sentido estritamente comportamental, mas de uma forma mais ampla, que engloba os pensamentos e as fantasias maternas presentes em todas as suas atitudes em relação à criança.

Também Bion, (Leal, 1999; Mazett & Stoléru, 1990; Sá, 1997), postula existir entre a mãe e o bebé um vínculo emocional muito profundo. Parte do princípio que a criança tem necessidades corporais e psicológicas muito fortes e por isso necessita de um

objecto externo que o cuide fisicamente e que sirva ao mesmo tempo de contentor às suas angústias e ansiedades.

Neste sentido a mãe tem uma importante função organizadora das emoções do bebé, na medida em que sendo capaz de conter os sinais de tensão interiores manifestados pela criança (*experiências corporais impensáveis*) (Sá, 1997) mentalmente os dirigirá por meio da sua *reverie* maternal, dando-lhes um sentido que a criança experienciará, ligando deste modo a experiência corporal ao objecto de satisfação (*relação-contidente-conteúdo*). Igualmente as emoções que a mãe transportará para o seu bebé, têm que ser abrandadas, de modo a que possam ser recebidas pela criança sem perigo.

Os trabalhos de Sptiz (1965/1996; Lebovici, 1987; Mazet & Stoléru, 1990) colocam também em evidência a grande importância vital da relação mãe filho. Um dos grandes méritos deste autor, foi ter conseguido demonstrar que as relações afectivas, geralmente associadas ao campo puramente psicológico, tinham um grande impacto fisiológico e físico nas crianças, como verificou em numeroso casos de privação maternal.

Malher (1982; Mazet & Stoléru, 1990) talvez influenciada por Sptiz e baseando-se nos dados das observações sistemáticas do bebé, paralelamente ao seu trabalho com crianças psicóticas, elaborou uma teoria sobre o desenvolvimento relacionada com o processo psíquico de separação e individuação.

Talvez um dos maiores contributos de Malher é a distinção que faz entre o nascimento biológico do nascimento psicológico. Refere que embora o corte do cordão umbilical leve a um distanciamento físico total do bebé, o sentimento de ser separado e individualizado só aparece ao fim de longos meses.

Este processo envolve diversas fases, iniciando-se com uma fase de autismo normal, seguida por uma outra de dependência, em que a mãe funciona como ego auxiliar, uma vez que o self infantil ainda não está bem definido. Gradualmente a criança vai iniciando movimentos de aproximação e distanciamento, que equivalem a uma conquista progressiva da individuação psíquica e física, até que por fim atingirá a sua independência, quando a mãe existir dentro de si através de uma representação interna simbólica.

Estes conceitos e muitos outros, como por exemplo o de *Vinculação* de Bowlby, *Bonding* de Klaus e Kennel, *Interações Fantasiosas* de Soulé, bem ainda os trabalhos dos *interaccionistas* (Brazelton, Cramer, Kreisler, Shappi & Soulé, 1987; Lebovici, 1987) que em muito ajudaram para a compreensão da natureza da interacção precoce onde se destacam os trabalhos de Stern, têm contribuído, e muito, para chamar a atenção para as necessidades específicas da criança ao longo do seu desenvolvimento, bem como das formas de resposta a estas necessidades por parte da mãe.

Em síntese vemos que as teorias do materno introduzem noções particularmente importantes para a compreensão do fenómeno da maternidade, dando ênfase,

contrariamente às teorias do feminino, ao bem estar e desenvolvimento da criança. Pondo a tónica na importância e qualidade da relação mãe-criança e natureza deste vínculo, a função materna pode ser definida como *“uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil, que existe em função das necessidades do outro e por isso interactiva e produtora dos estímulos que as crianças precisam para se desenvolverem* (Leal, 1999).

À guiza de conclusão talvez possamos dizer que o acto de ser mãe exige da mulher, uma capacidade de se adaptar às necessidades da sua criança (Winnicott), que seja capaz de conter as angústias e tensões da criança, dando-lhes um sentido e devolvendo-as de uma forma abrandada (Bion), e ainda que seja capaz de ajudar o seu filho a separar-se quer física quer psicologicamente.

3.4 O Materno - do desejo ao projecto de maternidade

Contudo a prática clínica mostra-nos, que se é verdade que para algumas mulheres a gravidez e a maternidade são um mesmo momento num só processo necessário à sua feminilidade, para outras mulheres pelo contrário são desejos que em nada têm de coincidentes. Porquê?

Ter filhos é uma ambição comum e legítima para a maior parte das pessoas. Para além de um desejo e dever de descendência (Héritier, 1996), é também um desejo e um dever de realização. Neste sentido, segundo refere Sá (1997), *«os seres humanos precisam de ser pais, na medida em que o filho com que se sonha representa sobretudo a eternidade possível dos pais, nele condensando os projectos que se deixaram por concretizar, mas que se pensa poder e saber realizar através dos filhos.»*

Mantendo acesa uma noção de imortalidade, numa longa cadeia que vincula cada pai com os seus próprios pais ancestrais, o desejo de um filho representa pois uma promessa de continuidade imediata da vida dos pais, bem como uma personificação dos valores, ideais e tradição familiar.

Segundo Maldonado (1997) a decisão de ter um filho, deriva da interacção de vários motivos, conscientes e inconscientes. Em cada caso individual seria impossível distingui-los todos, não obstante para se poder dar uma ideia da complexidade do

desejo, vemos que as motivações que levam uma mulher a desejar ter filhos podem ir desde a necessidade de aprofundar e dar expressão criativa a uma relação conjugal importante; podem estar integrados dentro de um plano de vida em relação com os ideais sociais e familiares de cada sujeito (Soulé, 1982; in Brazelton & Cramer, 1992), ou expressar a satisfação das várias necessidades narcísicas (fantasia de ser completa e onipotente bem como de simbiose e fusão) (Brazelton & Cramer, 1992.; Colman & Colman, 1994; Maldonado, 1997).

O desejo de um filho pode incluir também a promessa de renovar antigos laços afectivos de infância (Brazelton & Cramer, 1992), ou ainda a possibilidade da mulher gratificar-se a vários níveis, através da identificação com a sua mãe, (Langer, 1986; Soifer, 1977), pela realização de um desejo infantil de presentear o seu pai com uma criança, ou por último ser a comprovação da sua própria fertilidade (Langer, 1986).

Seja quais forem os motivos que levam uma mulher a decidir ter filhos, os fundamentos deste desejo são múltiplos e frequentemente confusos. Trata-se essencialmente de tomar o lugar na cadeia de gerações, e de se submeter a uma lei da natureza, que assinala o acesso à maturidade, mas que anuncia ao mesmo tempo o nosso envelhecimento e morte (Colman & Colman, 1994; Debray, 1988; Matos, 1997).

Surge então a gravidez, indispensável à vida humana para que se possa assegurar a descendência e perpetuar a espécie. Definida como um período de mais ou menos 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto, envolve reestruturação e

reajustamento a várias dimensões, físicas e psicológicas.(Cruz,1994; Colman & Colman, 1994; Justo, 1990; Soifer, 1977; Maldonado, 1997).

A gravidez pode surpreender uma mulher que se descobre grávida, quando apenas começou a pensar ter um filho, ou teve tempo para recuperar-se do último, ou mesmo estava determinada a evitar a gravidez. Pode ainda ser a realização de um sonho acalentado desde a infância, ou a anulação da sua existência livre. A mulher grávida pode ter um companheiro fixo, estar sózinha, ou ter um relacionamento com outra mulher. Quer seja planeada ou inesperada, a gravidez pode gratificar ambos os parceiros, somente um ou nenhum dos dois. O momento em que ocorre e o seu significado varia de mulher para mulher e na mesma mulher ao longo da sua história, e sobretudo pode ter muito pouco a ver com o esperado bebé.

Mas de uma forma ou de outra a gravidez é sobretudo um momento de criação, transformação e significado simbólico, que confirma na mulher a sua integridade corporal, as suas faculdades reprodutoras, ou por outras palavras, a sua identidade sexual feminina (Colman & Colman, 1994; Leal, 1990; Leff, 1997). Podemos mesmo dizer citando Leff (1997, p.16) que a «...a gravidez é uma experiência requintadamente feminina...», ou ainda segundo Leal (1990) «...um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém: vida ».

A gravidez considerada como uma fase de transição, enquadrada no processo normal de desenvolvimento, caracteriza-se no entanto por um estado temporário de equilíbrio instável, uma vez que envolve transformação e mudança ao nível da identidade, papéis sociais e corpo (Colman & Colman, 1994; Leff, 1997; Maldonado, 1997). Mudanças de identidade, mudanças da imagem do corpo, alterações dos ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos, bem como a confusão de apoios em redor e o peso das expectativas face ao parto e ao futuro como mãe, criam na mulher um equilíbrio delicado que mais frágil se torna, quanto mais insegura ou em crise se encontra a mulher.

As 40 semanas de gravidez dão à mulher a oportunidade de se adaptar corporal mas também psicologicamente. A gravidez faz reavivar em toda a mulher, desejos antigos experimentados na infância face aos seus próprios pais, vividos então como adultos todos poderosos. Para alguns autores é essencialmente uma experiência regressiva (Soifer, 1971) que indica uma identificação da grávida ao feto, e um reavivar da relação com a sua mãe (Langer, 1986; Zuckenberg, 1980 in: Justo, 1994). Estes desejos que se actualizam num momento da vida são eles mesmos, necessariamente, contraditórios e profundamente ambivalentes (Colman & Colman, 1994; Debray, 1988).

Neste sentido a gravidez fragiliza psicologicamente uma mulher, na medida em que a deixa mais próxima dos alicerces da sua personalidade, vivendo mais intensamente os seus afectos e emoções (Sá, 1997). É em todo o caso a finalização de um longo

caminho que vai da imaturidade funcional da criança à maturidade do adulto, física e sexual que o nascimento irá confirmar, maturidade psíquica se é que ela existe.

Cada gravidez é única, na medida em que cada mulher vivencia-a à sua própria maneira, com uma determinada tonalidade e qualidade afectiva, podendo até variar na mesma mulher de gravidez para gravidez. Apesar do amplo leque de variação individual e cada gravidez ser diferente, alguns autores como Maldonado (1997), Leff (1997) e Colman & Colman (1994), salientam três fases, cada uma desencadeada por uma mudança psíquica.

A primeira fase da gravidez que Colman & Colman designam por "Incorporação" surge com a percepção consciente ou inconsciente da realidade da gravidez. A tarefa fundamental nesta fase implica aceitar a existência de um feto em desenvolvimento no seu corpo, o que para a mulher significa lutar com o seu corpo com tudo o que isso implica, prespectivando todas as mudanças, interpessoais e intrapsíquicas que irão ocorrer.

Assim surge a ambivalência entre o querer e o não querer, vivida então com um misto de sentimentos de alegria e tristeza, certeza e dúvida, num caminho cheio de mistérios por descobrir. Surgem as insónias, náuseas e vômitos que são segundo Soifer (1971) não só um meio para evidenciar a gravidez, mas também a expressão da ambivalência que surgiria com o aumento das vivências persecutórias face à maternidade, ou segundo Langer (1986) o desejo de expulsar o feto ou o que este representava para o

seu inconsciente. É sobretudo uma fase em que a mulher está muito preocupada em adaptar-se às novas sensações corporais, sintomas e desequilíbrio emocional.

A segunda fase ou fase intermediária da gravidez, designada de "Diferenciação" (Colman & Colman, 1994), que se inicia no segundo trimestre, surge com momento em que a mulher começa a perceber os primeiros movimentos do bebê. A marca mais importante na segunda fase de gestação é o reconhecimento da criança dentro de si, como uma realidade concreta, como um ser separado e possuidor de ritmos, regras e características próprias.

É através da percepção dos movimentos fetais e da interpretação que a mãe faz dos mesmos, que ela começa a personificar o seu feto e a atribuir-lhe características pessoais. O feto pode ser sentido como carinhoso, se os movimentos são suaves, ou pode ser sentido como perigoso se os movimentos são bruscos e agressivos, fazendo emergir por vezes fortes ansiedades.

A negação, projecção e as defesas maníacas encontradas neste período, permitem à mulher grávida fazer face à ansiedade, que resultaria do medo de um filho desconhecido e da responsabilidade que a mulher, diante do ventre, se via obrigada a assumir (Soifer, 1971).

As mudanças corporais são também cada vez mais evidentes e surgem as ansiedades ligadas ao medo do filho mal formado, ao medo da morte ou à angústia do corpo disforme (Soifer, 1971).

A terceira e última fase chamada de "Separação" (Colman & Colman, 1994), é iniciada quando a mãe começa a imaginar que o seu bebé poderia subsistir e sobreviver fora dela. Período marcado por sentimentos contraditórios, em que surgem ao mesmo tempo a vontade de ter um filho e terminar com a gravidez, mas também a vontade de a prolongar para adiar a necessidade de novas adaptações exigidas pelo nascimento do bebé, é sobretudo a altura em que a mulher se confronta com uma realidade da qual não pode mais controlar.

Este trimestre é fundamentalmente marcado pela expectativa face ao parto, em que a ansiedade tende a aumentar, e está sobretudo relacionada com as fantasias sobre o parto, mas também pela proximidade crescente de confronto com o bebé real e o imaginado e fantasiado ao longo da gravidez. Segundo Soifer (1971) a ansiedade pode expressar-se através do parto prematuro, somatizações várias e elevados índices de hiperactividade.

A incerteza quanto à data do parto e o temor à morte, levam a que o parto seja vivido como um momento irreversível, imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle, e segundo Soifer(1971) as fantasias mais comuns centram-se no temor à morte, à dor, ao esvaziamento e à castração. Estes temores específicos reflectem-se

muitas vezes em certos sonhos que são geralmente acerca de bebés e parto (Colman & Colman, 1994; Leff, 1997).

No decorrer das 40 semanas o crescimento do feto faz-se paralelamente ao desenvolvimento progressivo da imagem que a mãe faz do seu próprio bebé. Esta imagem baseia-se tanto nas necessidades e desejos narcisistas quanto na percepção do desenvolvimento e realidade de bebé, que se começa a acentuar a partir do momento em que a mãe começa a perceber os movimentos do feto. Tempo de ensaios e expectativas, é também uma fase em que velhos relacionamentos podem ser mentalmente trabalhados, e um período de constantes confrontos entre a satisfação dos desejos e o reconhecimento da realidade.

À época do nascimento a mulher já teve tempo para fazer a individualização do seu bebé, para que no momento do parto a separação física e emocional se integrem, deixando a mãe apta a criar um novo vínculo e a preparar-se para as tremendas tarefas que tem que desempenhar após o nascimento do filho. Tarefas estas que implicam um estado de envolvimento total, em que as mães como nos refere Winnicott, sejam capazes de "calçar os sapatos do bebé".

Em conclusão vemos que o desejo de um filho por si só não organiza a maternidade. Até à sua concretização existe um tempo de preparação chamado gravidez, que pode dar à futura mãe a oportunidade de realizar uma preparação psicológica e não apenas corporal.

O trabalho psicológico da gravidez manifesta-se com ansiedade, ambivalência e medos específicos, e pode ser subdividido em três fases, que consistem num primeiro momento na adaptação à novidade da gravidez, seguida por uma fase de reconhecimento e por fim de aceitação de um feto, como uma realidade individual.

Esta preparação a um só tempo consciente e inconsciente, mergulha a mulher «...no misterioso processo da concepção, gestação, nascimento e criação (...) num processo sensual que remete para as primitivas experiências da mulher, ela agora transformada em recipiente...» (Leff, 1997), e neste sentido a ser vivida como uma experiência do corpo, que confirma a existência da sua feminilidade.

Quando este período não se cumpre por inteiro, como no caso das gravidezes prematuras, a mulher sente-se incompleta, desencontrada nos seus desejos de mãe, sem ser capaz de servir de continente para o seu filho.

4. SOBRE A PREMATURIDADE E O MATERNO

Antes de começarmos propriamente a definir o objectivo deste trabalho, importa fazer uma reflexão sobre os dois capítulos referidos anteriormente, resumindo alguns dos estudos e contribuições mais importantes, que abrem caminho a uma melhor compreensão do materno numa situação de prematuridade.

Sobre a prematuridade

Entende-se por prematuridade o nascimento pré-termo, que ocorre antes das 37 semanas de gestação (OMS, 1992), sendo o baixo peso ao nascimento um critério utilizado para definir o risco.

Em Portugal o número de crianças prematuras tem vindo a aumentar nos últimos anos. Em 1997, num estudo realizado no âmbito nacional, Palminha refere que cerca de 1% dos recém nascidos têm um peso inferior a 1500gr..

Embora os avanços tecnológicos permitam que cada vez mais a taxa de sobrevivência destas crianças aumente, também sabemos que numa razão directa corre o risco de aumentar a taxa de morbilidade, ao se fazer sobreviver crianças com menos tempo de gestação.

Relativamente à etiologia da prematuridade tem sido demonstrada a associação de factores médicos e orgânicos (por exemplo, placenta prévia, malformações uterinas, infecções urinárias, má nutrição, idade materna, entre outros) (Paul, 1992; O'Brien, McCluskey-Fawcett, 1995) e psicossociais (pobreza, situações de stress, consumo de drogas, tabaco, situações de stress, entre outros) (Golberg & De Vitto, 1995; O'Brien, McCluskey-Fawcett, 1995; Newton e Hunt, 1984; Rosenblat, 1997) que podem ser potenciais desencadeadores do parto prematuro.

Embora estes investigadores, entre outros, postulem que as causas da prematuridade têm uma origem social, ambiental e biológica, e na maioria dos casos derivam de uma combinação destes factores, a sua etiologia permanece ainda desconhecida numa grande percentagem de casos (Seabra, 1993; Buescher e col., 1988; in: O'Brien, McCluskey-Fawcett, 1995).

Numa tentativa de se aprofundar os conhecimentos sobre as causas do parto prematuro, outros autores enveredaram por uma perspectiva mais dinâmica, acentuando dimensões internas da mulher, nomeadamente as relacionadas com o modo como *vivenciam a gravidez e a aceitação à maternidade*.

Estes autores apontam, para a existência de uma associação desencadeadora do parto prematuro, os seguintes factores: (1) Atitudes negativas face à gravidez (Berkowitz & Kasl, 1983; in: O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett, 1995) (2) Maiores dúvidas

acerca da sua capacidade maternal e insatisfação na sua vida pessoal e sexual (De Muylder, 1993) (3) Reacções negativas face à gravidez, à actividade fetal e mais dificuldades em aceitar o bebé ainda in útero como uma realidade independente (Blau e col, 1963, in: Rutter e col, 1993; De Muylder e col., 1992) (4) São mães frequentemente imaturas (Blau e col, 1963, in: Rutter e col, 1993h), que apresentam dificuldades em vivênciar a gravidez e maternidade, dificuldades estas que estão relacionadas com a primitiva relação com a mãe (Langer, 1986; Maldonado, 1992).

Outros conceitos igualmente importantes, que nos podem ajudar na compreensão do parto prematuro são introduzidos por autores como: (1) Sá (1997) que nos refere existir nas grávidas onde o sofrimento mental se traduz numa *convexidade de espaço interior* para a interacção com o bebé, um maior risco de abortamento espontâneo no período de gravidez que coincide com a percepção dos movimentos fetais. (2) e Leff (1997) e Maldonado (1992) que nos falam igualmente da capacidade de *contenção* materna que deve existir já durante a gravidez, num processo de gestação emocional, que acompanha a realidade física da gravidez.

Sobre a Maternidade

O conceito de maternidade tem sofrido grandes alterações ao longo dos anos, que nos têm ajudado a perceber de que muito mais do que um fenómeno biológico e fisiológico, associado à gravidez e à capacidade reprodutora, ela é sobretudo resultado

de uma determinada dinâmica social e histórica (Badinter, 1980; Leal, 1997; Héri-tier, 1996).

Para além do mais é um projecto a longo prazo, que implica prestação de cuidados dádiva de afecto, e atenção continuada, condições necessárias a um desenvolvimento equilibrado e saudável da criança. Projecto este que longe de ser o único ideal na vida das mulheres, surge num contexto de um projecto em conjunto com outras ideias de vida (Leal, 1999).

Contudo a literatura que se tem debruçado sobre a maternidade, em especial as teorias psicodinâmicas, tem de certa maneira criado alguma confusão (entendida à luz dos nossos dias), sobretudo ao pretenderem explicar a maternidade através de teorias explicativas do desenvolvimento psicosexual feminino.

A teoria Freudiana contém em si a concepção de que o desejo de maternidade (enquanto equivalente simbólico de um desejo do pénis do pai), encerra em si próprio a explicação de feminilidade.

Analistas posteriores rejeitam a explicação freudiana de motivação feminina para ter bebés, e introduzem tanto as raízes maternas quanto paternas no desenvolvimento da feminilidade. Mas de um modo ou de outro a maternidade surge para estes autores, (H. Deutsch, M. Klein, K. Horney) como requisito máximo do ser feminino.

Foi contudo Stoller (1993) que reforçando o princípio feminino no desenvolvimento da feminilidade, e salientando a importância tanto dos factores internos (biológicos) como externos (atitudes e comportamentos dos pais), contribuiu para a definição do conceito de feminino, que passou a ser dissociável do materno.

Continua no entanto a persistir a dúvida: O que é a maternidade? O que é ser mãe?

Continuando dentro de um eixo discursivo psicanalítico foi preciso esperar mais algum tempo para surgirem os grandes teóricos do materno. Os discursos baseados na experiência feminina, nas noções freudianas e no Édipo, começaram a ser substituídos por outros mais ligados à defesa dos interesses e bem estar da criança, à importância da mãe e da relação mãe-bebé, bem como à qualidade e natureza dos vínculos estabelecidos nos primeiros anos de vida (Leal, 1997, 1999).

Dentro deste grupo de autores destacam-se (entre outros): (1) Winnicott (1969, 1982), que nos fala da capacidade que uma mãe deve ter para se conseguir *identificar* às necessidades do bebé (mãe suficientemente boa), através de um *holding*, que engloba não só os cuidados comportamentais, mas também os pensamentos e as fantasias maternas presentes em todas as suas atitudes em relação à criança, (2) Bion (Leal, 1999; Mazett & Stoleru, 1999; Sá, 1997), descreve que o comportamento materno, tem uma função predominantemente organizadora das emoções do bebé, *contentora* das suas angústias e ansiedades, (3) Spitz (1965/1996; Lebovici, 1987; Mazett & Stoleru, 1990), que destacou a relação entre o afecto e o desenvolvimento fisiológico e

físico nas crianças, (4) e por último Malher (1982) que nos falou sobre o *processo psíquico de separação e individuação*.

Deste modo as teorias postuladas por estes autores trazem o mérito de introduzirem conceitos importantes que nos ajudam a caracterizar o fenómeno da maternidade, mais precisamente, as tarefas inerentes à função materna, que podemos resumir nas seguintes: *identificação com o bebé, contenção e separação-individuação*.

Respondida a questão face ao que é ser mãe, continua no entanto a persistir a dúvida, face ao momento em que começa.

Neste sentido procuramos perceber o caminho que vai do desejo ao projecto de maternidade, dando especial atenção ao episódio gravídico. Este aspecto torna-se particularmente importante de analisar, na medida em que como referiram as teorias freudianas e alguns dos seus seguidores a gravidez e a maternidade são em si mesmo sinónimos.

Sobre o desejo e o projecto de maternidade

A experiência clínica tem-nos mostrado, que se é verdade para algumas mulheres a gravidez e a maternidade serem um mesmo momento, num só processo necessário à sua feminilidade, para outras mulheres pelo contrário são desejos que em nada têm de coincidentes.

Os motivos que levam uma mulher a engravidar são na maior parte das vezes múltiplos e confusos, e trata-se essencialmente de tomar o lugar num cadeia de gerações, e de se submeter a um lei que assinala o acesso à maturidade (Colman & Colman, 1994; Debray, 1988; Matos, 1997).

Neste sentido a gravidez surge indispensável à vida humana para que se possa assegurar a descendência e perpetuar a espécie. Definida como um período de mais ou menos 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto, envolve reestruturação e reajustamento a várias dimensões, físicas e psicológicas (Cruz, 1994; Colman & Colman, 1994; Justo, 1990; Maldonado, 1997; Soifer, 1977).

Mas o desejo de um filho (seja quais forem as razões) por si só não organiza a maternidade (Sá, 1997). A gravidez considerada como um momento particular em que a mulher revive a relação com a sua própria mãe (Langer, 1986; Soifer, 1977), é uma experiência requintadamente feminina, que confirma a mulher na sua identidade sexual feminina (Colman & Colman, 1994; Leal, 1997; Leff, 1997), é também um tempo de preparação da mulher, para a nova tarefa que a aguarda, ser mãe.

Neste tempo de preparação a gravidez (embora vivida no feminino, num corpo de mulher) constitui um espaço de pensamento do materno, de reconhecimento e progressiva aceitação de um bebé como uma realidade individual, que se inicia sobretudo com a percepção dos movimentos fetais.

Eis-nos *chegado então às linhas condutoras do nosso trabalho*, que podemos resumir do seguinte modo: (1) Parto prematuro, aquele que ocorre antes do tempo, pelo confronto com um bebê que ainda in útero começa já a ser uma realidade. (2) Realidade de um outro, de um filho, que faz reviver na mulher as suas próprias experiências como filha (4) Qualidade destas experiências que estruturou, a vivência do seu materno, não apenas na gestualidade, mas principalmente na maneira de ser e sentir (5) Experiências estas que remetem para uma capacidade de adaptação ao outro (bebé), de contenção e reconhecimento da criança como uma realidade individual (6) E que a gravidez (confirmadora da sua feminilidade) prematura faz surgir, num desencontro do desejo e de uma realidade de mãe, que implica um sofrimento, que não se é capaz de conter.

5. OJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O objectivo deste estudo é estudar o Materno nas mulheres que tiveram um filho prematuro, uma vez que as teorias acerca das causas desencadeadoras do parto prematuro, mencionam pouco esta dimensão.

Deste modo tentamos compreender qual o materno existente nestas mulheres, através de uma leitura dinâmica. Para tal tivemos necessidade de perceber o fenómeno de materno, dentro de um contexto histórico e social e enquadrá-lo nas teorias psicanalíticas existentes, para que nos ajudassem a uma melhor compreensão do que é a maternidade.

Assim definimos Materno como um equivalente de “...ternura e cuidados, de capacidade de cuidar e tomar conta, de altruísmo, de defesa e protecção do outro”(Leal, 1999, p. 22). Bem longe de um estereótipo de materno ligado a um instinto materno ou a uma disposição inata para a maternidade, que acabava por definir o desempenho social de uma mulher adulta, o ser mãe coloca a tónica na importância e qualidade da relação mãe criança e na natureza desse vínculo.

A função materna é pois «...uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil, que existe em função das necessidades do outro e por isso

interactiva e produtora dos estímulos que as crianças precisam para se desenvolverem...» (Leal, 1999, p.27), caracterizando-se por tarefas específicas que podemos resumir de capacidade de se identificar com o outro (criança), de o conter e de o reconhecer como uma realidade individual.

Definimos também que o parto prematuro pode ser desencadeado por dificuldades ao nível da vivência do materno, onde a gravidez na medida em que confronta a mulher (a partir da percepção dos movimentos fetais) com o facto de que vai ter um filho e que vai ser mãe, cria um momento particular de conflito e ambivalência, com o seu próprio materno. Se este é frágil também o será a sua capacidade de conter, e por isso o bebé não pode ser contido até ao fim.

Colocado assim o problema, formulamos então a seguinte questão de investigação: Esperamos que as mães de crianças prematuras revelem uma menor capacidade maternal do que as mães de crianças de termo.

Em termos operacionais esperamos que as mães escolham menos as opções de resposta que reenviam para o materno. Sobretudo nas questões relacionadas com as motivações para se ter filhos, o que é um filho, quando se deve e o que é ter filhos, com as representações acerca da gravidez, da maternidade e funções parentais.

6. MÉTODO

6.1 Participantes

A nossa amostra é constituída por 60 mães que integram dois grupos: Um grupo de 30 mães cuja gravidez decorreu de termo. Outro grupo de 30 mães cuja gravidez foi prematura.

I-Dados pessoais

As mães da amostra total têm idades compreendidas entre os 22 anos e 42 anos, numa média de 31,37 anos e DP = 4.6. No grupo de mães de crianças de termo, as mães têm idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos, em que a média é de 32.27, DP = 3.98. No grupo de mães de crianças prematuras, as idades situam-se entre os 22 e 42 anos em que a média é de 30.47, DP = 5.02. (ver Tabela 1).

Tabela 1- Idades das mães

	Total	Termo	Prematuros
M	31.37	32.27	30.47
DP	4.6	3.98	5.02

No que se refere à escolaridade, esta aparece na amostra total distribuída entre o nível secundário e nível superior. O nível de escolaridade é diferente em cada grupo, como se pode observar pela Tabela 2. Enquanto que no grupo de mães de criança de termo, existem 10 mães com ensino secundário e 20 com ensino superior, no grupo de mães de crianças prematuras existem 18 mães com ensino secundário e 12 com o ensino superior.

Tabela 2 - Nível de escolaridade das mães

Escolaridade	Mães de crianças de	
	Termo	Prematuras
Secundário	10	18
Superior	20	20

Em termos profissionais, na amostra total temos 88.3% de mulheres que trabalham, para 11.7% de mulheres que são domésticas ou desempregadas. No grupo de mães de crianças de termo, cerca de 13.3% estão desempregadas ou são domésticas e 86.7% trabalham. No grupo de mães de crianças prematuras, cerca de 10% estão desempregadas ou domésticas e 90% trabalham.

No que se refere ao estado civil, verificamos em ambos os grupos (grupo de mães de crianças de termo e grupo de mães de crianças prematuras) uma maioria de mães com

o estado civil de casadas ou a viverem maritalmente, como se pode observar na Tabela

3.

Tabela 3 - Estado civil das mães

Estado civil	Mães de crianças de	
	Termo	Prematuras
Casadas	28	22
Solteiras	2	5
Divorciadas	0	3

No que se refere ao número de filhos, verifica-se que as mães da amostra total, têm um número de filhos compreendido entre 1 e 3 filhos. Verifica-se em ambos os grupos (grupo de mães de crianças de termo e grupo de mães de crianças prematuras) uma maioria de mães que têm só um filho, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Número de filhos

Número de filhos	Mães de crianças de	
	Termo	Prematuras
Um	16	26
Dois	14	3
Três	0	1

II- Dados da gravidez e peso ao nascimento

No que se refere ao tempo de gravidez, verifica-se que o grupo de mães de crianças de termo apresenta como tempo médio de gestação 39.3 semanas, DP = 0.96, mínimo 38 e máximo 42 semanas. O grupo de mães de crianças prematuras tem um tempo médio de gravidez de 28 semanas, DP = 2.3 com mínimo de 24 semanas e máximo de 32 semanas. (ver Tabela 5)

Tabela 5 – Tempo de gestação

	Termo	Prematuros
M	39.3	28
DP	0.96	2.3

Em relação aos problemas de gravidez, verifica-se que para o total da amostra cerca de 50% refere ter tido problemas, e 50% que diz não ter tido problemas. No grupo de mães de crianças de termo a maioria refere não ter tido problemas durante a gravidez, enquanto no grupo de mães prematuras a maioria refere ter tido problemas, como se pode observar na Tabela 6.

Tabela 6 - Problemas na gravidez

Problemas na Grav.	Mães de crianças de	
	Termo	Prematuras
Sim	9	21
Não	21	9

O peso médio dos bebés no grupo de mães de crianças de termo foi de 3213.7 gr., DP = 239.1, com um mínimo de 2800 gr. e máximo de 3800gr. No grupo de mães de crianças prematuras o peso médio foi de 1072.5 gr., DP = 254, com um mínimo de 640 gr. e máximo de 1780 gr.(ver Tabela 7)

Tabela 7 – Peso Médio

	Termo	Prematuros
M	3213.7	1072.5
DP	239.1	254

6.2 Material

Em função do objectivo do trabalho, o instrumento que utilizámos foi um questionário de Avaliação das Atitudes e Representações Parentais (AARP), que é uma adaptação do questionário (com o mesmo nome), construído e usado, na tese de mestrado- Um

filho a todo o custo- de Isabel Matos, defendida no ano de 1997 (ver Anexo 1) e posteriormente trabalhado no contexto da sua tese de doutoramento.

A construção deste questionário decorre de um projecto de investigação iniciado em 1994 com o objectivo de conceptualizar e operacionalizar os conceitos de Feminino, Materno, Masculino e Paterno e sua relação com as atitudes e representações dos indivíduos relativamente à maternidade e à paternidade no seu global.

A sua construção obedeceu a várias fases. Numa primeira fase foram elaboradas algumas questões que se considerou poderem constituir um ponto de partida para a clarificação e definição dos conceitos de feminino, masculino, materno e paterno, questões estas que constituíram o primeiro passo na construção do instrumento

Foi então elaborado um questionário (considerado o primeiro pré-teste), composto por perguntas abertas, acerca de assuntos relacionados com a parentalidade, o significado de ser mãe, ser pai, gravidez, ter filhos, técnicas de reprodução medicamente assistidas, adopção, etc. Composto por 21 questões, foi aplicado a 129 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos. Estas respostas foram posteriormente submetidas a uma análise de conteúdo, tendo a partir dessa análise sido elaborada uma nova forma de questionário e efectuado um segundo pré-teste.

O novo questionário composto por 156 questões (em forma de perguntas fechadas), reflectiu sobretudo a necessidade de caracterizar e ou distinguir diversos conceitos à

luz da análise do primeiro pré-teste. Para cada um dos 156 itens, os indivíduos podiam optar por uma de entre quatro categorias: concordo totalmente, concordo, discordo, e discordo totalmente. Este segundo questionário foi aplicado a 78 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 79 anos.

Após análise do segundo pré teste foi necessário eliminar algumas questões por se considerar alguns dos itens inadequados, quer por serem ambíguos e considerados pelos sujeitos como difíceis de responder, quer por não medirem aquilo que se pretendia, tendo sido eliminadas ao todo 80 questões.

Os resultados obtidos, permitiram obter uma versão final do instrumento (Utilizada na tese de Mestrado de Isabel Matos em 1997) constituído por 76 itens, agrupados em 18 sub-escalas e duas questões isoladas, sendo que cada uma delas permite medir as atitudes e as representações do sujeito em relação a cada uma das variáveis que considerou importantes avaliar, e que são as seguintes: (1) Atitudes e ou representações sobre a adopção versus Técnicas de Reprodução Técnica e Assistidas, (2) Atitudes e ou representações sobre a adopção em geral, (3) Atitudes e ou representações sobre os dadores e a doação de gâmetas, (4) Atitudes e ou representações sobre mães substitutas, (5) Atitudes e ou representações sobre as Técnicas de reprodução medicamente assistidas, (6) Atitudes e ou representações sobre as Técnicas de reprodução medicamente assistidas com recurso a dador, (7) Atitudes e ou representações para se poder ter filhos, (8) Atitudes e ou representações sobre as motivações para não se ter filhos, (9) Atitudes e ou representações sobre as

motivações externas para se ter filhos, (10) Atitudes e ou representações acerca do que é um filho, (11) Representações acerca do feminino, (12) Representações acerca da gravidez, em termos de definição, (13) Representações acerca da gravidez, em termos de conotação positiva ou negativa, (14) Atitudes e ou representações sobre as funções parentais, (15) Representações sociais acerca da maternidade, (16) Representações acerca da maternidade, em termos de conotação positiva ou negativa, (17) Representações acerca da maternidade, em termos de definição, (18) Atitudes e ou representações sobre quando se deve ter filhos, (19) Atitude e ou representação sobre o que é ser mãe/pai, (20) Atitude e ou representação sobre o que é ter filhos.

Desde a sua elaboração até ao momento presente, o questionário AARP tem sofrido várias alterações. A versão utilizada neste trabalho foi desenvolvida após o questionário anterior ter sido submetido a um júri de especialistas, que tinha como objectivo classificar os itens de acordo com uma dimensão de materno e de feminino. Verificou-se que a dimensão de materno se encontrava bem explorada, contrariamente à de feminino, razão pela qual foram acrescentadas outras questões relacionadas com a dimensão de feminino.

Chegou-se assim a uma nova versão (utilizada neste trabalho) de um questionário composto por 83 perguntas, organizado em termos de respostas de escolha forçada (alínea A ou B), que obriga o indivíduo a uma escolha forçada dos domínios do feminino e do materno (respectivamente A e B).

Esta última forma caracteriza-se por ser de mais fácil aplicação, pelo menos em termos de tempo, e por outro lado permite ao respondente identificar o constructo que está em avaliação e "obrigá-lo" a concretizar sua resposta, solicitando que para cada uma das questões, escolha apenas uma das alternativas, A ou B, e assinale com uma cruz no quadrado que lhe corresponde.

Porque escolhemos este questionário? (1) Por um lado porque o nosso trabalho está inserido numa linha de investigação que pretende perceber as dimensões psicológicas do feminino e materno, inserida numa área particular da Psicologia da Gravidez e Maternidade, onde ainda se procura operacionalizar um conjunto de categorias e conceitos que ajudem a definir o objecto do seu estudo. (2) Por outro lado, porque sendo um instrumento que ainda está em aferição, torna-se importante utilizá-lo numa população não normativa, no nosso caso em mulheres que tiveram um parto prematuro, permitindo testar a sua validade. (3) Por último porque estávamos interessados em perceber as dimensões do materno nas mulheres que tiveram um parto prematuro.

Este interesse pela compreensão do fenómeno de materno nesta população específica, provém de uma longa experiência clínica, ligada a esta área, que nos tem cada vez mais, mostrado algum desentendimento entre as teorias psicológicas existentes sobre a maternidade, e a própria realidade da maternidade. A tentativa de uma melhor compreensão significa por isso também o desejo uma melhor intervenção.

6.3 Planificação

Com o propósito de abordar as dimensões psicológicas do materno na prematuridade recorreu-se a um estudo comparativo, em dois grupos de mães, com filhos com idades compreendidas entre 1 mês e os 24 meses, constituindo um grupo de 30 mães que tiveram um filho prematuro e outro grupo de 30 mães, que tiveram um filho de termo.

Definimos então como variável independente o nascimento prematuro, e como variável dependente a dimensão de materno

6.4 Procedimento

Todas as mães foram contactadas entre Julho e Setembro de 1999, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em consultórios particulares de pediatras e num Ginásio Particular de preparação para o parto. O estudo era apresentado como uma investigação de psicologia, que pretendia perceber no ponto de vista da mulher qual a sua opinião acerca de questões relacionadas com a maternidade, a gravidez, e outras áreas da vida da mulher.

Para a recolha da amostra do grupo de mães de crianças prematuras, as mães foram contactadas na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, quer durante o período de internamento do bebé, nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios, ou após a

alta do bebé, quando em seguimento na Consulta de Neonatologia e Desenvolvimento.

As mães que pertenciam ao grupo de mães de crianças de termo, foram na maioria contactadas nas Consultas de Pediatria regulares dos seus filhos (pediatras particulares), bem como nas aulas de Recuperação Pós parto, em ginásio particular.

O critério de selecção utilizado encontrava-se dentro da exigência colocada à partida, isto é, mães que tivessem tido um parto prematuro.

7. RESULTADOS

Para uma abordagem exploratória dos dados utilizámos o teste t de Student e o Qui-quadrado, com vista a determinarmos se os dois grupos em comparação eram equivalentes. (ver Anexo 2)

Os dois grupos revelaram não diferir quanto à **idade das mães**, $t(58) = 1.54$, $p = .13$, **estado civil**, Chi-square (2, $N = 60$) = 5.01, $p = .08$ e **idade das crianças**, $t(58) = -.015$, $p = .99$.

Os dois grupos não são idênticos quanto ao **número de filhos**, Chi-square (2, $N = 60$) = 10.50, $p = .01$. Também não são equivalentes quanto à **escolaridade**, Chi-square (1, $N = 60$) = 4.29, $p = .04$.

Seguidamente efectuaram-se os cálculos para saber se as mães de crianças prematuras diferiam das mães de crianças de termo no que respeita ao questionário AARP, usando o t de Student. Uma vez que as questões do questionário tem duas opções de resposta, uma (alínea A) dizendo respeito ao feminino e outra ao materno (alínea B) procurou saber-se se os dois grupos diferiam no número de vezes em que optaram por uma e outra alínea.

Verificamos que os dois grupos repartem as suas escolhas quase igualmente pela alínea A e alínea B, não havendo diferenças no número de respostas A ou B escolhidas nos dois grupos, respectivamente $t(58) = -.28, p = .78$, e $t(58) = -.83, p = .41$, como se pode observar na Tabela 8.

Tabela 8 - Número médio de respostas

Mães de crianças	Tipo de resposta	
	A	B
Termo	38,40	42,70
Prematuras	38,70	43,66

Finalmente procurou-se saber se existiam diferenças significativas ao nível de cada item do questionário, usando o Qui-quadrado e verificou-se que há 7 itens que diferenciam os dois grupos.

Item 3 – No grupo das mães de prematuros a maioria das mães escolheram a opção *A) Não compreendo como é que algumas pessoas podem decidir não ter filhos por acharem que já se sentem realizadas noutros aspectos das suas vidas*. Enquanto que no grupo de mães de crianças de termo ocorre o inverso, i. e., há mais mães a escolherem a opção *B) Acho que algumas pessoas decidem não ter filhos porque já se sentem realizadas noutros aspectos da sua vida*, Chi-square (1, N = 60) = 8.08, $p = .004$. (ver Tabela nº 9).

Tabela 9- Respostas ao item 3

Mães de crianças	Tipo de Resposta	
	A	B
Termo	10	20
Prematuras	21	9

Item 17 – No grupo das mães de prematuros todas as mães escolhem a opção *A) Ter filhos foi algo que sempre desejei*. E no grupo de mães de crianças de termo há algumas mães que escolheram a opção *B) Não me lembro de ter desejado muito ter filhos*, Chi-square (1, N = 60) = 4.29, p = 0.38. (ver Tabela 10).

Tabela 10- Respostas ao item 17

Mães de crianças	Tipo de Resposta	
	A	B
Termo	26	4
Prematuras	30	0

Item 21 - No grupo das mães de prematuros quase todas as mães escolhem a opção *B) Acho que ter filhos não prejudica a vida social e até a facilita na medida em que se criam novos relacionamentos com outras pessoas que também têm filhos*. E no grupo de mães de crianças de termo, há algumas mães que escolheram a opção *A) Acho que ter filhos torna mais difícil o relacionamento com os amigos,*

diminui a disponibilidade para estar com eles e prejudica a vida social, Chi-square

(1, N = 60) = 5.19, p = .04. (ver tabela 11)

Tabela 11 - Respostas ao item 21

Mães de crianças	Tipo de Resposta	
	A	B
Termo	7	23
Prematuras	1	29

Item 28 - No grupo das mães de prematuros quase todas as mães escolhem a opção **B) Acho que a maternidade é a actividade mais desejável que uma mulher pode esperar**. E no grupo de mães de crianças de termo, as escolhas repartem-se pela alínea **B) e pela A) Acho que a maternidade não é necessariamente a actividade mais desejável que uma mulher pode esperar**, Chi-square (1, N = 60) = 6.47, p = .01. (ver Tabela 12)

Tabela 12 - Respostas ao item 28

Mães de crianças	Tipo de Resposta	
	A	B
Termo	15	14
Prematuras	6	24

Item 40 – No grupo das mães de prematuros há mais mães a escolherem a opção *B) Acho que ser mãe me preenche/irá preencher totalmente como mulher*. Enquanto que no grupo de mães de crianças de termo ocorre o inverso, i. e., há mais mães a escolherem a opção *A) Gosto de sentir que para além de ser/poder vir a ser mãe sou, em primeiro lugar, uma mulher*, Chi-square (1, N = 60) = 6.70, p = .01. (ver Tabela 13)

Tabela 13- Respostas ao item 40

	Tipo de Resposta	
	A	B
Mães de crianças		
Termo	21	9
Prematuras	11	19

Item 53 – No grupo das mães de prematuros há mais mães a escolherem a opção *A) Acho que ser mãe consiste sobretudo em satisfazer e ajudar a realizar os filhos*. No grupo de mães de crianças de termo, quase todas as mães escolheram a opção *A)* e quase nenhuma escolheu a opção *B) Acho que ser mãe é uma forma de realização pessoal*, Chi-square (1, N = 60) = 6.36, p = .01. (ver Tabela 14).

Tabela14 - Respostas ao item 53

Mães de crianças	Tipo de Resposta	
	A	B
Termo	27	3
Prematuras	18	11

Item 59 – No grupo das mães de prematuros há mais mães a escolherem a opção **B) *Acho que a maternidade é a única função realmente gratificante para a mulher.*** No grupo de mães de crianças de termo, as escolhas repartem-se pela alínea **A) *Acho que existem muitas funções que a mulher pode desempenhar na vida que são mais gratificantes que a maternidade,*** e pela alínea **B),** Chi-square (1, N = 60) = 3.90, p = .05. (ver Tabela 15).

Tabela 15 - Respostas ao item 58

Mães de crianças	Tipo de Resposta	
	A	B
Termo	15	14
Prematuras	8	22

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objectivo principal estudar a dimensão de materno nas mães que tiveram um filho prematuro.

Esperávamos que as mães de crianças prematuras revelassem uma menor capacidade maternal do que as mães de crianças de termo.

Em termos operacionais esperávamos que as mães escolhessem menos as opções de resposta que reenviam para o materno. Sobretudo nas questões relacionadas com as motivações para se ter filhos, o que é um filho, quando se deve e o que é ter filhos, com as representações acerca da gravidez, da maternidade e funções parentais.

Através da análise dos dados estatísticos verificámos não haver diferenças entre o grupo das mães de crianças de termo e o grupo das mães de crianças prematuras quanto ao número de respostas A ou B, referenciadas no domínio do materno e no domínio do feminino.

Contudo foi-nos possível inferir a existência de diferenças significativas entre alguns itens (respectivamente 3, 17, 21, 28, 40, 52 e 59), que confirmam haver diferenças entre os dois grupos.

Assim a análise do item 3, permitiu-nos observar que a maioria das mães do grupo de prematuros, referem uma não compreensão face ao facto de algumas pessoas poderem não ter filhos por já se sentirem realizadas noutros aspectos da sua vida. Isto indica-nos que para estas mães o ter filhos preenche uma função muito importante, na medida em que cumpre um desejo e dever de realização como mulher, contrariamente às mães do grupo de termo que parece aceitarem mais facilmente outras formas de realização pessoal, que não passem apenas por ter filhos.

A análise do item 17 permite-nos verificar que embora na sua maioria as mães de ambos os grupos refiram que ter filhos foi algo que sempre desejaram, é contudo no grupo de prematuros que esta questão é totalmente valorizada. Esta hipervalorização do desejo de um filho pode ser uma defesa face aos sentimentos de culpa e fracasso sentidos quando do nascimento do um filho prematuro, que as levou possivelmente a questionar esse mesmo desejo. O confronto com o desencontro nos seus desejos de mãe é tão difícil, que ele tem que ser negado.

A análise do item 21 permite-nos observar que quase todas as mães de crianças prematuras dizem que ter filhos não prejudica a vida social e até a facilita. Pensamos que face a esta resposta existe uma certa idealização da maternidade, comparativamente às mães do grupo de termo, que em nada está adaptada à realidade vivida por estas mulheres. Por exemplo, a necessidade de se ter maiores cuidados com o bebé pelo menos nos primeiros tempos de vida após a alta das unidades de internamento e a vigilância no primeiro ano de vida em termos de consultas e exames

para despiste de eventuais sequelas ou lesões, obriga a grandes reajustamentos em termos do casal, sociais e mesmo profissionais. Se mesmo numa situação de nascimento de um filho de termo sem complicações é difícil a adaptação às novas tarefas que a maternidade exige, é fácil pensarmos na “carga” acrescida quando um filho nasce em situação de risco. Podemos pois concluir que existe por parte destas mães uma negação das dificuldades sentidas com a vivência da maternidade.

A análise do item 28 permite-nos observar que quase todas as mães de crianças prematuras acham, que a maternidade é a actividade mais desejável que uma mulher pode esperar contrariamente às mães do grupo de termo, que repartem as suas escolhas também pela outra opção, a de que a maternidade não tem que ser necessariamente a actividade mais desejável. Isto indica-nos que existe por parte destas mulheres uma valorização do ser mulher pelo exercício da maternidade, curiosamente de uma maternidade que foi posta em causa, frequentemente associada a sentimentos de incompletude, culpa e fracasso, quer pela própria mulher, no seu papel de mãe, quer pela sociedade que apesar de tudo ainda a avalia como pessoa pela sua participação e sucesso no papel maternal.

A análise do item 40 permite-nos observar que existem mais mães do grupo de prematuros que acham que a maternidade as preenche totalmente como mulheres, contrariamente às mães do grupo de termo, que acham que antes de virem a ser mães são em primeiro lugar mulheres. Verificamos aqui novamente uma hipervalorização da maternidade, que cumpre uma função de preenchimento em termos do ser mulher,

como se o não cumprimento do materno pudesse deixar nestas mulheres um sentimento de incompletude, que precisa a todo o momento de ser reparado.

A análise do item 53 permite-nos observar, que a maioria das mães dos dois grupos dizem que ser mãe consiste sobretudo em satisfazer e ajudar a realizar os filhos. Esta opção remete para uma dimensão de materno ligada sobretudo ao bem estar e promoção do desenvolvimento, que existe em função das necessidades da criança. Nesta óptica ambos os grupos colocam a tónica na defesa dos interesses e bem estar da criança (Leal, 1997, 1999) e na definição de um Materno como um equivalente de *“ternura e cuidados, de capacidade de cuidar e tomar conta, de altruísmo, de defesa e protecção do outro”* (Leal, 1999). Contudo não deixa de ser curioso que no grupo de termo esta opção é mais valorizada, comparativamente ao grupo de prematuros, em que algumas mães dizem que: ser mãe é também uma forma de realização pessoal. Isto indica-nos à semelhança do item 40, que a maternidade é vivida como valorização do ser mulher e no caso da nossa amostra de prematuros como reparadora de algo que não se cumpriu.

A análise do item 59 permite-nos observar que no grupo de prematuros existem mais mães a dizerem que a maternidade é a única função realmente gratificante para a mulher, comparada com as respostas das mães do grupo de termo, mais moderadas e que vai ao encontro da ideia de maternidade como uma das funções da vida da mulher, mas não necessariamente a mais gratificante. À semelhança dos itens 28 e 40 verifica-se por parte do grupo de prematuros uma sobrevalorização da mulher pela

maternidade, e um empenhamento activo em serem mães provavelmente para compensar as falhas vividas a esse nível.

Em síntese, podemos concluir que as diferenças encontradas entre os dois grupos são no entanto contrárias às que esperávamos, na medida em que apontam para um sobreinvestimento do materno nas mulheres que tiveram filhos prematuros, nomeadamente nas áreas relacionadas com o desejo de filhos, ter filhos, representação da maternidade e ser mãe (ver Quadro 16).

Quadro 16- Síntese das respostas

Respostas aos itens	Grupo de termo	Grupo de prematuros
Desejo de filhos	*Sempre existiu. *Ter filhos é importante, embora haja outras formas de realização na vida da mulher.	*Sempre existiu. *Desejo e dever de realização.
Ter filhos	*Valoriza a vida social embora por vezes também a dificulte.	*Valoriza a vida social.
Representações da maternidade	*Existem outras actividades que também são desejáveis para uma mulher. *Ser mulher é mais do que ser mãe. *Existem outras funções também gratificantes para a mulher.	*É a actividade mais desejável para uma mulher. *Ser mãe cumpre uma função importante no ser mulher. *Única função gratificante para a mulher.
Ser mãe	*Grande valorização no bem estar e promoção do desenvolvimento da criança, que existe em função das suas necessidades.	*Valorização do bem estar e das necessidades da criança, mas também uma forma de realização pessoal.

Pensamos que estes resultados devem ser explicados tendo em conta que as mães de crianças prematuras se encontram, numa situação de fragilidade face à sua própria vivência da maternidade, de ferida narcísica no seu papel de mãe e como tal activamente empenhadas em conseguirem ser mães de uma criança. De uma criança que não foram capazes de conter e proteger, tendo ainda por cima sido destituídas do seu papel de cuidadoras, pelo menos nos primeiros tempos, ao deixarem-no exposto à dor e sofrimento dos cuidados médicos e aparatos tecnológicos necessários à sua sobrevivência.

Deste modo achamos ser compreensível este sobreinvestimento da maternidade, comparado com o investimento naturalmente efectuado pelas mães de crianças de termo, mais moderado e mais adaptativo e que vai ao encontro da ideia de maternidade como um dos aspectos da vida de uma mulher, mas que não considera que esse aspecto seja necessariamente mais desejável ou mais importante que os restantes aspectos.

Somos ainda levados a pensar que este sobreinvestimento cumpre uma função adaptativa e organizadora, pois permite do ponto de vista afectivo e mesmo funcional um investimento na maternidade que se encontrava ameaçado.

Provavelmente sem ele, a relação mãe-criança bem como o próprio desenvolvimento da criança se encontrariam ameaçados, havendo sérios riscos de desenvolvimento de

patologias interactivas e de problemas do desenvolvimento (como em algumas situações acontece).

Outra questão que se coloca, face aos nossos resultados é a de perceber se este sobreinvestimento é reactivo ao nascimento de um filho prematuro, ou já existia antes do nascimento. Esta questão difícil de responder é inerente ao problema de termos desenvolvido um estudo retrospectivo. O facto desta investigação ser feita depois do nascimento levanta alguns problemas de ordem metodológica, pelo facto de induzir uma distorção no relato das mães relativamente ao modo como vivenciam a maternidade.

Por outro lado o instrumento utilizado embora contribua para definir os conceitos de feminino e materno e o modo como se relacionam com as atitudes e representações face à maternidade, não é adequado para medir o conceito de materno, pelo menos no que se refere às tarefas inerentes à função materna e que foram descritas como: capacidade de identificação com o bebé e de contenção e reconhecimento do bebé como uma realidade individual.

9. CONCLUSÃO

Ao finalizarmos este nosso trabalho, julgamos necessário algumas reflexões que integrem a compreensão do que fizemos, dos conhecimentos sobre a prematuridade e maternidade.

Deste estudo podemos concluir que existem algumas diferenças face à dimensão de materno entre as mães que tiveram um filho prematuro e as mães que tiveram um filho de termo. Contudo estas diferenças são contrárias às que esperávamos na medida em que apontam para uma maior valorização do materno das mães do grupo de prematuros. Estes resultados não deixam contudo de ser curiosos e obrigam-nos a pensar no seu significado.

O nascimento prematuro de um filho, põe em causa o papel contentor e de gestação emocional, que deve existir já durante a gravidez, confrontando a mãe com o facto de não ser capaz de conter e proteger o bebé, não lhe criando por isso as condições necessárias (ainda in útero) para o um desenvolvimento saudável. Estas dificuldades persistem após o nascimento ao serem destituídas do seu papel de cuidadoras, e ao viverem com a ameaça da culpa de o bebé poder vir a ficar com problemas.

Muito embora saibamos que a maternidade da forma como a definimos“ *equivalente de ternura e cuidados, de capacidade de cuidar e tomar conta, de altruísmo, de defesa e protecção do outro*” (Leal,1999), não é uma construção inata nem universal, a nossa cultura atribui ainda um grande valor ao papel maternal, e a mãe em parte é avaliada, como pessoa na sua participação e sucesso no papel maternal.

Por outro lado embora a maternidade hoje em dia deixe de ser a única preocupação da mulher e surja lado a lado com outros ideais, crescendo-se de uma maior participação do homem face ao nascimento e nas tarefas exigidas por um bebé, vemos que na nossa cultura a responsabilidade básica pelos cuidados ao bebé é ainda colocada na mãe, mesmo que ela delegue em grande parte a responsabilidade nas outras pessoas.

Torna-se pois compreensível que face às dificuldades pessoais vivenciadas com o seu próprio materno crescidas do peso da atribuição cultural ao papel de mãe, haja por parte destas mães, uma sobrevalorização a este nível, que pensamos nós cumprir uma função adaptativa e organizadora, pois permite do ponto de vista afectivo e mesmo funcional um investimento na maternidade que se encontrava ameaçado e evitar sérios riscos de desenvolvimento de patologias interactivas e de problemas do desenvolvimento.

Obviamente que não podemos extrapolar estes resultados, pois o estudo efectuado apresenta algumas limitações que podem ser ultrapassadas com a sua re-definição.

Assim seria importante: (1) Aumentar a amostra de modo a encontrar resultados mais

consistentes (2) Começar o estudo ainda durante o período da gravidez, numa população que apresentasse riscos obstétricos e procurar perceber através deste questionário, as representações e atitudes face à maternidade, e fazer uma segunda aplicação às mulheres que tivessem posteriormente tido ou não, um parto prematuro (3) Aplicar paralelamente ao questionário AARP outro instrumento de avaliação, que ajudasse a caracterizar as tarefas inerentes à maternidade tal como as referimos na parte teórica (identificação, contenção e capacidade de reconhecer o bebé como uma realidade individual).

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez, M. (1995). Esboços do Feminino: Procura do Materno? *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 33-37.

Areias, M. D. & Botelho, T. M. (1992). Estudo comparativo: prematuridade e ansiedade. *Análise Psicológica*, 10 (2), 235-240.

Badinter, E. (1980). *O Amor Incerto. História do Amor Maternal*. Lisboa: Antropos. (Tradução do original em Francês L'Amour en Plus. Flammarion, 1980)

Barratt, M. S., Roach, M. A. & Leavitt, L. A. (1996). The impact of low-risk prematurity on maternal behavior and toddler outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 581-602.

Blanc, M. (1989). Comparaison du comportement des mères d'enfant a terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXII, CP 11, 149-268.

Bradley, H. & col.(1995). Home environment and adaptative social behavior among premature, low birth wight children: alternative models of environmental action. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (3), 347-362.

- Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1992). *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original *The Earliest Relationship*, 1990)
- Bromwich, R. M. (1990). The interaction approach to early intervention. *Infant Mental Health Journal*, 11 (1), 66-79.
- Coll, C., Halpern, L., Vohr, B., Seifer, R. & Oh, W. (1992). Stability and correlates of change of early temperament in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 15, 137-153.
- Colman, L., Colman, A. (1994). *Gravidez : Uma Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri. (Tradução do original em Inglês *Pregnancy- The Psychological Experience*. New York: The Noonday Press, 1991)
- Correia, M. J. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-371.
- Crawford, J. W. (1982). Mother-Infant interaction in premature an full term infants. *Child Development*, 53 (4), 957-962.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M. & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature an full-term infants. *Child Development*, 54 (1), 209-217.

Crosse, V. M. (1980). *O Recém nascido prematuro e outros com baixo peso de nascimento*, São Paulo: Manole

Cruz, M. M. (1990). Encantos e desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 367-370.

Debray, R. (1988). *Bebés/Mães em revolta. Tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas

De Muyder, X., Wesel, S., Dramaix, M., Candeur, M. (1992) A Woman's attitude toward pregnancy- Can it predispose her to preterm labor? *Journal of Reproductive Medicine*, 37, 339-342.

Deutsch, H. (1961). *Participação no simpósio sobre frigidez*. Nova Yorque: JAPA.

Freud, S. (1989). A Feminilidade, in *Textos Essenciais de Psicanálise*. Men Martins: Europa América.

Freud, S. (1905). *Os três ensaios sobre a sexualidade*. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Ed. Standart. Rio de Janeiro: Imago

Goldberg, S., Brachfeld, S. & DiVitto, B. (1980). Feeding, fussing, and play: parent infant interaction in the first year as a function of prematurity and perinatal medical

problems. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern & A. Sostek (Eds.), *Hight risk infants and children: adult and peer interactions* (pp. 133-153). New York: Academic Press.

Goldberg, S & DiVitto, B. (1995). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting- Children and parenting* (vol.I) (pp. 209-231). New Jersey: Lawrence Erlbaum Assocites.

Goldson, E. (1996). Prematurity: discussion. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 465-475.

Greenberg, M. T. & Crnic, K. A. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature an full term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.

Héritier, F. (1996). *Masculino, Feminino. O Pensamento da Diferença*. Lisboa: Epistemologia e Sociedade. (Tradução do original Françês *Masculin / Féminin*. Odile Jacob, 1996).

Holmes, D. L., Nagy, J. N., Slaymaker, F., Sosnowski, R. J., S. & Pasternanak, J. F. (1982). Early influences of prematurity, illness and prolonged hospitalization on infant behavior. *Development Psychology*, 18 (5), 744-750.

Horta, M. T. (1999). *A Mãe na literatura Portuguesa*. Lisboa: Circulo de Leitores.

- Justo, J. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 371-376.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães. Um estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Presença. (Tradução do original em Alemão *Die Psychoanalyse des Kindes*. Pova Civelli, 1932).
- Lacourt, G. (1984). Les parents de l'enfant prématuré pendant la période d'hospitalisation de leur enfant dans l'unité de neonatologie. In W. Pasini, M. Bydlowsky, E. Papiernik & F. Beguin (Eds.), *Relations précoces parents- enfants* (pp 193-197).
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 365-366.
- Leal, I. (1995). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 3-4.
- Leal, I. (1997). *Transformações Sócio Culturais da gravidez e da maternidade*. In Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 201-204.
- Leal, I. (1999). O Feminino e o Materno. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. C. Canavarro editora. Coimbra: Quarteto (no prelo).

Leal, I. (1998). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 363-364.

Leff, J. R. (1997). *Gravidez- A História Interior*. Porto Alegre: Artes Médicas

Mahler, M. (1993). *O processo de separação-individuação*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Maldonado, T. (1992). Psicossomática e obstétrica, In J. Mello Filho (Ed.). *Psicossomática hoje*. São Paulo. Artes Médicas, 208-214

Maldonado, T. (1997). *Psicologia da Gravidez*. São Paulo: Saraiva

Matos, I. (1997). *Um Filho a Todo o Custo*. Tese de Mestrado realizada na área de Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Isapa), Lisboa.

Méllier, D. (1992). Le syndrome de l'ancien prématuré: la retour?. In M. Deleau & A. Weil-Barais (Eds.), *Le développement de l'enfant: approches comparatives*. Paris: PUF.

Minde, K. (1993). Prematurity and serious illness in infancy: implications for development and intervention. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 87-105). New York: The Guilford Press.

Morell, C. M. (1994). *Unwomanly Conduct. The Challenges of Intentional Childlessness*. New York & London: Routledge.

Nowicki, P. T. (1993). Neonatal problems: medical issues. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman & J. Chaney (Eds.), *The sourcebook of Pediatric Psychology* (pp. 11-16). Boston: Allyn and Bacon.

O'Brien, M., Soliday, E. & McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (2^a ed.) (pp. 463-478). New York: The Guilford Press.

Palminha, J. M. (1997). A sobrevivência do grande prematuro, o meio socio familiar e a responsabilidade da sociedade civil. *Integrar*, 14, 24-28.

Patteson, D. M. & Barnard, K. E. (1990). Parenting of low birth weight infants: a review of issues and interventions. *Infant Mental Health Journal*, 11 (1), 37-56.

Paul, M. C. (1992). Factores de risco associados ao nascimento prematuro. *Psicologia*, VIII (3), 393-402.

Pearl, R.; Donahue, M. (1995). Brief report: Four Years after a preterm birth: children's development and their mothers beliefs and expectations. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (3), 363-370.

Quine, L. (1997). Pregnancy and Childbirth. In A. Baum, S Newman et Al, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 560-565.

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez - a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas

Robert, L., Modesto, M., Pacheco, M., Vaz João, C., Duarte, F. (1995). Mais ou Menos Mulher. *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 5-11.

Rose, S. A. & Feldman, J. F. (1996). Memory and processing speed in preterm children at eleven years: a comparison with full terms. *Child Development*, 67 (5), 2005-2021.

Rosenblatt, D. (1997). Premature babies. In A. Baum, S Newman Et Al *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 565-568.

Rutter, D. R., Quine, L., Chesham, D. (1993). Pregnancy outcome. In *Social Psychological Approaches to Health*. New York: Harvester Wheatsheaf, 76-144.

Sá, E., Coelho, A., Relvas, A. P., Lopes, J. S., Biscaia, J., Alarcão, M. M. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (1995). *Más maneiras de sermos bons pais*. Lisboa: Fim de século

- Sá, E. (1995). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Fim de Século
- Sayers, J. (1992). *Mães da Psicanálise: Helene Deutsch, Karen Horney, Anna Freud, Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Seabra, M. J. (1993). Variáveis psicológicas associadas à prematuridade. *Psychologica*, 10, 61-68.
- Soifer, R. (1971). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Spitz, R. (1967/1996). *O primeiro ano de vida*. Martins Fontes. São Paulo
- Stern, M.& Hildbrant, K, A. (1986). Prematurity stereotyping: effects on mothers-infant interaction. *Child Development*, 57 (2), 308-315.
- Stern, M.& Hildbrant, K, A. (1984). Prematurity stereotype: effects of labelling on adult's perceptions of infants. *Development Pssychology*, 20 (3), 360-362.
- Stoller, R. (1993). *Masculinidade e Feminilidade- Apresentações do Género*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Teixeira, I., Leal, I. P. (1995). Expectativas e atitudes de mães primíparas com filhos prematuros. *Análise Psicológica*, 13 (1/2), pp. 191-194).

Winnicott, D. W. (1969) *De la pediatrie à la psychanalyse*. Payot. Paris.

Winnicott, D. W. (1982) *O ambiente e os processos de separação*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Zeanah, C. & Donough,MC.(1989). Clinical approaches to families in early intervention. *Seminars in Perinatology*, 6, 513-522.

11. ANEXO 1

Idade: _____

Escolaridade:

Ensino Primário _____

Ensino Secundário _____

Ensino Superior _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Tem ou já teve filhos? _____ Quantos? _____ Idade(s)? _____

Durante a(s) gravidez(es) teve algum tipo de problema? _____

Se a resposta for sim, diga que tipo de problema foi ? (ex: hipertensão, infecção
diabetes, ou outros) _____

A(s) gravidez(es) tiveram o tempo de gestação normal, ou terminaram antes do
tempo previsto? _____

Em caso de ter tido um parto prematuro, diga as semanas de gravidez que tinha
quando este ocorreu e qual o peso do bebé ao nascer? _____

Instruções

Este questionário é composto por conjuntos de duas frases, A e B.

Para cada uma delas escolha apenas uma frase A ou B, e assinale-a com uma cruz no quadrado que lhe corresponde.

Por favor leia com atenção a frase A e a frase B, antes de escolher uma delas.

Mesmo que lhe pareça que poderia escolher as duas frases, opte apenas por uma delas, aquela que acha que tem mais a ver consigo: com o seu caso pessoal ou com a sua própria opinião. Ainda que lhe seja muito difícil optar, por favor tente mesmo não deixar nenhuma pergunta por responder.

Repare que neste questionário não existem respostas certas ou erradas, e que nenhuma é melhor que a outra.

Muito obrigada pela sua colaboração.

1-A) Acho que o nascimento de um filho pode não modificar substancialmente o estilo de vida de um casal.	
1-B) Acho que o nascimento de um filho modifica sempre o estilo de vida de um casal.	
2-A) Ter um filho demonstra a fertilidade e feminilidade de uma mulher.	
2-B) Ter um filho demonstra que a mulher passou a ser também mãe.	
3-A) Não compreendo como é que algumas pessoas podem decidir não ter filhos por acharem que já se sentem realizadas noutros aspectos das suas vidas.	
3-B) Acho que algumas pessoas decidem não ter filhos porque já se sentem realizadas noutros aspectos da sua vida.	
4-A) Por vezes trato o meu marido/companheiro/namorado como se fosse meu filho.	
4-B) Acho que o meu marido/companheiro/namorado, é tão «adulto» e responsável como eu.	
5-A) Penso que uma mãe não precisa de ninguém que a ajude a tratar do seu filho, a não ser em casos excepcionais.	
5-B) Penso que uma mãe precisa sempre de alguém que a ajude a tratar do seu filho.	
6-A) Acho que a maternidade só se inicia depois do nascimento do bebé.	
6-B) Acho que a maternidade se inicia com a gravidez.	
7-A) No caso de eu poder ter filhos mas de o meu companheiro não poder tê-los, recorreria à adopção.	
7-B) No caso de eu poder ter filhos, mas de o meu companheiro não poder tê-los, recorreria à inseminação artificial.	
8-A) Acho que ter crianças é a função mais importante do casamento.	
8-B) Acho que ter crianças não é a função mais importante do casamento.	
9-A) Penso que a importância da mãe vê-se sobretudo nos primeiros anos de vida.	
9-B) Penso que ser mãe é uma tarefa vitalícia (para sempre).	
10-A) Acho que não é natural decidir não ter filhos.	
10-B) Acho que não ter filhos nem desejar tê-los é natural.	
11-A) Penso que a maternidade traz sobretudo benefícios sociais à mulher.	
11-B) Penso que a maternidade traz sobretudo limitações sociais à mulher.	
12-A) Acho que ter um filho é sobretudo ser capaz de gerar uma criança.	
12-B) Acho que ter um filho é sobretudo ser capaz de criar (cuidar de) uma criança.	
13-A) Para mim adoptar uma criança é/seria praticamente o mesmo que ter um filho biológico.	
13-B) Para mim, adoptar uma criança nunca seria a mesma coisa do que ter um filho.	
14-A) Gosto de sentir que sou considerada uma mulher inteligente.	
14-B) Gosto mais de sentir que as pessoas que me rodeiam (família, amigos) são consideradas pessoas inteligentes.	

15-A) Acho que durante a gravidez a mulher se sente mais feminina.	
15-B) Acho que durante a gravidez a mulher já se sente mãe.	
16-A) Acho que a maternidade dá à mulher possibilidades que o homem não tem.	
16-B) Acho que a maternidade limita a mulher em relação ao homem.	
17-A) Ter filhos foi algo que sempre desejei.	
17-B) Não me lembro de ter desejado muito ter filhos.	
18-A) Acho que a maternidade prejudica socialmente a mulher.	
18-B) Acho que a maternidade valoriza o estatuto social da mulher.	
19-A) Gostaria de poder ficar em casa sem trabalhar e acho que me sentiria realizada como esposa e mãe.	
19-B) Não consigo imaginar a minha vida sem trabalhar e sem me realizar profissionalmente.	
20-A) Acho que ter filhos dá sentido ao casal, completa-o.	
20-B) Acho que um casal tem de fazer sentido por si, e só depois disso deve ter filhos.	
21-A) Acho que ter filhos torna mais difícil o relacionamento com os amigos, diminui a disponibilidade para estar com eles, e prejudica a vida social.	
21-B) Acho que ter filhos não prejudica a vida social, e até a facilita na medida em que se criam novos relacionamentos com outras pessoas que também têm filhos.	
22-A) Acho que a responsabilidade da educação das crianças é de ambos os pais.	
22-B) Acho que é a mãe que acaba por ter a maior responsabilidade da educação das crianças.	
23-A) Para mim, a gravidez é apenas um acontecimento biológico.	
23-B) Para mim, a gravidez é já o início da maternidade.	
24-A) Tento fazer com que as pessoas que me rodeiam estejam saudáveis e em boa forma.	
24-B) Tento fazer exercício físico para me manter saudável e em boa forma.	
25-A) Acho que seria capaz de utilizar óvulos de outra mulher se precisasse deles para ter filhos.	
25-B) Acho que se tivesse necessidade de utilizar óvulos de outra mulher para poder ter filhos, preferia adoptar uma criança.	
26-A) Acho fantástico o acto de educar/criar uma criança até torná-la num adulto.	
26-B) Acho que educar/criar uma criança até que esta se torne um adulto não tem nada de extraordinário.	
27-A) Acho que Feminino implica mais tarde ou mais cedo que uma mulher deseje estar grávida.	
27-B) Acho que Feminino implica mais tarde ou mais cedo que uma mulher deseje ter filhos.	

28-A) Acho que a maternidade não é necessariamente a actividade mais desejável que uma mulher pode esperar.	
28-B) Acho que a maternidade é a actividade mais desejável que uma mulher pode esperar.	
29-A) Acontece mais vezes prejudicar a minha vida profissional por razões familiares do que o contrário.	
29-B) Acontece mais vezes prejudicar a minha família por razões profissionais do que o contrário.	
30-A) Mesmo podendo ter filhos gostaria de adoptar / adoptei uma criança.	
30-B) Mesmo que não possa / não pudesse ter filhos, acho que não adoptaria uma criança.	
31-A) Penso que a união do casal é essencial para que se possa ter filhos.	
31-B) Penso que ter filhos é essencial para a união do casal.	
32-A) Tenho mais cuidados com a alimentação dos outros do que com a minha própria alimentação.	
32-B) Tenho bastante cuidado com a minha alimentação de modo a não me tornar muito gorda ou muito magra.	
33-A) Acho que uma mulher com ambições (profissionais, intelectuais) sente-se pouco tentada a investir o seu tempo e a sua energia na criação dos filhos.	
33-B) Acho que por mais ambições (profissionais, intelectuais) que uma mulher possa ter, sente-se sempre com vontade de investir o seu tempo e a sua energia na criação dos filhos.	
34-A) Lembro-me de ter desejado vir um dia a estar grávida.	
34-B) Lembro-me de ter desejado vir um dia a ser mãe.	
35-A) Penso que a maternidade valoriza o estatuto profissional da mulher.	
35-B) Penso que a maternidade prejudica a mulher no que diz respeito à sua vida profissional.	
36-A) Acho que a gravidez é sobretudo um período de transformações físicas.	
36-B) Acho que a gravidez é um tempo de preparação para uma nova etapa da vida.	
37-A) Um filho pode interferir negativamente com a possibilidade de viajar, ser espontânea, ter liberdade.	
37-B) Um filho, pela sua importância, deve mesmo interferir com o nosso estilo de vida anterior, e modificá-lo.	
38-A) Acho que as pessoas têm filhos a pensar nelas próprias.	
38-B) Acho que as pessoas têm filhos já a pensar neles.	
39-A) Acho que ter orgasmo numa relação sexual é para mim muito importante.	
39-B) Acho mais importante que o meu companheiro tenha orgasmo numa relação sexual do que eu.	
40-A) Gosto de sentir que para além de ser/poder vir a ser mãe sou, em primeiro lugar, uma mulher.	
40-B) Acho que ser mãe me preenche/irá preencher totalmente como mulher.	

41-A) Acho que uma mulher que não tenha filhos não é completamente feminina.	
41-B) Acho que uma mulher pode ser feminina sem nunca chegar a ter filhos.	
42-A) Se quisesse ter um filho e não pudesse tê-lo de outra forma recorreria a técnicas de reprodução medicamente assistidas.	
42-B) Preferia adotar uma criança a ter de recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistidas (por ex. Inseminação artificial, fertilização in vitro, etc.)	
43-A) Acho que a vocação da mulher é ser mãe.	
43-B) Acho que ser mulher não implica que se tenha uma vocação especial para ser mãe.	
44-A) Acho que as alterações corporais causadas pela gravidez não são importantes nem negativas.	
44-B) Acho que a gravidez altera negativamente o corpo da mulher.	
45-A) Acho que não seria capaz de emprestar o meu útero a um casal infértil para que assim pudessem ter um filho.	
45-B) Acho que seria capaz de emprestar o meu útero a um casal infértil para que assim pudessem ter um filho.	
46-A) Acho que a maternidade é um dos muitos aspectos da vida da mulher.	
46-B) Acho que a maternidade é o destino da mulher, a sua principal função.	
47-A) Para que uma mulher atinja a maturidade é necessário que tenha filhos.	
47-B) Para uma mulher atingir a maturidade não é necessário que tenha filhos.	
48-A) Preocupo-me muito com a minha aparência física.	
48-B) Preocupo-me mais com a aparência física dos outros do que com a minha.	
49-A) Penso que a maternidade pode ser um dos aspectos da nossa vida que nos dá prazer e que nos diverte.	
49-B) Penso que a maternidade é sobretudo dedicação e sacrifício.	
50-A) Acho que os pais não sabem cuidar dos filhos e educá-los tão bem como as mães.	
50-B) Acho que os pais sabem cuidar dos filhos e educá-los tão bem como as mães.	
51-A) Acho que as avós ou outros familiares, as creches ou «amas», podem substituir adequadamente a mãe nos cuidados que as crianças necessitam.	
51-B) Acho que nada substitui os cuidados da mãe.	
52-A) Não adoptaria/não adoptei, uma criança pois acho que um filho é algo que vem de nós próprios.	
52-B) Adoptaria/adoptei, uma criança pois acho que um filho é alguém que se cria, não importa quem foi que lhe deu origem.	
53-A) Acho que ser mãe consiste sobretudo em satisfazer e ajudar a realizar os filhos.	
53-B) Acho que ser mãe é sobretudo uma forma de realização pessoal.	

54-A) Gosto de cuidar de crianças, mudá-las, alimentá-las, dar-lhes banho.	
54-B) Cuidar de crianças não é das coisas que mais goste de fazer.	
55-A) Não querer ter filhos é sinal de egoísmo e imaturidade.	
55-B) Não querer ter filhos é uma decisão que nada tem que ver com egoísmo ou imaturidade.	
56-A) Acho que a gravidez não implica necessariamente o desejo de ser mãe.	
56-B) Acho que durante a gravidez existe ou pelo menos começa a existir na mulher, o desejo de ser mãe.	
57-A) Penso que ser mãe torna a mulher mais feminina.	
57-B) Penso que ser mãe é o destino de se ser mulher.	
58-A) Mesmo que interfira na intimidade e espontaneidade da vida do casal, ter um filho justifica-o completamente.	
58-B) Um filho pode interferir negativamente na intimidade e espontaneidade da vida do casal.	
59-A) Acho que existem muitas funções que a mulher pode desempenhar na vida que são mais gratificantes que a maternidade.	
59-B) Acho que a maternidade é a única função realmente gratificante para a mulher.	
60-A) Adoptaria/Adoptei uma criança para poder ser mãe dela.	
60-B) Só quero ter filhos meus por isso não adoptaria/não adoptei uma criança.	
61-A) Penso que quando ambos os pais trabalham os cuidados dispensados aos filhos devem ser sempre repartidos entre eles.	
61-B) Penso que mesmo quando ambos os pais trabalham, os cuidados dispensados aos filhos devem ser sobretudo desempenhados pela mãe.	
62-A) Acho que uma mulher só se sente adulta com a maternidade.	
62-B) Acho que a maternidade não faz com que uma mulher se passe a sentir adulta.	
63-A) Acho que a responsabilidade da educação das crianças é de ambos os pais.	
63-B) Acho que a responsabilidade da educação das crianças é sobretudo das mães.	
64-A) É difícil imaginar a minha vida sem ter relações sexuais.	
64-B) É difícil imaginar a minha vida sem ter filhos.	
65-A) Acho que a mãe deve amamentar a criança sempre que puder.	
65-B) Acho que o «biberon» substitui adequadamente a amamentação ao peito.	
66-A) A minha vida profissional está em primeiro lugar, e só depois vem a minha vida familiar.	
66-B) A minha vida familiar está em primeiro lugar, e só depois vem a minha vida profissional.	

67-A) Acho que as pessoas têm filhos para darem vida a um novo ser humano, sem esperarem nada em troca.	
67-B) Acho que as pessoas têm filhos para se realizarem através deles, e para assim se satisfazerem a si próprias.	
68-A) Acho que uma mulher não precisa de ser mãe para estar segura da sua própria feminilidade.	
68-B) Acho que uma mulher pode não estar certa acerca da sua feminilidade até ser mãe.	
69-A) Acho que as mulheres sem filhos sentem-se incompletas por não serem mães.	
69-B) Acho que as mulheres sem filhos se sentem menos femininas, menos «mulher».	
70-A) Penso que a Maternidade é apenas uma das etapas da vida da mulher.	
70-B) Penso que a Maternidade é a etapa mais importante da vida da mulher.	
71-A) É importante para mim sentir que sou, ou que poderei vir a ser, uma boa mãe.	
71-B) É importante para mim sentir-me competente na minha profissão.	
72-A) Gosto de escolher a minha roupa com cuidado, de acordo com o meu gosto pessoal ou com a moda do momento.	
72-B) Sou mais cuidadosa a escolher roupa para os outros do que a escolher a minha própria roupa.	
73-A) A sexualidade é muito importante para mim.	
73-B) A maternidade é muito mais importante que a sexualidade.	
74-A) Acho que ter filhos não é essencial para que um casal seja feliz.	
74-B) Acho que ter filhos é essencial para que um casal seja feliz.	
75-A) Gosto que me considerem antes de mais uma boa profissional.	
75-B) Gosto que me considerem antes de mais uma boa mãe.	
76-A) Acho que as pessoas têm filhos por gostarem de crianças.	
76-B) Acho que há muitas pessoas que têm filhos apesar de não gostarem especialmente de crianças.	
77-A) Preocupo-me em agradar aos homens/rapazes (marido, namorado, outros).	
77-B) Preocupo-me mais em ser considerada, ou em vir a ser considerada uma boa mãe.	
78-A) Gosto de me sentir bonita e atraente.	
78-B) Gosto mais de sentir que as pessoas que me rodeiam (família, amigos) são consideradas bonitas e atraentes.	
79-A) Penso que a gravidez é antes de mais um acontecimento biológico.	
79-B) Penso que a gravidez é uma preparação emocional para a maternidade.	
80-A) A maternidade é um dos aspectos mais importantes da minha vida.	
80-B) A maternidade não é a minha maior preocupação.	

81-A) Sinto necessidade de que outras pessoas partilhem comigo os seus conhecimentos, as suas ideias e valores, de modo a que eu possa aprender algo que me seja útil.	
81-B) Sinto necessidade de transmitir aos outros os meus conhecimentos, as minhas ideias e valores, de modo a que eles possam vir a aprender comigo algo que lhes seja útil.	

82-A) É importante para mim fazer coisas que contribuam para que me sinta bem comigo própria.	
82-B) É importante para mim fazer algo que contribua para que os outros possam viver melhor.	

83-A) Acho que por melhor que eu seja/pudesse ser uma «boa mãe», os meus cuidados são/seriam pouco importantes para o bem estar dos meus filhos.	
83-B) Acho que sou/poderia ser uma «boa mãe», e que os meus cuidados são/seriam muito importantes para o bem estar dos meus filhos.	

12. ANEXO 2

file: TESE99.STA [60 cases with 95 variables]

TABLES:

N_DE_A 9999 número de respostas A

file: TESE99.STA [60 cases with 95 variables]

TABLES:

FMODVIDA	9	nascimento de um filho que modifica ou não a vida de um casal
FFEMAE	9	ter um filho demonstra a feminilidade de uma mulher/ter um fil
FREALI	9	não compreende não ter filhos porque se sentem realizados/ com
MARADULT	9	trato o marido como se fosse filho/ é tão adulto e responsável
AJUDAF	9	mãe não precisa de ninguém para ajudar a tratar do filho/mãe
MATINICI	9	maternidade inicia-se com o nasc. do filho/maternidade inicia
ADINSEM	9	no caso de o meu compnheiro não poder ter filhos recorreria
FIMPCAS	9	ter filhos é o mais imporante no casamento/não é o mais impor
TEMPMAE	9	tempo de mãe é sobretudo nos primeiros anos/é uma tarefa vita
NATF	9	não é natural não ter filhos/não ter filhos nem desejar tê-lo
MATSOCIA	9	a maternidade traz beneficios sociaais à mulher/traz limitaço
FGECR	9	ter um filho é ser capaz de gerar uma criança/ser capaz de cu
ADOPTAR	9	adoptar uma criança sera a mesma coisa que ter um filho/nunca
INTELIG	9	gosto de sentir que sou considerada uma mulher inteligente/qu
GRAVIDEZ	9	na gravidez a mulher sente-se mais feminina/ na gravidez a mu
MATHOM	9	a maternidade dá à mulher possibilidades que o homem não tem/
DESEJO	9	ter filhos foi algo que sempre desejei/não me lembro de ter d
MATPREJ	9	a maternidade prejudica socialmente a mulher/a mat. valoriza
REALMP	9	gostaria de ficar em casa sem trabalhar e acho que me sentiri
SENTIF	9	ter filhos dá sentido ao casal/o casal tem de fazer sentido p
FPREJS	9	ter filhos prejudica o relacioamento com os amigos/até facili
EDUCAÇÃO	9	educação é de ambos os pais/ed. é da responsabilidae da mãe
BIOLÓGIC	9	gravidez acontecimento biológico/gravidez início da maternida
SAUDAV	9	gosto que as pessoas que me rodeiam estejam saudáveis e em boa
OVULOS	9	seria capaz de utilizar ovulos de outra mulher para terfilhos
CUIDAR	9	fantástico o acto de cuidar de uma criança/ não tem nada de e
FEMGM	9	feminino imlica mais tarde que uma mulher deseje estar grávid
MATDESEJ	9	maternidade não é a catividade mais dejável que um mulher pod
FAMIL	9	prejudicar a vida profissional por razões familiares/prejudic
GADOP	9	mesmo podendo ter filhos gostaria de adoptar uma criança/não
UNIÃO	9	união do casal essencial para se ter filios7Ter filhos é essen
ALIM	9	mais cuidados com a alimentação dos outros/mais cuidadocom a
ENERF	9	mulher com ambições profissionais sente-se pouco tentada a in
DESEJGM	9	desejado vir um dia a estar grávida/desejado vir um dia a ser
MATPROF	9	maternidade valoriza o estatuto profissional da mulher/prejud
GRAVTF	9	gravidez periodo de transformações fisicas/ preparação para u
FESTVIDA	9	filho intervém negativamente na liberdade/filho intervem,pela
FOUTROS	9	as pessoas têm filhos a pensar nelas próprias/já a pensar nel
ORGASMO	9	ter orgasmo é muito importante/mais importante que o meu comp
MULHER	9	para além de poder a vir a ser mãe sou em primeiro lugar um m
FIFEM	9	mulher sem filhos não é completamente fem,/mulher pode ser fe
TRMA	9	se quizesse ter um filho e não pudesse tê-lo recorreria às TR
VOCAÇÃO	9	vocaço da mulher é ser mãe/ ser mulher não implica ter um voc
CORPO	9	alterações corporais da gravidez não são importantes nem nega
ÚTERO	9	não seria capaz de emprestar o meu utero a um casal infértil/
FUNÇÃO	9	a mat. é um dos muitos aspectos da vida da mulher/ é o destin
MATUR	9	para que uma mulher atinga a maturidade é necessário ter filh
APAREN	9	preocupo-me muito com a minha aparência fisica/preocupo-me ma
DEDICAÇÃ	9	maternidade pode ser um dos aspectos ue nos dá prazer e diver
FPAIS	9	pais não sabem cuidar dos filhos e educá-los tão bem como a m
AVÓS	9	avós ou outros familiares, as creches as amas, podem substitu
FCRIAR	9	não adoptaria um acriança porque acho que um filho é algo que

MSATISF	9	ser mãe consiste em satisfazer e ajudar os filhos/ser mãe é s
CUIDCRI	9	gosto de cuidar de crianças, mudá-las, alimentá-las, dar-lhes
EGOISMO	9	não querer ter filhos é sinal de egoísmo e imaturidade/é uma
GDESJM	9	grav. não implica desejo e mãe/grav. começa a existir desejo
MFEM	9	ser mãe torna a mulher mais feminina/é o destino da mulher
INTIMID	9	mesmo que interfira na intimidade do casal, ter um filho just
MATGRAT	9	outras funções mais gratificantes ue a maternidade/é a única
ADOPM	9	adoptarei uma criança para poder ser mãe dela/só quero ter fi
PTRAB	9	quando ambos os pais trabalham, os cuidados aos filhos devem
ADULM	9	uma mulher só se sente adulta com a maternidade/ a maternidad
EDPAIS	9	responsabilidade da educação de ambos os pais/é sobretudo das
RELSEX	9	é difícil imaginar a minha vida sem ter relações sexuais/difí
AMAMENT	9	a mãe deve amamentar a criança sempre que pode/o biberon subs
FAMPROF	9	vida profissional está em primeiro lugar, e só depois a vida
FTROCA	9	as pessoas têm filhos para darem vida a um novo ser humano/pa
SEGFEM	9	uma mulher não precisa ser mãe para estar segura da sua femin
INCOMP	9	mulheres sem filhos sentem-se incompletas por não serem mães/
MATETAP	9	maternidade apenas uma etapa na vida da mulher/é a etapa mais
SERM	9	é importante sentir que sou, que poderei vir a ser mãe/é impo
ROUPA	9	gosto de escolher a roupa com cuidado, de acordo com o meu go
SEXUALID	9	a sexualidade é muito importante para mim/a maternidade é mais
FFELIZ	9	ter filhos não é essencial para um casal ser feliz/é essencia
BPROFM	9	gosto que me considerem antes de mais uma boa profissional/um
GCRIANÇ	9	as pessoas tem filhos por gostarem de crianças/há pessoas que
AGRADAR	9	preocupo-me em agradar aos homens/em ser considerda uma boa m
ATRAENTE	9	gosto de me sentir bonita e atrente/gosto mais de sentir que
BIOLOG	9	gravidez é antes de mais um acontecimento biológico/preparaçã
MATVIDA	9	a maternidade é um dos aspectos mais inportantes da minha vid
CONHEC	9	necessidade que os outros partilhem comigo os seus conhecimen
BEM	9	é importante para mim fazer coisas que contribuem para que me
BOAM	0	mesmo que fosse boa mãe os meus cuidados seriam pouco importa
N_DE_A	9999	número de respostas A
N_DE_B	9999	número de respostas B

data file: TESE99.STA [60 cases with 94 variables]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	IDADE	ESCOLA	EST_CIVI	Nº_FILHO	IR_VELHO	ID_NOVO	PROBGRAV	GRAVTEMP	SEMGRAV
1	33.000	3.000	1.000	1.000		24.000	2.000	1.000	39.000
2	32.000	2.000	1.000	2.000	3.000	22.000	2.000	1.000	40.000
3	34.000	3.000	1.000	1.000		3.000	1.000	1.000	40.000
4	26.000	3.000	1.000	1.000		24.000	2.000	1.000	40.000
5	37.000	3.000	1.000	2.000	2.800	1.000	2.000	1.000	39.000
6	26.000	2.000	1.000	1.000		2.000	2.000	1.000	39.000
7	30.000	3.000	2.000	1.000		4.000	2.000	1.000	38.000
8	37.000	3.000	1.000	2.000	9.000	2.000	2.000	1.000	42.000
9	34.000	3.000	1.000	2.000	5.000	4.000	2.000	1.000	40.000
10	33.000	2.000	2.000	2.000	5.000	2.000	2.000	1.000	40.000
11	25.000	2.000	1.000	2.000	2.700	1.000	1.000	1.000	40.000
12	36.000	3.000	1.000	1.000		13.000	2.000	1.000	40.000
13	32.000	3.000	1.000	2.000	3.000	6.000	1.000	1.000	40.000
14	31.000	3.000	1.000	2.000	2.000	9.000	1.000	1.000	40.000
15	30.000	2.000	1.000	2.000	6.000	24.000	2.000	1.000	40.000
16	32.000	3.000	1.000	1.000		24.000	2.000	1.000	40.000
17	28.000	3.000	1.000	1.000		18.000	2.000	1.000	39.000
18	38.000	2.000	1.000	2.000	12.000	8.000	1.000	1.000	38.000
19	31.000	2.000	1.000	2.000	3.000	4.000	1.000	1.000	38.000
20	35.000	3.000	1.000	2.000	6.000	24.000	1.000	1.000	39.000
21	29.000	3.000	1.000	2.000	3.000	4.000	2.000	1.000	40.000
22	38.000	3.000	1.000	1.000		6.000	2.000	1.000	40.000
23	27.000	3.000	1.000	1.000		3.000	2.000	1.000	38.000
24	30.000	3.000	1.000	1.000		13.000	1.000	1.000	38.000
25	39.000	3.000	1.000	1.000		10.000	2.000	1.000	39.000
26	30.000	3.000	1.000	1.000		8.000	2.000	1.000	38.000
27	40.000	2.000	1.000	1.000		24.000	2.000	1.000	38.000
28	31.000	2.000	1.000	1.000		4.000	2.000	1.000	39.000
29	31.000	2.000	1.000	2.000	6.000	1.000	1.000	1.000	39.000
30	33.000	3.000	1.000	1.000		24.000	2.000	1.000	40.000
31	27.000	2.000	1.000	1.000		24.000	1.000	2.000	26.000
32	27.000	2.000	1.000	1.000		15.000	1.000	2.000	28.000
33	26.000	2.000	1.000	1.000		5.000	1.000	2.000	25.000
34	35.000	2.000	1.000	1.000		17.000	1.000	2.000	26.000
35	30.000	2.000	4.000	1.000		2.000	1.000	2.000	29.000
36	28.000	3.000	1.000	1.000		3.000	1.000	2.000	31.000
37	28.000	2.000	1.000	1.000		18.000	1.000	2.000	29.000
38	31.000	2.000	1.000	3.000	11.000	14.000	1.000	2.000	26.000
39	28.000	2.000	4.000	1.000		24.000	2.000	2.000	26.000
40	22.000	2.000	1.000	1.000		2.000	2.000	2.000	27.000
41	39.000	3.000	4.000	1.000		24.000	1.000	2.000	31.000
42	24.000	2.000	1.000	1.000		12.000	1.000	2.000	29.000
43	27.000	3.000	1.000	1.000		12.000	1.000	2.000	26.000
44	30.000	3.000	1.000	1.000		1.000	2.000	2.000	28.000
45	35.000	2.000	1.000	2.000	6.000	5.000	2.000	2.000	27.000
46	34.000	3.000	2.000	1.000		4.000	1.000	2.000	29.000
47	26.000	2.000	2.000	1.000		6.000	1.000	2.000	27.000
48	33.000	3.000	1.000	2.000	6.000	4.000	2.000	2.000	28.000
49	42.000	3.000	1.000	1.000		24.000	2.000	2.000	32.000
50	34.000	3.000	1.000	1.000		24.000	1.000	2.000	30.000
51	29.000	2.000	1.000	1.000		2.000	2.000	2.000	29.000
52	39.000	3.000	1.000	1.000		5.000	1.000	2.000	32.000
53	26.000	2.000	1.000	2.000	4.000	3.000	1.000	2.000	24.000
54	23.000	2.000	2.000	1.000		12.000	1.000	2.000	28.000
55	26.000	2.000	2.000	1.000		1.000	1.000	2.000	25.000
56	31.000	2.000	2.000	1.000		3.000	1.000	2.000	29.000
57	37.000	3.000	1.000	1.000		12.000	1.000	2.000	31.000
58	33.000	2.000	1.000	1.000		13.000	1.000	2.000	24.000
59	35.000	3.000	1.000	1.000		24.000	2.000	2.000	31.000

	1 IDADE	2 ESCOLA	3 EST_CIVI	4 N°_FILHO	5 IR_VELHO	6 ID_NOVO	7 PROBGRAV	8 GRAVTEMP	9 SEMGRAV
60	29.000	3.000	1.000	1.000		2.000	2.000	2.000	32.000

	10 PESOBEBÉ	11 FMODVIDA	12 FFEMÆE	13 FREALI	14 MARADULT	15 AJUDAF	16 MATINICI	17 ADINSEM	18 FIMPCAS
1	3000.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
2	2980.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
3	3050.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
4	3500.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
5	3150.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000
6	3050.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
7	3120.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
8	3800.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
9	3200.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000
10	3100.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
11	2950.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000
12	3070.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	
13	3450.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
14	3080.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
15	3400.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000
16	3300.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
17	3250.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000
18	3120.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
19	3125.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
20	3315.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
21	3500.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
22	3600.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
23	2800.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
24	2890.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
25	3350.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
26	3010.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000
27	3450.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
28	3200.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
29	3000.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
30	3600.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
31	960.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
32	1226.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
33	686.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
34	947.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
35	1300.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
36	1200.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
37	1180.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
38	805.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
39	945.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000
40	1180.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000
41	955.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000
42	1020.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
43	853.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
44	930.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
45	847.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
46	980.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
47	1080.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
48	1250.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
49	1154.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
50	1350.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
51	1485.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
52	1225.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000
53	780.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000
54	1292.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
55	640.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
56	970.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
57	1280.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	
58	675.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000

	10 PESOBEBÉ	11 FMODVIDA	12 FFEMÆ	13 FREALI	14 MARADULT	15 AJUDAF	16 MATINICI	17 ADINSEM	18 FIMPCAS
59	1200.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
60	1780.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

	19 TEMPMAE	20 NATF	21 MATSOCIA	22 FGEGR	23 ADOPTAR	24 INTELIG	25 GRAVIDEZ	26 MATHOM	27 DESEJO
1	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
2	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000
3	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000
4	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
5	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000
6	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
7	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
8	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
9	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
10	2.000	1.000		2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
11	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
12	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
13	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
14	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
15	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
16	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
17	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
18	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
19	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
20	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
21	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
22	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
23	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
24	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
25	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
26	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
27	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
28	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
29	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
30	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
31	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
32	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
33	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
34	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
35	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
36	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
37	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
38	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
39	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
40	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
41	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
42	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
43	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
44	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
45	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
46	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
47	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
48	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
49	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
50	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
51	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
52	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
53	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
54	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
55	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
56	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
57	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000

	19 TEMPMAE	20 NATF	21 MATSOCIA	22 FGECR	23 ADOPTAR	24 INTELIG	25 GRAVIDEZ	26 MATHOM	27 DESEJO
58	2.000	1.000		2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
59	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
60	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000

	28 MATPREJ	29 REALMP	30 SENTIF	31 FPREJS	32 EDUCAÇÃO	33 BIOLÓGIC	34 SAUDAV	35 OVULOS	36 CUIDAR
1	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
2	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
3	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
4	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
5	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
6	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
7		2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
8	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
9	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
10	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
11	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
12	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
13	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
14	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
15	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
16	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
17	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
18	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
19	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
20	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
21	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
22	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
23	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
24	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
25	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
26	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
27	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
28	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
29	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
30	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
31	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
32	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
33	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
34	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
35	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000		2.000	1.000
36	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
37	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
38	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
39	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
40	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
41	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000		2.000	1.000
42	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
43	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
44	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
45	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
46	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
47	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
48	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
49	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
50	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
51	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
52	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
53	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
54	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
55	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
56	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000

	28 MATPREJ	29 REALMP	30 SENTIF	31 FPREJS	32 EDUCAÇÃO	33 BIOLÓGIC	34 SAUDAV	35 OVULOS	36 CUIDAR
57	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
58	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
59	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
60	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000

	37 FEMGM	38 MATDESEJ	39 FAMIL	40 GADOP	41 UNIÃO	42 ALIM	43 ENERF	44 DESEJGM	45 MATPROF
1	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
2	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
3	1.000	1.000	1.000		1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
4	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
5	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
6	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
7	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
8	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
9	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
10	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
11	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
12	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
13	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
14	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
15	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
16	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
17	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
18	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
19	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000
20	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
21	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
22	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
23	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
24	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
25	2.000		1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
26	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
27	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
28	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
29	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
30	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
31	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
32	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
33	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000
34	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
35	1.000	2.000	1.000	1.000		2.000	2.000	2.000	2.000
36	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
37	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000
38	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
39	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
40	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
41	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
42	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
43	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
44	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
45	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
46	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
47	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
48	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
49	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
50	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000
51	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
52	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
53	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000
54	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
55	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000

	37 FEMGM	38 MATDESEJ	39 FAMIL	40 GADOP	41 UNIÃO	42 ALIM	43 ENERF	44 DESEJGM	45 MATPROF
56	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
57	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
58	92.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
59	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
60	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000

	46 GRAVTF	47 FESTVIDA	48 FOUTROS	49 ORGASMO	50 MULHER	51 FIFEM	52 TRMA	53 VOCAÇÃO	54 CORPO
1	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
2	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
3		2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
4	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
5	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
6	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
7	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
8	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
9	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
10	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
11	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
12	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
13	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
14	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
15	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
16	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
17	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
18	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
19	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
20	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
21	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
22	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
23	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
24	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
25	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
26	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
27	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
28	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
29	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
30	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
31	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
32	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
33	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
34	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
35	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000		2.000	2.000
36	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
37	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
38	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
39	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
40	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
41	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
42	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
43	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
44	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
45	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
46	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
47	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
48	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
49	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
50	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
51	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
52	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
53	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
54	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000

	46 GRAVTF	47 FESTVIDA	48 FOUTROS	49 ORGASMO	50 MULHER	51 FIFEM	52 TRMA	53 VOCAÇÃO	54 CORPO
55	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
56	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
57	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
58	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
59	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
60	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000

	55 ÚTERO	56 FUNÇÃO	57 MATUR	58 APAREN	59 DEDICAÇA	60 FPAIS	61 AVÓS	62 FCRIAR	63 MSATISF
1	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
2	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
3	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000		1.000
4	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
5	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
6	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
7	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
8	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
9	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
10	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
11	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
12	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
13	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
14	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
15	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
16	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
17	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
18	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
19	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
20	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
21	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
22	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
23	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
24	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
25	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
26	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000		2.000
27	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
28	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
29	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
30	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
31	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
32		2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
33	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
34	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
35	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000		2.000
36	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000
37	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
38	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
39	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
40	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
41	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
42	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
43	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
44	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
45	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
46	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
47	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
48	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
49	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
50	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	
51	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
52	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
53		1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000

	64 CUIDCRI	65 EGOISMO	66 GDESJM	67 MFEM	68 INTIMID	69 MATGRAT	70 ADOPM	71 PTRAB	72 ADULM
53	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000
54	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
55	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000
56	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
57	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000
58	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000
59	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000
60	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000

	73 EDPAIS	74 RELSEX	75 AMAMENT	76 FAMPROF	77 FTROCA	78 SEGFEM	79 INCOMP	80 MATETAP	81 SERM
1	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
2	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
3	1.000	1.000	1.000		1.000	1.000		1.000	1.000
4	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000
5	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	
6	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
7	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
8	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
9	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
10	1.000		1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
11	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	
12	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
13	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
14	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
15	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
16	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
17	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
18	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
19	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
20	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
21	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000
22	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
23	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
24	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
25	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
26	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000		1.000	
27	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
28	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
29	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000		1.000
30	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
31	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
32	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
33	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
34	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
35	2.000		1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
36	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
37	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
38	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
39	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
40	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
41	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
42	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
43	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
44	1.000	2.000		2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	
45	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
46	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
47	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000
48	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
49	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
50	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
51	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

	73 EDPAIS	74 RELSEX	75 AMAMENT	76 FAMPROF	77 FTROCA	78 SEGDEM	79 INCOMP	80 MATETAP	81 SERM
52	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
53	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
54	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
55	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
56	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
57	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000
58	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
59	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
60	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

	82 ROUPA	83 SEXUALID	84 FFELIZ	85 BPROFM	86 GCRIANÇ	87 AGRADAR	88 ATRAENTE	89 BIOLOG	90 MATVIDA
1	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
2	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
3	1.000	1.000	1.000		1.000		1.000		
4	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
5	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
6	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
7	1.000	1.000	1.000		1.000				2.000
8	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
9	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	1.000
10	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
11	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
12	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
13	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
14	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
15	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
16	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
17	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000
18	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000
19	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
20	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
21	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	1.000
22	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000
23	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
24	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
25	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
26	2.000	1.000	1.000		1.000			2.000	2.000
27	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
28	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000
29	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
30	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000
31	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
32	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
33	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
34	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
35	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
36	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
37	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
38	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
39	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
40	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
41	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000
42	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
43	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000
44	1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000
45	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
46	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
47	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
48	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
49	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
50	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000

	82 ROUPA	83 SEXUALID	84 FFELIZ	85 BPROFM	86 GCRIANÇ	87 AGRADAR	88 ATRAENTE	89 BIOLOG	90 MATVIDA
51	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000
52	1.000	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	1.000	2.000	1.000
53	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
54	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
55	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
56	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000
57	1.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000
58	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000	1.000	1.000
59	2.000	2.000	1.000	2.000	2.000	2.000	1.000	2.000	1.000
60	1.000	1.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000

	91 CONHEC	92 BEM	93 BOAM	94 NEWVAR
1	1.000	1.000	2.000	
2	1.000	1.000	2.000	
3		1.000	2.000	
4	1.000	1.000	2.000	
5	1.000	1.000	2.000	
6	1.000	2.000	2.000	
7			2.000	
8	1.000	2.000	2.000	
9	2.000	1.000	2.000	
10	1.000	1.000	2.000	
11	2.000	1.000	1.000	
12	1.000	2.000	2.000	
13	2.000	2.000	2.000	
14	1.000	2.000	2.000	
15	2.000	1.000	2.000	
16	1.000	1.000	9.000	
17	1.000	1.000	2.000	
18	1.000	2.000	2.000	
19	1.000	1.000	2.000	
20	1.000	1.000	2.000	
21	1.000	1.000	2.000	
22	1.000	2.000	2.000	
23	1.000	1.000	2.000	
24	1.000	2.000	1.000	
25	1.000	1.000	2.000	
26	1.000		2.000	
27	1.000	1.000	2.000	
28	2.000	1.000	1.000	
29	1.000	2.000	2.000	
30	1.000	2.000	2.000	
31	1.000	1.000	2.000	
32		1.000	2.000	
33	1.000	2.000	2.000	
34	1.000	2.000	2.000	
35	2.000	1.000	2.000	
36	2.000	1.000	2.000	
37	2.000	1.000	2.000	
38	1.000	2.000	2.000	
39	2.000	2.000	2.000	
40	1.000	1.000	2.000	
41	1.000	1.000	2.000	
42	1.000	1.000	1.000	
43	1.000	2.000	2.000	
44	2.000	1.000	1.000	
45	1.000	1.000	2.000	
46	1.000	1.000	2.000	
47	1.000	1.000	2.000	
48	1.000	1.000	2.000	
49	1.000	2.000	2.000	

	91 CONHEC	92 BEM	93 BOAM	94 NEWVAR
50	1.000	1.000	2.000	
51	1.000	1.000	2.000	
52	1.000	1.000	2.000	
53	1.000	1.000	2.000	
54	1.000	1.000	1.000	
55	1.000	1.000	2.000	
56	1.000	1.000	2.000	
57	1.000	2.000	2.000	
58	1.000	1.000	2.000	
59	1.000	2.000	2.000	
60	1.000	1.000	2.000	