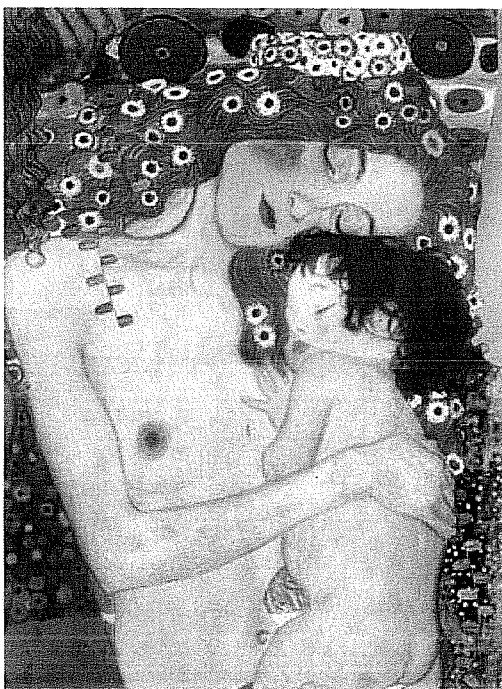


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA PARENTALIDADE

TESE DE MESTRADO

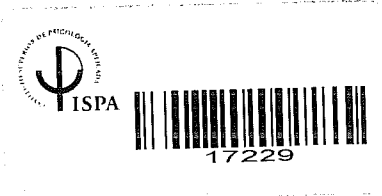


*Personalidade e Primiparidade Tardia*

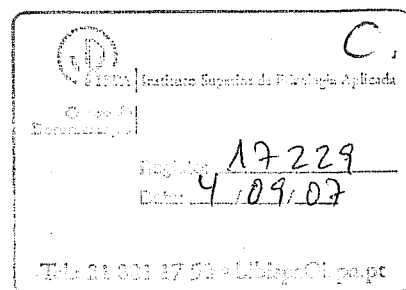
Sara Cristina Cabral Batista - N° 12722

ORIENTADORA: Professora Doutora Teresa Morais Botelho

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



2007





Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Teresa Morais Botelho, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, conforme Portaria n.º 842/2005 de 19 de Setembro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5 do Decreto-lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Botelho por acreditar, pela emérita e sensata orientação, dedicação e afectuosidade com que orientou este trabalho, a qual terá para sempre a minha gratidão!

À Professora Doutora Isabel Leal pelo desafio e pela sabedoria.

À Professora Doutora Regina Bispo pela orientação, conhecimentos e apoio nos momentos mais angustiantes do tratamento estatístico

À Doutora Maria de Jesus Correia pelo exemplo de profissionalismo, dedicação e afectividade

À Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ao Hospital Cuf Descobertas, em especial, à Enfermeira Isabel, à Clínica Fetus Vitae, à Doutora Graça Mexia (“Descansauna”), à Doutora Maria João Alvito (“Olá Mamã”), à Enfermeira Ana Frias, à Sandra Oliveira e ao Doutor Pierre, pelo interesse e colaboração, permitindo o contacto com as mulheres que colaboraram no estudo.

Às Mulheres que se interessaram e aceitaram participar neste trabalho, possibilitando assim a sua concretização. A minha eterna gratidão!

À Biblioteca do ISPA pelo apoio na recolha da literatura.

À Joana, à Ana Margarida, à Cristina e ao Alberto pela dedicação, amizade e criatividade que demonstraram na leitura e revisão da tese.

À Sofia pela sua amizade e incentivo nos momentos mais angustiantes.

Aos meus Amigos por acreditarem em mim.

À minha Família, suporte de todos os momentos da minha vida.

Ao Filipe pelo afecto, compreensão, colaboração e incentivo na partilha tanto dos momentos mais difíceis como dos melhores.

Aos meus Pais pelo amor, coragem, apoio e incentivo que sempre me deram, ensinando-me com os seus exemplos de profissionalismo que o trabalho e dedicação são imprescindíveis à concretização dos nossos sonhos!

Um Sincero Obrigada a Todos Vós!

## ÍNDICE

Resumo	9
Introdução	13
Enquadramento Teórico	17
A Construção do Feminino e do Materno	18
Feminino	18
Visão Histórica e Cultural do Feminino	18
Conceito Psicológico de Feminino	22
Materno	26
Abordagem Socio-Histórica e Teorias Psicológicas do Materno	26
Conceito Psicológico de Maternidade	29
Primiparidade	34
Primiparidade Tardia	35
A Gravidez Tardia vista ao longo dos Tempos	35
Integração Biopsicossocial da Gravidez e da Maternidade	
Tardias	37
Personalidade	50
Perspectiva Histórica do Conceito de Personalidade	51
As Principais Abordagens da Personalidade	52
O Modelo dos Cinco Factores	56
Método	63
Natureza do Estudo	64
Objectivos	64
Instrumentos	65
Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)	65

Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno	67
Questionário de Caracterização da Amostra	68
Participantes	69
Procedimento	69
Amostra	71
Resultados	82
Resultados obtidos através do Inventário de Personalidade do NEO-PI-R	83
O Primeiro Nível de Análise: Os Domínios	85
O Segundo Nível de Análise: As Facetas	86
O Terceiro Nível de Análise: Bidimensional	88
Resultados obtidos através do Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno	90
Discussão	92
Conclusões	109
Referências Bibliográficas	113
Anexos	117
Anexo A: Inventário da Personalidade NEO-PI-R	118
Anexo B: Descrição do Inventário da Personalidade NEO-PI-R	135
Anexo C: Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno	145
Anexo D: Questionário da Caracterização da Amostra	156
Anexo E: Autorização para a recolha da amostra	161
Anexo F: Autorização para a cedência de contactos pessoais	163
Anexo G: Classificação da avaliação socioeconómica	165
Anexo H: Valores Normativos do NEO-PI-R	167
Anexo I: Outputs da análise estatística dos resultados obtidos através do Inventário de Personalidade NEO-PI-R	169
Anexo J: Outputs da análise estatística dos resultados obtidos	

através do Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno	187
Anexo L: Outputs da análise estatística dos resultados obtidos através do Questionário da Caracterização da Amostra	190

#### Lista de Tabelas

TABELA 1: Evolução socio-histórica do conceito de Feminino	18
TABELA 2: Contributos de diversas áreas e autores para a construção do conceito psicológico de Feminino	20
TABELA 3: Evolução socio-histórica do conceito de Materno	26
TABELA 4: Contributos da Psicologia clínica para a construção do conceito psicológico de Materno	27
TABELA 5: Domínios e facetas avaliadas pelo NEO-PI-R (adaptado por Lima & Simões, 1997, p.172)	66
TABELA 6: Resumo dos resultados da análise estatística	84
TABELA 7: Resumo dos níveis de significância estatística e características da primípara tardia	86

#### Lista de Figuras

FIGURA 1: Gráfico das percentagens da idade materna nas primíparas Tardias	72
FIGURA 2: Gráfico das percentagens das habilitações literárias nas primíparas tardias	72
FIGURA 3: Gráfico das percentagens do nível socioeconómico nas primíparas tardias	73
FIGURA 4: Gráfico das percentagens dos anos de relação conjugal nas primíparas tardias	73
FIGURA 5: Gráfico das percentagens do estado civil nas primíparas tardias	74
FIGURA 6: Gráfico das percentagens de grávidas e puérperas nas primíparas Tardias	74
FIGURA 7: Gráfico das percentagens das gravidezes planeadas e não planeadas nas primíparas tardias	75
FIGURA 8: Gráfico das percentagens das gravidezes desejadas e indesejadas nas primíparas tardias	75

FIGURA 9: Gráfico das percentagens das gravidezes anteriores nas primíparas tardias	76
FIGURA 10: Gráfico das percentagens de aborto espontâneo nas primíparas Tardias	76
FIGURA 11: Gráfico das percentagens dos tipos de gravidez nas primíparas Tardias	77
FIGURA 12: Gráfico das percentagens dos tipos de parto nas primíparas Tardias	77
FIGURA 13: Gráfico das percentagens das primíparas tardias que frequentaram ou não cursos de preparação para o parto	78
FIGURA 14: Gráfico das percentagens das primíparas tardias que realizaram consultas de vigilância durante gravidez	78
FIGURA 15: Gráfico das percentagens das primíparas tardias que apresentaram ou não complicações obstétricas	79
FIGURA 16: Gráfico das percentagens das primíparas tardias que estiveram ou não internadas durante a gravidez	79
FIGURA 17: Gráfico das percentagens dos casais que estiveram ou não mais de 1 ano a tentar engravidar	80
FIGURA 18: Gráfico das percentagens dos casais que recorreram ou não a técnicas de reprodução medicamente assistida	80
FIGURA 19: Gráfico das percentagens de respostas das primíparas tardias relativas aos factores que motivaram o adiamento da maternidade	81
FIGURA 20: Dimensões psicológicas de Feminino e de Materno das primíparas tardias	90

## RESUMO

Esboçou-se esta investigação na procura do Perfil de Personalidade e da diferença entre as Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno nas Primíparas Tardias.

Com base num desenho exploratório e transversal, recolheu-se uma amostra de conveniência, constituída por 72 primíparas tardias que se encontravam em Instituições de Saúde e Cursos de Preparação para o Parto. Os instrumentos utilizados que permitiram a recolha dos dados foram: o Inventário da Personalidade NEO-PI-R, o Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno e o Questionário de Caracterização da Amostra.

As variáveis clínicas e demográficas *caracterizam* as primíparas tardias com uma idade média de 37,67 anos (DS=2,3), portuguesas (73,6%), licenciadas (47,1%), com um nível socioeconómico elevado (47,1%), casadas (65,3%), planeiam (77,8%) e desejam (95,8%) a gravidez e “primigravidae” (66,7%). A maioria (73,3%) já tinha tido um aborto espontâneo, teve gravidezes sem risco (86,8%), foi submetida a parto por cesariana (62,8%), realizou entre 6 a 10 consultas de vigilância da gravidez (63,6%), não apresentou complicações obstétricas (78,3%) e não foi internada durante a gravidez (93,1%). A maioria dos casais esteve não mais de um ano a tentar engravidar (70,8%), não sentiu necessidade de recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistida (84,7%) e assinalou a dimensão conjugal como o factor que motivou o adiamento da maternidade (52,9%).

As variáveis psicológicas traçam um *perfil de personalidade* que manifesta uma elevada *Conscienciosidade* e baixo *Neuroticismo* e esboçam um perfil da primípara tardia como pouco deprimida, pouco ansiosa, amável, pouco vulnerável e muito auto-consciente. É afectuosa, muito assertiva, muito activa e experiencia emoções positivas. É imaginativa, sensível e empática, procura a novidade, é intelectualmente curiosa, tolerante e flexível. É altruísta, muito competente, adere aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais, apresenta níveis de realização elevados e boa auto-disciplina.

É uma mulher que tem ambas as dimensões de Feminino e de Materno muito investidas a nível pessoal, social e profissional, sendo considerada muito feminina mas extremamente materna!

É uma mulher contemporânea, emocionalmente saudável, que se sente bem consigo própria e com a sua vida, acompanhando a evolução da sociedade. A estrutura da personalidade da primípara tardia, reflectida com base nos constructos contemporâneos de Feminino e de Materno, torna-se assim uma contribuição para a evolução da Psicologia da Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

This research focuses on the personality profile of late primiparous women and considers the difference between the feminine and maternal dimensions.

Based on an exploratory and transversal research we assembled a convenience representative sample of 72 late primiparous women recruited from health institutions and parturition preparation courses. The instruments used to gather the data were: Sample Characterization Questionnaire, NEO Personality Inventory and the Feminine and Maternal Dimensions Assessment Questionnaire.

The clinical and demographic variables *describe* the late primiparous woman as: average age 37,67 years (DS=2,3), of Portuguese nationality (73,6%), university graduates (47,1%), high socio-economic level (47,1%), married (65,3%), planned (77,8%) and desired (95,8%) pregnancy, "primigravidae" (66,7%), 73,3% had already suffered a spontaneous abortion, 86,8% pregnancies without risk, 62,8% were submitted to cesarian section, 63,6% underwent 6 to 10 pregnancy vigilance consultations, 78,3% did not present obstetric complications, 93,1% were not admitted to hospital during pregnancy, 70,8% took less than a year to fall pregnant, 84,7% did not resort to medically assisted reproduction techniques and 52,9% stated that the most important reason in the postponement of maternity were relationship issues.

The psychological variables *portray the personality* as high in awareness and low in neuroticism and outline a profile of a late primiparous woman as less depressed, less anxious, not vulnerable and very self-aware. This woman is affectionate, very assertive, very active, experiences positive emotions. She is imaginative, sensitive and empathetic, looks for novelty, is intellectually curious, tolerant and flexible. She is very altruistic, very competent, adheres to her own behaviour patterns, ethical principles and moral obligations, and shows high achievement levels and good self discipline. She has well developed feminine and maternal dimensions on the personal, social and professional levels and can thus be considered as "very feminine" but also, "extremely maternal".

She is a contemporary woman, emotionally healthy who is at ease with herself and with her life and the roles she takes on.

The personality structure of late primiparous women, when jointly analysed with contemporary Feminine and Maternal dispositions, contributes to the development what we have come to view as the Psychology of Women's Health.



## *INTRODUÇÃO*

## INTRODUÇÃO

Porquê gerar e criar filhos?

Maldonado (1985) refere que podemos considerar que a decisão de ter um filho pode resultar de um único motivo ou da interacção de vários motivos (conscientes ou inconscientes), por exemplo: criar e aprofundar uma relação importante, a necessidade de amar e ser amado por alguém, desejar a transcendência e a continuidade elaborando a angústia de morte e a esperança de imortalidade, competir com irmãos, dar um neto ao pai e/ou à mãe, preencher o vazio de um companheiro, procurar uma extensão de si próprio e a confirmação da identidade sexual.

A complementar, também as questões em relação à parentalidade são várias: por que querem ou não as pessoas ter filhos, quantos filhos querem ter, quando querem ter (precocemente ou tardiamente), quais as condições de vida, de saúde, económicas, relacionais e culturais.

É neste panorama que a primiparidade tardia revela ser um fenómeno cada vez mais actual e de maior prevalência nas sociedades desenvolvidas, assumindo-se como uma nova área de investigação, cada vez mais importante e valorizada, por nas últimas décadas ter aumentado o adiamento da maternidade para idades mais avançadas, decorrente tanto da evolução sócio-cultural - que alterou a vida das pessoas e levou a incompatibilidades entre a vida pessoal e conjugal, a vida profissional e a maternidade - como da utilização dos métodos contraceptivos mais seguros - que permitiu à mulher uma maior liberdade e controlo sobre o corpo e a sexualidade.

A diferenciação educativa e cultural das mulheres foi outro factor que permitiu uma melhor compreensão da evolução da medicina possibilitar o diagnóstico precoce de muitas situações problemáticas e da disposição legal existente assegurar a possibilidade de recorrência à interrupção terapêutica da gravidez nos casos que o justifiquem, levando assim ao adiamento da maternidade.

A presente investigação revela-se inovadora, pela escassa literatura e reduzidos dados empíricos na área da Primiparidade Tardia, especialmente na sua relação com a Personalidade. Estuda também a etiologia da primiparidade tardia no seio da

Psicologia, utilizando métodos e técnicas da mesma, acrescentando conhecimentos a esta área.

Vista desta forma, a primiparidade tardia enquadra-se no domínio da Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, um subdomínio da Psicologia da Saúde (Leal, 1997). Leal (2005) entende por Psicologia da Gravidez e da Maternidade, “o conjunto de saberes e conhecimentos psicológicos que tomam como objecto a maternidade. Sincronicamente, no sentido de determinar estruturalmente um conjunto de categorias que descrevam como este conceito opera num determinado tempo. Diacronicamente, no sentido de explicar as mudanças na forma estrutural do objecto” (p. 17). Esta Psicologia da Maternidade, ao longo de pouco mais de uma década, foi-se transformando numa Psicologia da Parentalidade. Onde se sentiu a necessidade de inscrever o papel do pai, desfazendo-se a clássica díade mãe-bebé, desenhando-se a tríade mãe-bebé-pai (Leal, 2005).

Esta investigação pretende dar-nos a conhecer e a compreender as mulheres que engravidam e que se tornam mães depois dos 35 anos e quais as dimensões das suas vidas que as levaram a tomar essa decisão.

Para que seja possível essa compreensão, faremos uma visita guiada pela dimensão do Feminino, a sua visão histórica ao longo dos tempos e o seu conceito contemporâneo, chegando à dimensão do Materno (a qual se inscreve no Feminino), onde falaremos da sua ascensão socio-histórica e do seu conceito psicológico.

Desenvolveremos o tema da Primiparidade, especificamente Primiparidade Tardia, como tem sido vista ao longo dos tempos e a sua vivência psicológica.

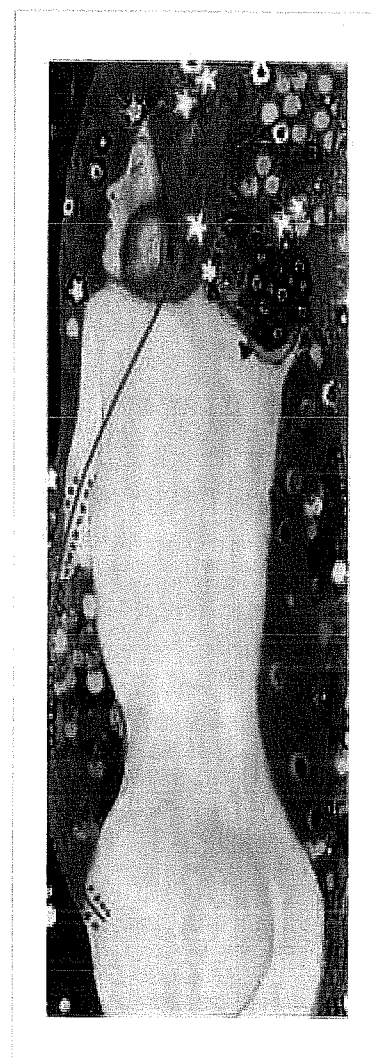
Chegaremos à Personalidade, da perspectiva histórica do conceito de Personalidade até à Teoria Contemporânea da Personalidade, as suas principais abordagens e finalizaremos o enquadramento teórico com o Modelo dos Cinco Factores.

Seguidamente descreveremos os Resultados que obtivemos com base nos instrumentos que utilizámos: Inventário de Personalidade NEO-PI-R, Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e Materno e o Questionário de Caracterização da Amostra. Com base nesses resultados, passaremos à Discussão dos mesmos, onde levantaremos algumas hipóteses e tentaremos chegar a algumas respostas.

Para finalizarmos, apresentaremos as Conclusões a que chegámos ao longo do desenvolvimento desta investigação, algumas limitações do estudo, e por fim,

tentaremos despertar o interesse e a curiosidade de futuras investigações na área da Primiparidade Tardia.

A presente investigação é o resultado de um caminho que nos trouxe do interesse profissional e pessoal à investigação científica com expectativas para o seu desenvolvimento na prática clínica. É também a expressão de momentos de entusiasmo e de frustração, de incertezas e de certezas, de cansaço e de motivação, de vivências tão difíceis de expressar por palavras. Esperamos que a sua leitura resulte igualmente gratificante e que seja um ponto de partida para novas investigações.



## *ENQUADRAMENTO TEÓRICO*

## A CONSTRUÇÃO DO FEMININO E DO MATERNO

## Feminino

*Visão Histórica e Cultural do Feminino*

Mulher...

O que dizer desta palavra? O que dizer deste ser? Ou, num olhar mais científico, assumindo como ponto de partida constructos psicológicos e comportamentos psicologicamente motivados, o que dizer do conceito de Feminino? (Stoller, 1993).

A partir de uma revisão da literatura, acompanharemos a evolução histórica, antropológica e social da conceptualização do conceito de Feminino, com base no quadro seguinte:

TABELA 1: Evolução socio-histórica do conceito psicológico de Feminino.

<i>Época Socio-Histórica</i>	<i>Características</i>
<b>Período Neolítico</b>	Prestígio e culto do Feminino; Mãe como personagem central (Badinter, 1993); Regime patriarcal.
<b>4000 A.C. – 2000 A.C.</b>	Equilíbrio entre os sexos (Badinter, 1993).
<b>384 A.C. – 322 A.C</b>	Aristóteles afirmava a autoridade do homem ser legítima por assentar na desigualdade natural entre os sexos (Botelho & Leal, 2001).
<b>Grécia Antiga</b>	Representações do feminino (ninfas, musas e sereias); Regime patriarcal com desigualdade de géneros, onde o feminino era inferiorizado perante o masculino; Principal desígnio da mulher – a procriação (Botelho & Leal, 2001).
<b>Sociedade Romana</b>	Doutrina jurídica inscreve debilidade física e psicológica da mulher, que tem de depender de um tutor masculino; estatuto inferior ao do homem e equivalente ao dos filhos; Mulher incapacitada de exercer os direitos de cidadania, sendo-lhe vedada a participação pública e política (Botelho & Leal, 2001).
<b>Cristianismo</b>	Deus criou a mulher a partir duma costela do homem, para ser sua companheira e não sua igual; Maria surge como a mulher perfeita, passiva, obediente, virgem e mãe, enquanto Eva é criada a partir do masculino e sem qualquer intervenção do feminino, sendo-lhe atribuída a origem de todos os males de que padece a Humanidade, ficando as mulheres condenadas a parirem com dor (Génesis, III, 16).

<b>Época Socio-Histórica</b>	<b>Características</b>
<b>Época Medieval</b> Séculos XIII e XV	Imperavam os discursos repressivos e castradores relativos ao corpo da mulher; Impõe à mulher um modelo de comportamento religioso e doméstico; maternidade com a função de promoção social e familiar e de reprodução da sociedade.
<b>Século XVIII</b>	“O século da mulher”; Assiste-se à procura da compreensão da natureza feminina que escapava ao saber médico e científico (Duby & Perrot, 1990; cit. Botelho, 2003).
<b>Século XIX</b>	Nascimento do feminismo; Revolucionário quanto às formas de organização social, quanto ao aparecimento colectivo das mulheres na cena política (trabalho assalariado, autonomia, direito à instrução); Espaço da mulher cada vez menos confinado ao espaço doméstico e da maternidade (Botelho & Leal, 2001).
<b>Época Vitoriana</b>	Tentativa de limitar o desenvolvimento e a ascensão pessoal, social e financeira da mulher; Duas esferas sociais distintas: os homens dotados para as actividades públicas e as mulheres para a vida privada em sociedade.
<b>Finais Séc. XIX e início Séc. XX</b>	Ao nível da Psicologia, tentativa de demonstrar as diferenças entre homens e mulheres, orientando os homens para o domínio intelectual e as mulheres para o domínio da afectividade e passividade, determinando, com base na programação biológica, a vocação da mulher para a maternidade, assente no seu “instinto maternal” (Amâncio, 1994); Durante a ideologia nazi, deu-se outra tentativa de repressão à participação da mulher.
<b>Séc. XX</b>	Questões do Feminino e do Materno começam a receber uma atenção especial, e a partir dos anos 60, 70 obtiveram contornos mais reflexivos e científicos; Nos anos 70, os movimentos feministas quiseram pôr fim à divisão da sociedade, trazendo para a praça pública as questões da subalternidade feminina, pretendendo valorizar o <i>slogan</i> “igualdade na diferença” (Leal, 2001).
<b>Desde 1974 até hoje</b>	Política de participação mista e de igualdade – Alteração da legislação da família, instaura-se o ensino misto e a igualdade profissional (Badinter, 1993); Emergência da igualdade da mulher promoveu dois avanços distintos: aumentou a valorização das tarefas tradicionalmente femininas e a admissão de que o desempenho feminino poderia igualar o masculino (Colman & Colman, 1994); Categorização social diferencial de homens e mulheres, com base em critérios biológicos, atribuindo-lhes capacidades, potencialidades e papéis sociais distintos, tendo implícita a “evidência” (socialmente construída) da inferioridade das mulheres em relação aos homens (Monteiro, 2005).

Com base na evolução socio-histórica, a representação da Mulher começa assim por ser criada, tornando-se um arquétipo e uma peça fundamental do nosso imaginário colectivo em torno do conceito e significado da palavra Mulher. Como podemos observar ao acompanharmos toda a evolução socio-histórica do conceito de Feminino, especificamente na história da família ocidental, a maioria das culturas são patriarcais, onde predomina o poder paternal e a autoridade do homem - o homem é descrito como um “ser humano padrão” - enquanto que a mulher constitui o “outro”.

A mulher nunca é reconhecida por si só, como entidade individual valorizável, mas pela comparação ao homem, sendo esse resultado sempre configurado pela negativa (Lee, 1998; cit. Botelho, 2003).

Assim, esta compreensão torna a mulher, numa perspectiva positiva, algo importante e necessária, mas noutra perspectiva menos positiva, considera-a como complemento e não com identidade própria e diferente, influenciando e limitando o conceito e o auto-conceito da mulher ao longo dos tempos da Humanidade.

Para melhor compreendermos o conceito psicológico de Feminino, temos que recordar alguns contributos dados por diversas áreas e autores, que ilustraremos no seguinte quadro:

TABELA 2: Contributos de diversas áreas e autores para a construção do conceito psicológico de Feminino.

<i>Áreas e Autores</i>	<i>Contributos</i>
<p><b>Escola Psicanalítica</b></p> <p>Séc. XX</p>	<p><b>Freud</b> descreveu o desenvolvimento da identidade feminina, que culmina na feminilidade, com base na teoria psicosexual (que tem como base o Complexo de Édipo e a castração) por decalque à teoria anteriormente desenvolvida para o masculino (Leal, 2001; Amâncio, 1994);</p> <p>A aquisição da feminilidade era determinada pela mudança da zona erógena (do clítoris para a vagina) e da mudança de objecto de amor (da mãe para o pai) (Leal, 2001);</p> <p>O masculino é o modelo de observação por excelência e de definição da libido, enquanto que o feminino é associado ao patológico, à infância e às pulsões incontroladas (Amâncio, 1994);</p>
<p><b>Neo-Freudianos</b></p>	<p><b>Horney</b> insiste na importância da influência sócio-cultural no desenvolvimento psicosexual. Considera a existência de um dualismo originário dos sexos e defende que o desejo de maternidade se apresenta na mulher como desejo instintivo (1926; cit. Correia, 2000; Alvarez, 2001; Botelho, 2003);</p> <p><b>Deutsch</b> caracteriza a estrutura psicológica da mulher por um equilíbrio de uma vida instintiva de carácter passivo-masoquista, por componentes narcísicos do Eu e por uma vivência afectiva das suas funções geradoras;</p> <p><b>Erikson</b> acrescenta à teoria do desenvolvimento psicosexual, uma dimensão psico-social e defende que só após a formação da identidade se dá a identificação sexual, sendo aí iniciado o percurso da feminilidade (1959; cit. Alvarez, 2001);</p> <p><b>Klein</b> dá ênfase ao primeiro ano de vida como paradigma de todo o desenvolvimento infantil e retira importância a sexualidade infantil a favor dos acontecimentos precoces a nível objectal e relacional (1969; cit. Leal, 2001); A feminilidade esboça-se no seio das primeiras identificações com a mãe, tendo esta uma dimensão constitutiva precoce na formação da identidade da filha.</p>

<i>Áreas e Autores</i>	<i>Contributos</i>
<p><b>Escola Americana de Psicanálise</b></p> <p><b>Stoller</b></p> <p>1968</p>	<p>Acrescenta à teoria do desenvolvimento psicosssexual de Freud, o papel do contexto relacional e social da mulher na construção do feminino. Introduce uma nova forma de olhar para a feminilidade, desafiando a posição freudiana da superioridade biológica e psicológica dos homens, colocando a mulher em vantagem perante o homem;</p> <p>Considera o género uma aquisição mais precoce no seio das primeiras identificações à mãe, logo anterior e independente da escolha do objecto. A construção do feminino inicia-se com a relação dual com o objectivo da triangulação, único acesso a uma feminilidade autêntica (Stoller, 1993);</p> <p>Apresenta uma conceptualização da construção da feminilidade em duas etapas principais (Stoller, 1968):</p> <p>1ª Egosintónica e Aconflitual - compreende uma “Identificação Primária” à mãe e resulta no “núcleo da identificação de género” – Início da “Identidade de Género”;</p> <p>2ª Conflitual - compreende o nível das “Identificações Secundárias”;</p> <p>3ª “Feminilidade Terciária” – “Identidade Feminina” que inclui a Maternidade.</p>
<p><b>Bleichmar</b></p> <p>1988</p>	<p>Conceptualização da construção da feminilidade em três etapas (1988; cit. Alvarez, 2001):</p> <p>1ª “Identificação Primária” – “Feminilidade Primária” – a atribuição constitui o primeiro determinante do “comportamento de género” - a partir da relação idealizada com o primeiro objecto de amor que é também o primeiro modelo de identificação (a mãe) e das atitudes parentais;</p> <p>2ª Falência do “ego ideal feminino primário” – desilusão que resulta num afastamento em relação à mãe e aproximação ao pai (constituição do Édipo);</p> <p>3ª “Identificação Secundária”- com a mãe e procura de um novo sentido do feminino - “Feminilidade Secundária”- reconstrução da feminilidade e a constituição do “ideal do ego feminino secundário”.</p>
<p><b>Escola freudiana de Paris</b></p>	<p>Não existe mulher, apenas mãe, uma vez que o significante é o falo e a Lei é sempre a do pai (Robert et al, 1995; cit. Leal, 2001).</p>
<p><b>Psicologia Social</b></p> <p>Anos 60</p>	<p>Estudos sobre estereótipos sexuais, definiram que é em função dos valores e das exigências dominantes numa sociedade que são determinados os papéis do homem e da mulher, apresentando-se uma diferenciação assimétrica - o masculino constituía-se como referência universal e o feminino circunscrevia-se ao doméstico (Archer &amp; Lloyd, 2002; cit. Leal, 2001; Amâncio, 1994);</p> <p>“O que existe são construções sociais acerca de “uma maneira de ser feminina” e “uma maneira de ser masculina”, segundo as quais se definem e atribuem capacidades, papéis e funções diferenciais para mulheres e homens” (Monteiro, 2005, p.27);</p> <p>A Teoria Estrutural Funcionalista defende que a internalização, por ambos os sexos, dos papéis sociais distintos ocorre através do processo de socialização que tem lugar na estrutura familiar. A aprendizagem e interiorização do “ser homem” associada à autoridade, à subsistência da família e ao universalismo e do “ser mulher” associada ao assegurar a manutenção da estrutura familiar equilibrada e o bem-estar da família (Parsons; cit. Monteiro, 1994); “A dominação da mulher encontra-se enraizada na estrutura familiar e no papel reprodutor da mulher” (Monteiro, 1994, p.31).</p>
<p><b>Psicologia da Mulher</b></p> <p>Anos 60-90</p>	<p>Movimento feminista afirmou o género como uma construção social e atacou as teorias psicanalíticas (Leal, 2001);</p> <p>Na Europa surgiu uma Psicologia da Mulher tendo como objecto de estudo a mulher com base no contributo de diferentes disciplinas, onde se reviu a relação entre os sexos, a ordem social e o papel feminino e materno (Leal, 2001);</p> <p>Badinter propõe a existência de uma bissexualidade comum a ambos os sexos, contrariamente ao dualismo homem-mulher como entidades que têm necessariamente de ser diferentes uma da outra.</p>

<i>Áreas e Autores</i>	<i>Contributos</i>
<b>Sexologia</b>	Masters e Jonhson (1966; cit. Leal 2001), afirmam que apenas existe um orgasmo e múltiplas formas de o conseguir, e não necessariamente por estimulação directa, anulando assim a crença freudiana de que o acesso à feminilidade só se dá na passagem da zona erógena do clítoris para a vagina.
<b>Psicologia da Gravidez e da Maternidade</b>	Feminilidade e masculinidade são constructos sociais, são conceitos mutantes e são, simultaneamente, produtores e produto de realidades em transformação. São qualidades sentidas por quem as possui como masculinas e femininas, correspondendo tal a uma convicção que se alicerça não somente na biologia como também na infância, através das atitudes dos pais e da própria sociedade que são filtradas por esse sistema familiar (Leal, 2001);  O feminino tal como o masculino constitui-se na relação com o outro que, consistentemente, lhe atribui um género (Leal, 2001);  Definição dos conceitos de feminino e de materno, e de masculino e de paterno.

A mulher e a identidade feminina contemporâneas, progressivamente, redesenharam-se com contornos diferentes. Nos últimos 30 ou 40 anos, as significativas alterações do estatuto social das mulheres, a relativização do casamento e a fragilização da família, evidenciaram a questão do Feminino. Os indicadores sociais verificaram a participação da mulher em crescimento exponencial. Botelho (2003) fala-nos da Mulher como “um ser sucessivamente potenciado, assistindo-se a uma participação crescente nos domínios civilizacionais, sociais e culturais. As mulheres começaram a assumir-se como indivíduos na praça pública (com profissão, salário, direito a voto e uma relativa autonomia de decisão sobre a sua vida e a sua actividade sexual) adquirindo o que eram direitos confinados exclusivamente aos homens” (p.46). Desde essa altura, tem-se assistido a um avolumar de desenvolvimentos sociais, políticos e científicos.

Esta mulher, multifacetada, comportando características e papéis intelectuais, profissionais, relacionais, sociais e maternos, é a mulher ocidental da era moderna (Canavarro, 2001).

### *O Conceito Psicológico de Feminino*

Leal (2001) refere que o constructo de Feminino é definido como uma dimensão intrínseca ao ser mulher que lhe atribui um género, enquadrado num dado tempo histórico e numa determinada sociedade, como dimensão que privilegia a afirmação pessoal e social. Refere ainda que, tanto a feminilidade como a masculinidade são constructos sociais e consequentemente são “conceitos mutantes produtores e

produto de realidades em transformação” (p. 69). O acesso ao feminino e ao masculino em conformidade com a ordem social é sempre individualizada e possível, por um lado, através de um conjunto de mediações familiares e de grupo, constituindo-se na relação com o outro, e por outro, de idiossincrasias próprias. A mesma autora considera que a necessidade que actualmente se sente em se saber se a uma cada vez maior indiferenciação de papéis sociais acarretará uma cada vez maior dificuldade de identificações e, conseqüentemente, dificuldades no estabelecimento sólido de uma identidade sexual estável, é uma falsa questão, defendendo que homens e mulheres são “suficientemente diferentes para ser necessário acentuar características ou diferenciar papéis” (p. 69).

Leal (2001) comparou a Psicologia do Feminino à Psicologia da Gravidez e da Maternidade. A Psicologia da Gravidez e da Maternidade tem produzido investigação e modelos teóricos com o objectivo de aprofundar os conceitos de Feminino e de Materno, partindo do entendimento comum da mulher enquanto possuidora de uma dupla função: a de afirmação de uma identidade própria, como mulher, e a de procriadora, como mãe (Leal, 2001).

Os conceitos de Feminino e de Materno, desde sempre foram confundidos, sendo recentemente identificados como conceitos diferentes. Assim, Feminino e Materno são conceitos diferentes, mas de tal modo, associados e entrelaçados entre si que acabam por se confundir (Matos, Leal & Ribeiro, 2000). Esta diferenciação permite-nos ainda colocar uma interessante questão: o que apareceu antes, o Feminino ou o Materno? Dum ponto de vista individual, é compreensível que deve ser numa identidade feminina bem estruturada que deve emergir uma dimensão de materno, no entanto, num ponto de vista colectivo, a importância da reprodução e da função reprodutora transcende o individual (Leal, 2001).

Feminino e Materno são dois conceitos diferentes que correspondem a papéis ou funções distintas e até certo ponto independentes uma da outra. São também factores psicológicos que poderão interferir ou influenciar o desejo e/ou a capacidade de ter filhos.

Leal (2001) distingue estes conceitos, definindo o conceito de Feminino como sendo “o investimento no próprio indivíduo, no desenvolvimento das suas capacidades e realização pessoal, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na auto-imagem, na sexualidade, no corpo, na gravidez, etc.. Estes aspectos constituem as características associadas à actividade e aos desempenhos que

traduzem na prática a capacidade de afirmação pessoal e social dos indivíduos características essas que dependendo do género a que pertencem esses indivíduos deverão ser consideradas como feminino e masculino” (p.70). Surge enquanto “significante da capacidade de auto-afirmação e de defesa do próprio” (p. 67).

Para além disso, Feminino e Materno são duas atribuições muitas vezes vistas como incontestavelmente associadas e contíguas, mas que na realidade são difíceis de conciliar (Leal, 2001). Ambos coexistem ao longo das fases da vida das mulheres, alternadamente dominantes, mas tratando-se claramente de dois aspectos, factores ou traços distintos. Algumas mulheres apresentam maiores desajustamentos no que diz respeito às questões ligadas à feminilidade e à maternidade do que outras, que se traduzirão por um desequilíbrio relativamente a estes dois factores no sentido de haver um maior investimento num do que noutro, o que poderá originar uma dificuldade ou mesmo uma impossibilidade de investimento (Matos, Leal & Ribeiro, 2000). Assim, para a saúde psicológica e emocional da mulher é desejável e necessário que haja um equilíbrio entre o ser feminino e o ser materno.

Até há pouco tempo, considerou-se que era necessário reprimir o feminino para salvar ou fazer crescer o materno, como se o materno não fosse uma possibilidade do feminino, mas o feminino, ele mesmo (Leal, 1995). Com esse objectivo inscreveu-se “o destino do feminino a cumprir-se no materno” (Leal, 2001, p.69), como se pode comparar pela caracterização socio-histórica atrás apresentada.

É curioso constatar-mos que este ser feminino merece desde sempre a desconfiança sistemática como figura malévola e sexual, contrapondo com a imagem idealizada do materno (Leal, 2001) e que na cultura ocidental os atributos do feminino se tornaram contrastantes em relação às tradicionais características atribuídas ao materno, surgindo o “medo do feminino” como expressão conflitual ligada à construção da masculinidade (Blazina, 1997; cit. Alvarez, 2001) e como paradoxo encontrado na própria mulher ao desenvolver depressão pós-parto, considerada por alguns autores o reflexo da felicidade em se ter tornado mãe, coexistente com a infelicidade pela perda de autonomia, sexualidade e feminilidade que a maternidade pode trazer (Nicolson, 1999; cit. Alvarez, 2001).

Badinter (1993), refere que só em tempos recentes é que foi possível dissociar a feminilidade da maternidade. Para tal, contribuíram os desenvolvimentos das últimas décadas já que, com eles, a mulher ficou investida da capacidade de controlar o seu corpo através do desenvolvimento de métodos contraceptivos, e viu-se possibilitada a

ascender a lugares profissionais e sociais, que até então estavam reservados aos homens. Concomitantemente, as relações íntimas assumiram uma maior flexibilidade e inscreveu-se o materno a cumprir-se no feminino. “Actualmente, a questão do nosso tempo não é pois de reprimir o feminino mas de fazer crescer o materno” (Leal, 2001, p.69).

Curiosamente, a mesma autora refere que as categorias de feminino se aproximam do estereótipo de masculino, enquanto as de materno se aproximam do estereótipo de feminino, isto é, o que é desejável do ponto de vista social, associa-se ao estereótipo do masculino, o que é indesejável ao do materno. Por outro lado, acrescenta que a tónica na função materna não contribuiu para destacar aspectos relevantes da identidade feminina, na medida em que se assiste ainda à lógica ancestral de que o feminino se cumpre no materno, como se o materno não fosse uma possibilidade do feminino, mas o feminino ele mesmo. E onde a função paterna ainda não é vista na sua plenitude como atributo da masculinidade (Leal, 1995).

A referida autora acrescenta ainda que as noções de feminino e materno, mas igualmente masculino e paterno, são definíveis. O feminino e o masculino como inerentes ou subjacentes ao desempenho social dos papéis de mulher e de homem, de acordo com uma diferenciação e uma especificidade primariamente de cariz biológico e secundariamente de representação social e cultural. O materno e o paterno seriam, desta forma, sub-categorias consideráveis destas definições directamente relacionáveis com a progenitura.

Assim, a função parental é uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil que existe em função das necessidades da criança e não das do próprio e que pode ser desempenhada igualmente por homens e por mulheres, designando-se respectivamente por função paterna e função materna. Isto quer dizer que “para que haja um materno e um paterno deve antes haver um feminino e um masculino” (Leal, 2001, p. 70), apesar de na nossa sociedade ocidental existir o materno e o masculino. O feminino e o paterno são ainda conceitos em construção (Leal, 1995).

## Materno

*Abordagem Socio-Histórica e Teorias Psicológicas do Materno*

Com base na revisão da literatura, acompanharemos a evolução histórica e social da conceptualização do conceito de Materno, com base no quadro seguinte:

TABELA 3: Evolução socio-histórica do conceito psicológico de Materno

<i>Época Socio-Histórica</i>	<i>Características</i>
<b>Até Séc. XVIII</b>	Panorama sócio-familiar conotado com ausência de amor onde a qualidade das relações de vinculação mãe-bebé era caracterizada por indiferença e desinteresse (Badinter, 1992).
<b>Final do Séc. XVIII</b>	Grandes mudanças nas vivências familiares e valorização do papel materno tornando-se uma função de culto; Inscreve-se o dever e a predestinação da maternidade, sendo definido como o desempenho mais importante de uma mulher, ser mãe; Nasce uma nova mulher, a quem eram atribuídas e valorizadas as tarefas de Mãe, Educadora e Criadora (da futura sociedade) (Botelho & Leal, 2001); Início da crença acerca do instinto materno, isto é, que no seio da mulher estava contido o amor materno enquanto amor espontâneo (Badinter, 1992).
<b>Século XIX</b>	A valorização dos laços afectivos tornou-se crucial, dando-se um maior significado à maternidade e à vivência da família para além dos 9 meses de gestação; Mulheres consideradas como boas mães ou incapazes e indignas.
<b>Século XX</b>	A Primeira Guerra Mundial constituiu um marco histórico do Século XX, contribuindo para a mudança no modo como são vivenciados e articulados os binómios Mulher/Homem e Mãe/Pai (Leal & Correia, 1990); Valores tradicionais da família, onde a identidade feminina “normal” era contida na maternidade (como condição feminina única), sustentada numa relação heterossexual e inserida na família nuclear. Proclamou-se que a “boa mãe” era uma mulher que, em prejuízo próprio, assumia a função materna como designio único (Botelho, 2003); Face ao arrebatador cenário de sobrevalorização materna em detrimento da valorização de outros papéis femininos, a maternidade definiu-se como sendo a única condição da mulher; Implementação dos métodos contraceptivos, o que permite o reconhecimento da mulher como entidade global e não somente como objecto reprodutor e de função materna (Correia, 2000); A partir dos anos 60, nasce o movimento feminista com o discurso sobre a igualdade política, social e económica da mulher, destrói o mito da passividade da mulher, encerrando-se a teoria da mãe espontaneamente dedicada e sacrificada, assistindo-se ao desmoronamento do mito do instinto ou amor materno; A igualdade de género permitiu dois avanços: aumentou a consideração das tarefas tradicionalmente femininas (gravidez, parto e educação) e demonstrou que as mulheres podem ser tão competentes como os homens em espaços tradicionalmente masculinos que exigiam intelecto, lucidez, energia e ambição (Colman & Colman, 1994).

Com a evolução socio-histórica do conceito de materno que descrevemos anteriormente, constatamos que a maternidade deixou de ser a primeira e única ambição da mulher. Juntamente vieram outros interesses e ideais.

O modo como a mulher vive a maternidade pode relacionar-se com dois tipos diferentes de factores: por um lado, com uma componente sócio-cultural; por outro, com componentes intrínsecos a si própria, que têm a ver com as suas características de personalidade. No entanto, não podemos afirmar que ao nível das atitudes maternas, exista um comportamento materno universal, na medida em que se verifica uma grande variabilidade na sua expressão, com base nas suas experiências, cultura, ambições, projectos e do seu funcionamento afectivo-emocional (Correia, 1998).

Sabemos também, com base na literatura, que o conceito de Materno foi-se construindo e desenvolvendo a partir de contributos dados pela Psicologia clínica, que descreveremos em seguida:

TABELA 4: Contributos da Psicologia Clínica para a construção do conceito psicológico de Materno

<i>Áreas da Psicologia Clínica e Autores</i>	<i>Contributos</i>
<b>Freud</b>	A função materna põe de lado as características femininas e centra-se nos interesses da criança, considerando a relação mãe-criança o seu núcleo central e o protótipo de todas as relações de amor posteriores para ambos os sexos (Leal, 2001);  Mãe vista como primeiro e mais forte objecto de amor;  “Boa mãe” - aquela que na sua história individual tinha um desenvolvimento psicosexual facilitador da sua integração da feminilidade e maternidade; “Má mãe” - aquela que não possuía qualquer das condições expressas e seria uma figura promotora da perturbação psicológica dos seus filhos.
<b>Deutsch</b>	A mulher-mãe, condição única da sua afirmação pessoal e social, a quem se atribui a quase total responsabilidade pela saúde mental dos seus filhos.
<b>Teóricos do Materno</b>	Winnicott e Bion “desfocam a noção freudiana de sexualidade, desconstroem o Édipo, integram as dimensões das relações arcaicas de Melanie Klein, aproveitam a importância dada ao meio de Horney ou Hartmann e constroem propostas próprias em que a relação mãe-bebé (uma figura real de mãe e um bebé real) e os vínculos desenvolvidos nos primeiros tempos de vida são o cerne do desenvolvimento sadio ou patológico (Leal, 2001, p.61);  Winnicott, Spitz, Bowlby, Bion, Mahler, Lebovici e Soulé consideram o foco de estudo as necessidades da criança ao longo do seu desenvolvimento e as formas de resposta a essas necessidades por parte da sua mãe (Leal, 2001).

<i>Áreas da Psicologia Clínica e Autores</i>	<i>Contributos</i>
<b>Winnicott</b>  1969	<p>“<i> Holding </i>” - compreende o acontecimento físico de segurar a criança nos braços, constituindo uma forma de amar, competência materna, determinando o desenvolvimento saudável da criança;</p> <p>“Preocupação materna primária” - responsável pela capacidade da mãe se identificar às necessidades do bebé;</p> <p>“Mãe suficientemente boa” - aquela que providencia ao bebé um “ego auxiliar” que lhe vai permitir integrar as suas sensações corporais, os estímulos do meio que o rodeia e as suas capacidades motoras e que responde à onnipotência do seu bebé e lhe atribui um significado;</p> <p>“Objecto transicional” - primeira possessão (representa a mãe) que tem como objectivo enfrentar a angústia de separação da mãe.</p>
<b>Spitz</b>	Função vital da presença materna na maturação mental, cuja privação relacional pode levar à depressão anaclítica (Sá et al, 1997).
<b>Harlow</b>	Papel essencial da mãe, contacto físico e proximidade vinculativa na organização das funções interactivas mais precoces (Sá et al, 1997).
<b>Zazzo</b>	A necessidade de amor não se alimenta somente de alimento (Sá et al, 1997).
<b>Bowlby</b>	<p>Vinculação - pulsão primária que suscitaria uma reciprocidade nos pais (apego);</p> <p>“Vinculação” e “Período crítico” como fundamentais na relação mãe-filho durante o 1º e 2º anos de vida;</p> <p>Não são os cuidados físicos mas a dedicação e o afecto maternos que fazem com que as crianças cresçam saudáveis (Sá et al, 1997).</p>
<b>Ainsworth</b>	“Qualidade da vinculação” pode ser medida: boa vinculação - relação mãe-filho atenta, responsiva e afectiva.
<b>Bion</b>  1962	<p>É primordial a existência de uma relação mãe-filho que permitiria a representação dos processos inter e intrapsíquicos que operam na relação entre a mãe (continente) e o bebé (conteúdo);</p> <p>“Capacidade de reverie” - complementaridade entre a projecção da criança e a receptividade materna.</p>
<b>Mahler</b>  1968	<p>Relações de objecto precoces como fundamentais na teoria do desenvolvimento infantil;</p> <p>Vinculação emocional mãe-criança decisiva para o desenvolvimento infantil, influenciando-o numa forma positiva ou negativa segundo a atitude da mãe;</p> <p>Maturação neurofisiológica como núcleo organizador do desenvolvimento psíquico, sendo completada pela forma como a mãe responde às necessidades do bebé;</p> <p>O desenvolvimento psicológico processa-se por fases:  1ª Fase de Autismo Normal - domínio dos fenómenos biológicos sobre os psicológicos;  2ª Fase de Simbiose Normal - investimento adequado da mãe, para construção sólida do vínculo mãe-bebé;  3ª Fase de Separação-Individuação - momento fulcral no desenvolvimento psicológico - relação de simbiose criança-mãe e a consciência da separação (angústia de separação).</p>
<b>Klaus e Kennell</b>	“Bonding” - mãe-bebé estão disponíveis para esse processo após o nascimento.

<i>Áreas da Psicologia Clínica e Autores</i>	<i>Contributos</i>
<p><b>Soulé</b> 1982</p>	<p>Construção do materno, através dos diferentes ajustamentos às etapas do ciclo de vida da mulher:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Período edipiano - a menina deseja aquilo que a mãe possui, um filho do pai. Origem da construção das identificações primárias entre filha e mãe;</li> <li>2 - Período de latência - a menina desloca os seus interesses e investimentos para outras áreas da sua vida;</li> <li>3- Puberdade - a jovem volta a confrontar-se com a perspectiva de ter um bebé que, por enquanto, não deseja;</li> </ol> <p>“Bebé fantasmático”- pré-figuração de um bebé, resultante das experiências de filiação com os pais; “Bebé imaginário” - gravidez no imaginário dos pais, espaço de convergência de todas as fantasias e desejos maternos.</p>
<p><b>Brazelton e Cramer</b>  1989</p>	<p>“Bebé imaginário” - processo através do qual o bebé nasce (afectivamente) no imaginário dos pais. Tem o seu começo ainda antes da gravidez, encontrando-se as suas raízes no bebé fantasmático.</p> <p>Níveis do processo da vinculação (Sá et al, 1997):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Vinculação pré-natal - oscilação entre os conceitos de “bebé fantasmático” e de “bebé imaginário” - momentos considerados num período crítico ou sensível, com incidência na vinculação como na disrupção dos laços pais-bebé;</li> <li>2 - Vinculação perinatal - ocorrências no trabalho de parto;</li> <li>3 - Vinculação pós-natal - “bebé real” que interage e se constrói na relação com os pais.</li> </ol>

### *Conceito Psicológico de Maternidade*

Gravidez e maternidade são conceitos habitualmente confundidos e tomados como sinónimos quando revelam duas realidades diferenciadas entre si, vivenciadas de forma diferente e tecidas em imaginários diferentes (Leal, 1990, 1997).

O conceito de maternidade envolve a capacidade de prestar cuidados e amor que possibilitem um desenvolvimento são e harmonioso para a criança até à fase adulta (Canavarro, 2001; Leal, 1990, 1997). Requer que, “mais do que se desejar ter um filho, se deseje ser mãe” (Leal, 1990, p. 365). Está também relacionado com o anseio por parte da mulher em cuidar e tomar conta de uma criança (Leal, 1997, 2001; Sá et al, 1997).

Botelho (2003) assinala que, a experiência materna é fruto de influências familiares, culturais, sociais e históricas.

A maternidade requer sucessivas mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimentais ao longo do tempo. Isto é, após ocorrer o parto, segue-se o puerpério que inclui a continuação das transformações, sentidas até então, implicando novas mudanças, quer sejam fisiológicas, no estabelecimento da relação

pais-filho e nas grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar (Maldonado, 1997).

O conceito de maternidade prende-se com um processo que transcende a gravidez, por ser um projecto de vida a longo prazo, um projecto para toda a vida. Embora assuma uma maior visibilidade nos primeiros tempos de vida da criança, a dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanece ao longo da vida, sujeita a sucessivas mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental (Leal, 1990; Canavarro, 2001).

Alvarez (1995) acrescenta que o conceito de materno compreende ainda a relação com o diferente, que será tão mais bem sucedida, quanto melhor tenha sido a separação com o igual, primeiro objecto. A relação com o materno, revivida e reelaborada, surge (de novo) como ponto de partida para novas relações numa consolidação da autonomia.

Para Canavarro (2001), o puerpério, tal como a gravidez, está revestido de tarefas. A autora apresenta duas tarefas desenvolvimentais estruturadas de uma forma hierárquica, onde a resolução de uma implica a ascendência a outra, num nível de funcionamento superior.

A sexta tarefa desenvolvimental (na continuidade das tarefas desenvolvimentais características do período da gravidez) baseia-se no “reavaliar e reestruturar a sua própria identidade” de forma a integrar a identidade materna. Integrar na sua identidade, o papel, a função e significado de ser mãe. Esta tarefa sintetiza as outras tarefas anteriores. “É o grande jogo entre a dádiva e o espaço para si própria” (p.44).

A sétima tarefa assiste somente às mães múltiplas e caracteriza-se por “reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)”. É importante que a própria mulher integre a ideia de mais um filho como outra pessoa separada, não o assimilando à identidade de outros filhos e que os ajude a prepararem-se para a chegada do irmão.

Por outro lado, os desenvolvimentos sociais, biológicos e tecnológicos vieram provar de forma irrefutável que a maternidade não é um monólito pré-social, universal e imutável (Canavarro, 2001). Numa época onde se estão a (re)pensar as questões sócio-culturais associadas à reprodução, ao nascimento e às relações com as crianças, é altura de reequacionar o modo como se articulam as teorias psicológicas sobre a maternidade e aquilo que é actualmente designado de “projecto de maternidade” (Botelho, 2003). Segundo a última autora, muitos teóricos defendem que estamos perante uma era contemporânea de Pós-Modernismo. Esta corrente tem

como enfoque uma sociedade, que por se encontrar em constante mudança, gera momentos de incerteza. A sociedade Pós-Moderna revela características de fragmentação, ausência de estruturas claras, turbulência e uma grande diversidade de identidades e instituições sociais. Giddens (1991; cit. Botelho, 2003), refere que o aumento de oportunidades que o indivíduo em sociedade tem conhecido na era contemporânea está a “encerrar aquilo que se considerou como o mundo natural”, uma vez que os eventos naturais estão a ser progressivamente inseridos em sistemas, tornando o biológico cada vez mais social. O significado de maternidade, é um exemplo disso, pelo que tem sido progressivamente transformado e fragmentado pela influência e pelo impacto das mudanças tecnológicas.

Leal (1990) refere que “o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe, não são desejos sempre coincidentes” (p. 365). Muitas são as situações em que a distância entre gravidez e maternidade é enorme. Por um lado, existem mulheres em que a possibilidade e capacidade reprodutora não oferece nenhum tipo de problemas mas nas quais o projecto de maternidade está ausente ou diminuído. Por outro lado, surgem os projectos de maternidade elaborados, aos quais entretanto falta exequibilidade funcional ou que por qualquer razão apresentam riscos particulares (Leal, 1990).

Assim podemos constatar que “estamos longe do território da procriação como grande banalidade, como acontecimento privado e doméstico” (Leal, 1990, p.366). Pelo contrário, ficamos perante aquilo que a reprodução humana hoje é: objecto de múltiplos discursos e saberes, significação imaginária central da nossa cultura (Castoriadis, 1975; cit. Leal, 1990).

Actualmente a mulher pode tornar-se mãe sem ter relações sexuais com um homem ou pode gerar um filho sem que o óvulo lhe pertença biologicamente ou sem que o embrião colocado no seu útero possua qualquer material genético do casal que o vai criar; a mulher pode ter um filho cuja gestação é desenvolvida no útero de outra mulher (processo normalmente conhecido por “barriga de aluguer”), podendo também ultrapassar os “timings” do seu relógio biológico, através da congelação de óvulos (Botelho, 2003).

Segundo a autora, a mulher pode, de modos diferentes dos “naturais” ou simplesmente “normalizados”, exercer um conjunto diversificado de actividades maternas, exercendo a sua função materna, mesmo que o filho seja ou não biologicamente seu. Assim, podemos afirmar que a época Pós-Moderna, com as suas

diferenças, mutações e fragmentações, dotou a maternidade de novos significados. Segundo a mesma autora, o conceito de maternidade contemporâneo inclui um vasto reportório de actividades e processos que podem, ou não, envolver práticas tradicionais de conceber, dar à luz ou criar.

Em complementaridade, a maternidade deixou de ser o projecto único na vida da mulher (Correia, 2000). Esta poderá ou não existir, ou existirá em simultâneo com outros de cariz profissional ou académico. No espaço contemporâneo, tem vindo a ser permitido à mulher optar pela maternidade em diferentes contextos relacionais, pela maternidade assumida sem parceiro ou pela não maternidade. Contudo, independentemente da escolha exercida, nem sempre está liberta de pressões sociais e culturais.

Pelo contrário, para algumas mulheres é importante cumprir a função maternal - a clássica função feminina – procriar, mesmo que tal não corresponda a um desejo individual. Trava-se um conflito entre o projecto de maternidade e a sua feminilidade (Correia, 2000).

Canavarro (2001) refere que, a respeito do “instinto maternal”, ainda hoje, “encontramos repetidas vezes vocábulos como: instinto, impulso, “drive”, necessidade, tendência, despertar do relógio biológico, associados às palavras gravidez e maternidade”. Associados a estes vocábulos, encontram-se as expressões de “normal, natural, razão de existência, auge de contentamento, êxtase, momento único de realização, assombroso” (p. 22-23). Enfatizando a descrição, surge a crença de que uma mulher sem filhos ou está a cumprir uma trágica profecia (no caso de ser infértil) ou está na sua essência estragada (se se tratar de uma mulher fértil que recusa a maternidade) (Botelho, 2003).

Canavarro (2001), citando Baumiester e Leary (1995), afirma que qualquer “motivo humano”, para ser considerado como tal, deverá preencher determinados requisitos: (1) produzir efeitos mesmo sob condições adversas; (2) ter consequências afectivas; (3) implicar processamento cognitivo directo; (4) conduzir a comportamentos de doença, dificuldades de ajustamento, ou mesmo, à morte, quando não realizado; (5) produzir comportamentos orientados para a sua satisfação; (6) ser universal, no sentido de poder ser aplicado a todas as pessoas; (7) não derivar de outros motivos; (8) produzir efeitos numa grande variedade de comportamentos (9) ter implicações para além do funcionamento psicológico imediato.

Como confronta Botelho (2003), a noção de maternidade como instintiva ou como necessidade feminina fundamental, não evidencia uma correspondência integral com os requisitos identificados para assunção de motivo humano.

Bowlby, Stoller, Ussher e Lee, entendem a função materna na mulher pós-moderna como uma função contentora de acolhimento, sendo simultaneamente interactiva e geradora de estímulos essenciais ao desenvolvimento da criança.

Leal (2001), acrescenta que a função materna é uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil que existe em prol das necessidades do outro, mesmo que em detrimento das do próprio, podendo ser igualmente desempenhada pela mãe biológica ou outra, ou, inclusivamente, sem a necessidade de ser desempenhada por uma figura feminina. Trata-se de uma função cuja aprendizagem é de natureza social e cujas singularidades decorrem da relação com a própria criança. A autora propõe que a função se designe de materna, quando desempenhada por uma mulher e que assuma a designação de paterna, se desempenhada por um homem.

“A função materna é a função que se cumpre ou não se cumpre. Que é desejada, indesejada ou meramente suportada. A função que se erege como natureza e destino do ser mulher ou que se deprecia como incómoda e inestética. A função que para uns é advento enriquecedor e de continuidade e que para outros não ultrapassa as marcas da deseabilidade social e da adequação às normas e expectativas do meio” (Leal, 1995, p.3).

A acrescentar, Lange (1986) considera que a mulher vive numa sociedade anti-maternal e em permanente conflito consigo própria ao tentar gerir o seu papel de profissional, de mãe e de mulher.

A concluir esta reflexão, Botelho (2003) releva que a mulher das últimas décadas do Século XX é uma mulher que se procura valorizar do ponto de vista académico e profissional, que investe numa carreira profissional e que adia a maternidade para uma época mais tardia do seu ciclo de vida (não raras vezes, por via da tecnologia, ultrapassando os limites biológicos da sua capacidade reprodutora) em que não só possa beneficiar de uma maior segurança profissional e económica, como também se sinta mais preparada para ser mãe. Deste modo, tem vindo a assistir-se progressivamente ao aumento do número de mulheres que, em função do nível de diferenciação socioeconómica, têm o primeiro filho para além dos 35 anos.

## Primiparidade

Reconhecemos que o nascimento de um filho, particularmente o primeiro, implica grandes mudanças e tem um enorme impacto na vida pessoal e familiar das pessoas (Canavarro & Pedrosa, 2005), não implicando apenas a construção da identidade parental, mas a reorganização do investimento dos pais nos seus outros papéis – filho/filha, companheiro/companheira, amigo, profissional (Cowan & Cowan, 1992, 1995; cit. Kuchner & Porcino, 1988). É essencial neste período de adaptação à parentalidade avaliar as perdas e os ganhos associados à parentalidade, acomodar as novas tarefas e papéis e reconstruir objectivos pessoais.

Sabemos também a partir da literatura, que a dimensão da vivência psicológica da gravidez é influenciada quer por factores associados ao próprio acontecimento de vida (tais como a paridade ou a percepção de gravidez de risco), quer pelos factores relacionais e contextuais que a enquadram, como o tipo de relação conjugal (Meireles & Costa, 2005).

A paridade, isto é, o número de filhos que uma mulher ou casal têm, pode ser caracterizado por: nuliparidade - não ter descendência; primiparidade - o primeiro filho; e multiparidade - ter mais do que um filho.

Em relação à paridade, vários estudos corroboram a anterior afirmação.

Meireles e Costa (2005), concluíram que as primíparas apresentavam níveis mais elevados no envolvimento emocional com o bebé do que as grávidas múltíparas. As autoras levantaram esta hipótese por ser mais difícil a construção do papel materno para uma grávida primípara, tendo esta que se esforçar mais para se imaginar como mãe na relação com o seu bebé.

O mesmo estudo apresenta valores da vivência do corpo grávido, significativamente mais elevados nas primíparas do que nas múltíparas. As autoras levantaram a hipótese explicativa de que estes resultados poderão estar associados ao impacto psicológico da primeira experiência de gravidez e consequente mudança pessoal (Ruble et al, 1990; Smith, 1999; Cohen & Slade, 2000; cit. Meireles & Costa, 2005; Canavarro, 2001).

Contudo Fish, Stifer e Belsky (1993; cit. Oliveira et al, 1980) e Antunes et al (1999) ao investigarem o efeito da paridade sobre as atitudes do comportamento da mãe na interacção mãe-bebé, observaram que as mães múltíparas em comparação

com as mães primíparas, apresentam níveis mais elevados de auto-eficácia, o que interferiria com a qualidade do comportamento interactivo estabelecido com o bebé. Observou ainda que as mães primíparas eram menos eficientes do que as mães múltiparas nos cuidados prestados ao recém-nascido. Os autores referem ainda que as mães primíparas, por comparação com as múltiparas, apresentam níveis significativamente mais elevados de stress, interrompiam mais vezes a mamada e estimulavam excessivamente o bebé.

Com base nestes resultados, concluíram que estas mães primíparas têm uma menor sensibilidade e adaptação aos sinais comportamentais do bebé, apesar de estarem melhor ajustadas do que as outras (Pereira et al, 2002).

Antunes et al (1999) acrescentam que as primíparas com mais de 40 anos têm um perfil sociológico distinto das múltiparas, o que confere à paridade um factor determinante na influência da performance obstétrica. Os mesmos autores afirmam que os resultados neonatais são idênticos em ambos os grupos.

### *Primiparidade Tardia*

Porquê adiar a parentalidade?

Kuchner e Porcino (1988) referem que as investigações feitas por Walters (1986), Wilk (1986) e Potts (1980) respondem a estas questões, enumerando algumas respostas assinaladas pelas mulheres: a carreira; a oportunidade de contactar com o resto do mundo acrescentando novas dimensões às suas vidas e experimentando tudo o que está ao seu alcance; a desilusão com a vida profissional; a maturidade sexual e a perda da sexualidade.

### *A Gravidez Tardia Vista ao Longo dos Tempos*

Em 1920, Schulze referiu que existia a crença no povo de que as primíparas tardias tinham mais dificuldades, fazendo com que estas mulheres sentissem receio e medo de ficarem grávidas a partir duma determinada altura do seu ciclo de vida. Assim, no ano de 1930, muitas mulheres evitaram gravidezes tardias pelo medo de que fossem demasiado velhas, antecipando o perigo.

Nesta época as primíparas tardias manifestavam uma atitude mental diferente (Randal & Taylor, 1949).

Na Segunda Grande Guerra as mulheres sentiram necessidade de começarem a trabalhar fora de casa essencialmente por razões económicas, o que veio definitivamente influenciar o conceito de família até aí vigente.

Em 1950, a tendência era para existirem famílias numerosas (Ford, 1981; cit. Kuchner & Porcino, 1988). Nesta altura o “sonho” da mulher era casar cedo e ter filhos, decidindo trabalhar em casa e não ter uma carreira.

Entre os anos de 1950 e 1960, a idade ideal para se construir família começou a modificar-se tendo como intérpretes as mulheres que decidiam intervalar mais o tempo entre casar e ter filhos (Daniels & Weingarten, 1982; cit. Kuchner & Porcino, 1988). O baby-boom do pós-guerra diminuiu francamente durante os 10 anos seguintes, quando as mulheres começaram a desejar famílias menores, controlando a natalidade através do uso de métodos contraceptivos ou pela interrupção voluntária da gravidez (Belsky, Lerner & Spanier, 1984; Wilkie, 1981; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Só em 1950 foi reconhecido que as preocupações das mulheres com gravidezes tardias requeriam um maior suporte e supervisão ao longo da gravidez.

Nos anos 70, o tipo de família menor tornou-se a norma – as mulheres colocaram a maternidade para depois da sua educação e/ou carreira (Moulton, 1979; cit. Kuchner & Porcino, 1988), o que fez com que a taxa de natalidade baixasse. A mulher passou a decidir se quer e quando quer tornar-se mãe.

Hoje em dia, nos países ditos desenvolvidos, assistimos a um adiar da maternidade para um período mais tardio da vida e logo perto do seu limite biológico. Também em Portugal, a recente evolução da fecundidade aponta para um claro aumento nas mulheres com idades mais avançadas. Em 2003, 2899 mulheres com mais de 40 anos decidiram aumentar o seu agregado familiar (INE; cit. Costa, 2003).

Na actualidade urbana, o período que ronda os 30 anos parece ser preferencialmente escolhido para ter o 1º filho (Leal & Correia, 1990). No entanto, segundo Schardt (2005), houve um aumento do número de mulheres que escolhem ter o seu primeiro filho depois dos 35 anos, demonstrando que actualmente a primiparidade tardia continua a aumentar.

### *Integração Biopsicossocial da Gravidez e Maternidade Tardias*

Entre a menarca e a menopausa, a mulher goza de cerca de 35 anos em que pode ter filhos. A menarca simboliza a entrada da mulher na vida fértil e socialmente, a entrada na vida adulta, sendo na generalidade encarada de uma forma positiva. A menopausa assinala a saída da idade fértil e o irreversível envelhecimento do desenvolvimento humano (apesar do aumento da esperança de vida vir separar uma forma mais clara a menopausa do envelhecimento), pelo que é sentida pela maioria das mulheres como algo negativo, associado à perda de juventude, vitalidade, actividade sexual, beleza e também das capacidades reprodutivas e em relação à qual, muitas mulheres referem deixarem de se sentir como mulheres completas.

Como vemos, existem balizas biológicas que encerram o período fértil, que vão mais ou menos dos 12 aos 50 anos e que se assumem como indícios psicológicos e sociais determinantes.

A menopausa e a fecundidade que a precede têm recebido relativamente pouca atenção na literatura científica, mostrando-se um tema em relação ao qual, existem demasiados mitos e crenças erradas.

A idade é definitivamente um factor importante no processo de decisão da fecundidade e da parentalidade, apesar dos avanços na medicina, nomeadamente das técnicas de diagnóstico pré-natal e da própria intervenção médica, permitirem a estas mulheres um sentimento de confiança e de segurança, sentindo que estão a correr um risco “mais ou menos” controlado.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em 1958, decidiu que as grávidas com mais de 35 anos deveriam ser consideradas como primíparas ou múltiparas idosas (Leal & Correia, 1990), Tornando esta designação, no mínimo deselegante, queria demonstrar que a mulher com essa idade já é velha para ter filhos.

Schardt (2005) define o conceito de idade materna avançada, como a maternidade nas mulheres com mais de 35 anos e idade materna mais avançada, como a maternidade nas mulheres com 45 anos ou mais.

Antunes et al (1999), referem que se tem assistido em todo o mundo ao aumento da idade procriativa e que, embora uma primeira gravidez após os 40 anos seja relativamente rara até há poucos anos, a frequência de primíparas com mais de 40 anos tem vindo a aumentar nas últimas duas décadas em consequência de vários

factores: estabilidade profissional e financeira, o aumento da sub-especialização literária, o aumento da esperança de vida e a melhor contraceção.

Desta forma, os autores sugerem alargar o limiar tradicionalmente definido pela OMS dos 35 anos para os 40 anos, na definição da idade materna avançada. Defendem também que o risco começa a aumentar a partir dos 35 anos, tornando-se consideravelmente maior a partir dos 40 anos. Afirmam ainda que a gravidez após os 40 anos assume uma perspectiva socio-demográfica diferente, envolvendo muitas vezes o adiamento programado da maternidade, já que a revolução contraceptiva colocou nas mãos da mulher a possibilidade do adiamento da gravidez até ao momento por ela desejado.

Esta mulher assume conscientemente o risco do aumento de anomalias congénitas, associadas à idade, confiando nos progressos a nível do diagnóstico pré-natal, os quais lhe permitem enfrentar serenamente a maternidade. Contudo, para o obstetra, a gravidez após os 40 anos, continua a ser considerada de elevado risco, o que nem sempre é assumido pela mulher grávida saudável, bem sucedida profissionalmente e com a sua vida familiar e social estabilizada (Antunes et al, 1999).

A designação de gravidez tardia foi imediatamente associada pelos médicos a gravidez de alto risco. Curiosamente, aquilo que é considerado alto risco médico, pode não ser considerado alto risco psicológico ou alto risco em termos de senso comum. O alto risco médico, como refere Leal e Correia (1990) liga-se à maior probabilidade ou incidência de patologia de qualquer tipo durante o período de gravidez na mãe e/ou na criança, bem como o tipo de parto a realizar (natural ou não). Este é fundamentado pelo aumento da prevalência de intensificação de hipertensão, albuminúrias e edemas, do prolongamento ou não do período de gravidez, da duração do trabalho de parto, do tipo de parto, das malformações fetais, da mortalidade fetal e materna (Kessler, 1980; Halfen, 1973; cit. Leal & Correia, 1990).

O alto risco psicológico, segundo as mesmas autoras, pode ser definido em função do desejo da grávida, das fantasias, bem como da vivência da mulher da sua gravidez, contextualizada ou não num projecto de maternidade. Por sua vez, o alto risco em termos de senso comum está particularmente ligado a um estereótipo associado à gravidez tardia: o de ter um bebé com malformações, deficiências mentais ou alterações cromossómicas. Assim, a gravidez e a maternidade tardias,

nunca foram muito bem aceites porque estão muito vezes associadas a uma gravidez de risco.

Heffner (2004) refere que a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva reuniu esforços para tornar públicos os riscos de adiar a maternidade. Esta define a idade ideal para a maternidade entre os 25 e os 35 anos e que para mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos, para quem a maternidade precoce não foi uma opção, esta década mostra-se segura o suficiente para que a maternidade não seja uma contra-indicação.

Relativamente aos factores de alto risco médico para a mãe geralmente associados à gravidez e/ou maternidade tardias são: o declínio da fertilidade e consequente aumento da infertilidade (aumento da frequência de ciclos anovulatórios e anormalidades uterinas); aborto espontâneo; baixa concepção espontânea (com consequente aumento das técnicas de reprodução medicamente assistida); gravidezes múltiplas (decorrentes desses mesmos tratamentos de fertilização); dificuldades no parto; maior risco de intervenção cirúrgica, recorrendo-se mais à cesariana; hipertensão; desenvolvimento de toxemia; placenta prévia; diabetes gestacional; aumento das alterações cardiovasculares (associadas à pré-eclampsia e com consequente aumento de casos de sofrimento fetal); aumento de casos de apresentação não cefálica; hemorragias obstétricas e embolismo; diminuição das forças expulsivas; prematuridade e morte materna (apesar de rara, aumenta com o aumento da idade materna) (Price, 1977; Iffy & Kamnetzky, 1981; cit. Kuchner & Porcino, 1988; Antunes et al, 1999; Bastos & Faria, 2003; Andrade, 2002; cit. Costa, 2003; Heffner, 2004; Schardt, 2005).

Nas mulheres com mais de 35 anos, as causas mais frequentes de morte materna são devidas a hemorragias obstétricas, embolismo e hipertensão. As complicações pós-aborto e parto por cesariana são também mais graves em mulheres com idades avançadas (Resnik, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Os factores de alto risco médico para o bebé são: anomalias cromossomáticas e congénitas, bebés com baixo peso à nascença e aumento do risco de morte fetal e neonatal; problemas cardíacos; hipotiroidismo; problemas imunológicos e maior incidência da mortalidade infantil (Bastos & Faria, 2003; Andrade, 2002; cit. Costa, 2003; Heffner, 2004; Schardt, 2005). Também durante a sua infância, estas crianças continuam em risco de desenvolverem determinados problemas tais como perturbações do desenvolvimento motor, disfunções visual-perceptivas, problemas de

atenção e uma maior incidência da diabetes tipo I (Resnik, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Contudo, o estudo realizado por Keith et al (s.d.) demonstrou que as “capacidades” obstétricas e neonatais das mães com mais de 40 anos são melhores do que das mães jovens (25-29 anos).

A importância dada à biologia, como constrangimento à fecundidade e logo à maternidade, negligencia as questões psicológicas e sociais.

Leal e Correia (1990) afirmam que o momento da maturidade física, no que concerne à maternidade, não coincide com o momento da maturidade psicológica, afectiva ou social. Isto é, ter um filho dentro dum período considerado favorável do ponto de vista físico (20-28 anos) quer dizer também, para muitas mulheres, preferir, optar, adiar, diferir projectos, o que se pode tornar complicado do ponto de vista psicológico. Ter um filho num momento de baixa disponibilidade pode significar o comprometimento da relação de vinculação e, portanto, do próprio projecto de maternidade.

Numa época como a actual em que ser mãe é cada vez mais raro (menos mães de menos filhos) não podemos, abdicando da quantidade, abdicar também da qualidade (Leal & Correia, 1990).

Por outro lado, o ideal da maternidade veio a ser acompanhado de muitos outros ideais - o ser a mãe ideal na época de vida ideal.

Surge assim muitas vezes uma incompatibilidade entre maternidade e vida profissional, sendo necessário para a saúde psicológica da mulher, o equilíbrio entre a realização profissional e a satisfação afectiva. É importante saber integrar a realização profissional com a satisfação afectiva encontrando um equilíbrio, o que nem sempre é tarefa fácil.

Também numa dimensão sociológica existe a ideia de que depois duma “certa idade” os filhos surgem como algo “fora de tempo”.

Rindfuss e Bumpass (1978; cit. Costa, 2003) descrevem os aspectos sociais da idade que podem afectar as decisões relativas à fecundidade. O primeiro é a questão de quanto mais tempo se está num determinado estado, maior é a resistência em o abandonar, pelo que quanto mais tempo a mulher adia a maternidade, maior é a probabilidade de se interessar e se envolver em outras actividades, alternativas aos papéis familiares, metaforizando-se uma competição entre o ter filhos e outras dimensões da vida em sociedade. Em segundo lugar, a parentalidade, dum modo

geral, pode ocorrer dentro de um curto e determinado espaço de tempo, o seu adiamento aumenta a probabilidade dos pares dessa mulher/casal terem terminado o seu período reprodutivo, tornando-se assim uma mulher/casal dessincronizado, perdendo uma fonte importante de identificação e de partilha. Com o aumento da idade, as influências pró-parentais por parte dos amigos e dos familiares vão diminuindo, podendo até mesmo ser negadas.

Em último lugar, o aumento da idade, faz aumentar também a preocupação da mulher/casal na questão do tempo e energia para acompanhar o filho.

Assim, na última década do período fértil, os riscos da maternidade/parentalidade tardia são sempre “certos e incertos”, riscos biológicos, psicológicos e sociais, que não parecem ter um peso definitivo na vida das mulheres e casais que desejam ser pais nessa altura.

Antes de nos questionarmos acerca de quem são estas mulheres, parece-nos pertinente reflectirmos sobre a realidade em que vivemos. Observamos que actualmente vivemos numa realidade mais individual e narcísica, mais hedonista, mas também mais evoluída, informada e consciente. Vivemos também numa sociedade onde o conceito de família se tem vindo a redefinir, passando cada vez mais duma dimensão tradicional para individual, onde as pessoas, e especificamente as mulheres, redefinem as suas vidas mais ao som dos seus desejos, guiando-se pelas suas necessidades, decisões e sonhos. Mas é também uma sociedade que impõe limites sociais com etapas rígidas e predefinidas do ciclo de vida individual e familiar, fazendo exigências educacionais e profissionais cada vez mais específicas e mais prolongadas no tempo, impondo assim o adiamento da parentalidade.

A primiparidade tardia na actualidade é, em praticamente todo o mundo, função do nível de diferenciação socio-económica das mulheres, das regiões, e mesmo dos países (Halfen & Kizer, 1973; cit. Leal & Correia, 1990). Bastos e Faria (2003) assinalam que a percentagem elevada de primeiras e segundas gestas tardias poderá ser consequência das transformações sócio-culturais dos últimos anos, isto é, da iniciação profissional mais tardia, acrescida de maiores exigências profissionais, levando à opção pelo adiamento da natalidade e do acesso facilitado a meios de diagnóstico e tratamento da infertilidade.

Mas, que tipo de vida têm e quem são estas mulheres que na actualidade têm filhos depois dos 35 anos?

Em termos psicológicos, a gravidez é um período de intensas emoções como a excitação, antecipação, desapontamento e medo. As mulheres com gravidezes tardias têm as mesmas emoções que as mulheres mais novas e experimentam um stress adicional porque acreditam que estão a colocar a sua vida e a do bebé em risco devido à sua idade (Kee, Jung & Lee, 2000; cit. Schardt, 2005).

Sabemos que é durante o primeiro trimestre da gravidez que se dá a aceitação, que se concretiza no acreditar da realidade psicológica da gravidez e do feto. A decisão de fazer uma avaliação de diagnóstico pré-natal permite a crença de que o feto é saudável. O medo de aborto espontâneo juntamente com a ansiedade, estão presentes neste trimestre, colocando a mulher e o casal num estado de suspense que vai diminuindo durante o trimestre seguinte.

Para muitas mulheres com mais de 35 anos, o momento da amniocentese divide a experiência gravídica em duas partes – o período onde vêem o feto e ouvem o som do seu coração e quando o líquido amniótico e as células fetais são analisadas. Ao receberem os resultados referem que é nesse momento que tomam a decisão definitiva em continuar a gravidez e onde se sentem mais vinculadas ao seu bebé (Daniels & Weingarten, 1982; Resnik, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988). Esse momento torna-se assim um dos mais importantes da parentalidade, ao contrário do parto, o qual é, em geral, menos identificado pelos pais como sendo um momento marcante na parentalidade, talvez devido à maioria ser por cesariana.

É ainda durante a gravidez que se dá a transição para a maternidade, isto é, durante a gravidez as mulheres vão-se preparando para serem mães, aproximando-se das suas mães, onde constroem o seu bebé imaginário e idealizam o cenário como pais.

A maioria das mães tardias referem que se sentiram preparadas para a parentalidade quando tiveram a sensação de que viveram e experimentaram tudo o que queriam, descrevendo a parentalidade com um novo capítulo das suas vidas (Daniels & Weingarten, 1982; Frankel & Wise, 1982; Walters, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Vários autores (Schardt, 2005; Keith et al, s.d.; Pereira et al, 2002) apontam alguns factores que justificam a maternidade tardia: os métodos de controlo da natalidade, a opção dum maior e melhor educação e progressão na carreira, um aumento no número de mulheres que têm uma educação avançada, casamentos tardios ou segundos casamentos, o elevado custo de vida, o adiar a maternidade até o

estabelecimento financeiro, o aumento da avaliação de procedimentos de fertilização que oferecem oportunidades para os casais inférteis, e um factor muito curioso, característico da nossa época, a influência das celebridades e dos media.

Geralmente, a maternidade tardia é uma decisão consciente (e vem na continuidade de uma união, quer ela seja de facto ou casamento) (Daniels & Weingarten, 1982; Frankel & Wise, 1982; Wilk, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988). Uma grande percentagem de mães tardias referiu as suas próprias necessidades como o factor que as levou a adiar a maternidade, considerando-a como um projecto planeado.

Costa (2003) divide a fecundidade tardia em duas constelações, observadas em três dimensões: mulheres mais ou menos instruídas; mulheres mais ou menos qualificadas e projectos familiares diversos.

Por um lado, estão as mulheres pouco instruídas, com fracas qualificações profissionais e que empreendem a fecundidade tardia no quadro de um encerramento “natural” e onde a vigilância contraceptiva permite descuidos. Por outro lado, estão as mulheres particularmente instruídas, muitas vezes com elevadas qualificações, quer escolares quer profissionais, que gozam de uma relativa autonomia a nível profissional, para quem o ter um filho depois dos 35 anos parece ser o fruto de uma decisão planeada e desejada no seio de um contexto de novas experiências familiares que dissociam conjugalidade, sexualidade e parentalidade (Costa, 2003).

Outro factor apontado para o conflito que a mulher sente quando decide tornar-se mãe é a percepção que esta tem em relação à sua própria mãe. Algumas mulheres referem reatar a qualidade não desejável das suas mães ou não conseguirem ser tão boas mães quanto as suas (Kaltreider & Margolis, 1977; Moulton, 1979; Potts, 1980; cit. Kuchner & Porcino, 1988). Outras mulheres indo contra a imagem das suas mães que viveram numa época onde reinava a família tradicional, querem em primeiro lugar uma vida estável e autónoma antes da parentalidade (Daniels & Weingarten, 1982; Frankel & Wise, 1982; Potts, 1980; Wilk, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Outros autores acrescentam que as primíparas de 40 anos ou mais são mulheres com um nível escolar elevado e profissionalmente diferenciadas, que recorrem à consulta pré-natal desde o início da gestação, têm um maior risco de parto pré-termo, elevada incidência de cesarianas e de complicações puerperais (Antunes et al, 1999; Bastos & Faria, 2003).

Em termos de auto-conceito, as mulheres que experimentam a maternidade na década dos seus 30 anos, trazem a esta experiência um sentimento mais seguro das suas competências e capacidades, interesses e necessidades emocionais do que uma mulher que experimenta a maternidade mais cedo. A literatura sugere que as primíparas tardias vêem-se como pessoas orientadas para o sucesso e confiantes. Descrevem-se como mais autónomas, independentes e conscientes do que as mães mais novas. Por outro lado, demonstram uma menor capacidade em questionar as suas decisões parentais e pedir suporte ou conselhos aos seus próprios pais do que as mães mais novas (Daniels & Weingarten, 1982; Frankel & Wise, 1982; Walters, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

As mães tardias estão já acostumadas a ter o controle das suas próprias vidas, isto é, geralmente são mulheres que trabalham e que gerem a sua liberdade pessoal e o seu conforto material, aumentando a sua segurança financeira. São geralmente mulheres que não necessitam tanto como as mães mais jovens da aprovação do seu companheiro/marido em relação às decisões da sua vida.

A mudança na dinâmica intra-familiar que poderá ser um dos benefícios da parentalidade tardia, na medida em que o tempo que se despende numa relação conjugal antes de esta se tornar também parental permite uma maior partilha, conhecimento e aproximação entre o casal, tornando a decisão de se tornarem pais mais consciente e consistente. Juntamente com isto, surge a descoberta de que os homens tornados pais mais tardiamente estão mais envolvidos no papel parental do que pais mais novos (Daniels & Weingarten, 1982; Frankel & Wise, 1982; cit. Kuchner & Porcino, 1988). Um dos objectivos reconhecidos nos casais e pais mais tardios é a reciprocidade no reconhecimento das suas necessidades emocionais a todos os níveis, incluindo as tarefas parentais e familiares no cuidar da casa.

Outros autores, tais como Leal e Correia (1990), descrevem ainda estas mulheres como mais cultas, mais informadas e com mais disponibilidade económica, profissional e conjugal, o que concorre para uma escolha ponderada do adiamento da maternidade. Compreendem que a tecnologia existe para servir as pessoas e que a tecnologia médica existente possibilita o diagnóstico precoce de muitas situações problemáticas de outrora, tendo ainda conhecimento acerca da legislação que lhes assegura a possibilidade de recorrência à interrupção da gravidez nos casos que em que se justifique.

Schardt (2005) salienta que é muitas vezes assumido que as mulheres com mais de 35 anos tomaram uma decisão consciente, planejaram a gravidez e irão desfrutar dos benefícios dum sistema bem suportado.

Outra dimensão que tenta dar resposta a esta questão é a sociológica. Costa (2003), refere as influências que os contextos sociais (quadros sociais, dimensões educacional, profissional e familiar) têm na fecundidade tardia.

A mulher que planeia engravidar numa idade tardia, antecipa que ter um bebé vai requerer alguns reajustamentos na sua vida, ao contrário das mães mais novas que geralmente não se sentem preparadas para conciliar a sua realidade materna com a sua vida profissional, social e familiar.

O estudo Wilk (1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988) demonstra que quando se tem um modelo de conciliação positiva entre parentalidade e carreira, a decisão da parentalidade torna-se mais facilitada

Para muitas mulheres que têm uma carreira, a conquista do papel não tradicional da mulher foi algo que requereu uma grande luta. Estas acreditam que a gravidez e a maternidade as trarão de volta ao tradicional papel da mulher como mulher doméstica. Expressam também desconforto quanto à situação de dependência económica do companheiro ao tornarem-se domésticas, enquanto que ao mesmo tempo, ao escolherem dar uma vida com qualidade ao seu filho, sabem que necessitarão de trabalhar fora de casa para terem mais dinheiro.

A maior parte das mulheres que têm uma carreira, acredita que os 30 anos ainda são a altura ideal para se entrar na maternidade, na medida em que actualmente a maternidade ainda é sentida como uma ameaça à produtividade no mundo do trabalho. A exigência e muitas vezes a falta de apoio e até mesmo a discriminação no emprego são alguns dos motivos para adiar a maternidade.

As expectativas das mulheres que engravidam tardiamente justapõem a carreira e a maternidade, e colocam numa forma inconsciente a carreira à frente da maternidade, não sendo fácil tornar esta decisão consciente e aceitável por estas, devido a todas as pressões sociais em relação à maternidade. Estas mulheres têm um diferente auto-conceito como profissionais e como mães, que por vezes se torna conflituoso (Frankel & Wise, 1982; Daniels & Weingarten, 1982; Walters, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

No entanto, muitas mulheres que se tornam mães tardiamente sentem-se surpreendidas com a satisfação que obtêm da maternidade, considerando uma grande

percentagem destas mães, o seu filho como a sua primeira fonte de satisfação (Walters, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

No entanto, mulheres que se tornaram mães tardias e que ficaram em casa, sentem-se frustradas com a perda da sua identidade profissional, acreditando que não teriam conseguido conciliar a maternidade com o trabalho a tempo inteiro. Actualmente, apesar de muito lentamente, já começam a ser atribuídos tempos de trabalho a meio tempo e horários de trabalho mais flexíveis, representando uma repriorização da ambição profissional e a redefinição do sucesso pessoal.

Para muitas destas mulheres, a perda da vida pessoal e do tempo exclusivo de casal, a influência no seu estilo de vida e nos relacionamentos, aparecem como primeiros factores para adiar a parentalidade, ainda antes das pressões económicas e da preocupação em cuidar de um bebé (Fabe & Wikler, 1974; Rubin, 1980; Potts, 1980; Wilk, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Em relação ao suporte social, sabemos que o isolamento social é um dos factores mais stressantes nos primeiros anos de vida de parentalidade. As mães tardias preferem e seleccionam a casa ou os cuidados da família como a opção para cuidar dos filhos, enquanto que as mães mais jovens recorrem mais às creches ou a amigos e vizinhos (Frankel & Wise, 1982; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Qualquer mulher de qualquer idade confronta-se com expectativas sociais associadas ao seu papel de mulher, filtrado com base em questões emocionais e económicas. No entanto, as mulheres que engravidam mais tarde são mulheres mais autónomas e independentes, desprendidas das imposições sociais, definem o seu ciclo de vida individual e familiar de acordo com os seus objectivos, em prol das suas carreiras educacionais e profissionais e onde a tarefa de ter filhos é somente vista como uma decisão individual. São mulheres que “controlam” a sua vida, mostrando o seu domínio sobre o tempo biológico, com a ajuda da contracepção, permitindo assim aos casais “uma libertação relativa face ao biológico” (Relvas, 1996; cit. Costa, 2003), possibilitando a estas mulheres ou casais gozar da sua sexualidade e da conjugalidade mantendo em “standby” a maternidade/parentalidade. Dá ainda aos casais uma maior capacidade de decidir com um grau de eficácia bastante elevado, o número de filhos e a idade para ter esses filhos, demonstrando serem casais que entendem o verdadeiro conceito e decisão de “ter filhos”, orquestrada também em função do curso da vida individual. Têm filhos mais tarde, mas “a seu tempo”, construindo o seu próprio “relógio familiar”. São filhos da

“maturidade”, que numa fase “madura” das suas vidas, libertas de constrangimentos de ordem educacional e/ou profissional, empreendem as suas próprias estratégias de fecundidade (Costa, 2003).

No entanto, Pereira et al (2002) mostram que as mulheres mais novas estão melhor ajustadas e têm um maior grau de satisfação marital, apesar de experimentarem uma maior dificuldade no ajustamento pré-natal e no papel maternal que as mulheres mais velhas. Não se verificando diferenças entre estas mulheres, no que diz respeito à morbilidade psicológica.

Num estudo realizado por Daniels e Weingarten (1982; cit. Kuchner & Porcino, 1988), observou-se que pais com mais de 40 anos tiveram mais dificuldade em aceitar e adaptar-se às exigências da parentalidade, referindo que os primeiros três meses de parentalidade foram os mais difíceis, sentindo-se desconfortáveis, sabendo que tinham uma pessoa tão dependente deles.

No que toca ao amadurecimento da relação de casal, outros estudos mostram que os homens estão melhor ajustados do que as mulheres nas atitudes em relação à gravidez, havendo um maior envolvimento da parte destes (Pereira et al, 2002; Mexia, 2000).

Observamos também nestas mulheres uma maior dissociação entre sexualidade-conjugalidade-parentalidade, onde ao contrário da linearidade do esquema tradicional de um único ciclo familiar à transparência do “até que a morte nos separe”, actualmente as experiências individuais em relação à sexualidade e à vida relacional vão conhecendo outras realidades, tais como relações esporádicas, uniões de facto, casamentos, famílias reconstituídas ou maternidades a solo, que esboçam um cenário propício à maternidade/parentalidade tardia.

As mães tardias mostram ter um controlo da gestão do tempo familiar dedicado à tarefa de ter filhos, demonstrando-se mulheres mais seguras, confiantes, com uma maior disponibilidade psicológica, menos povoada de fantasmas e problemáticas relacionais (Leal & Correia, 1990) e maior envolvimento emocional na relação mãe-bebé, referindo a amamentação como um dos momentos mais importantes da fase da maternidade.

Na relação com a criança, as primíparas tardias expressam dificuldades em situações que requerem espontaneidade e flexibilidade em relação às necessidades da criança, sentindo maior à vontade em contextos de rotina. Descrevem também

dificuldades em brincar com os seus bebés, sentindo-se descontentes com as suas interacções pré-verbais.

Estas referem a relação com a criança como sendo algo que lhes dá uma grande satisfação, no entanto, dispendem metade do tempo com a criança comparando com mulheres que se tornam mães mais cedo (Waltersn, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988). As mães primíparas tardias, ao terem como fantasma uma noção mais clara da sua mortalidade, têm uma noção diferente do tempo investido na relação com a criança, na medida em que têm uma maior preocupação em esse tempo ser passado com experiências significativas (Daniels & Weingarten, 1982; Walters, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988). São ainda mais sensíveis em relação à evolução desenvolvimental da criança (Walters, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988) investindo e promovendo o seu desenvolvimento num curto período de tempo.

Walters (1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988) afirma que as mães tardias interpretam a sua não satisfação como estando relacionada com a sua vida parental tardia.

Outro aspecto a ser considerado nesta questão da gravidez e maternidade tardias, é a situação poder variar consoante se trate de uma mulher que deliberadamente adiou a gravidez com base nos seus projectos pessoais ou de uma outra que tenha tido abortos espontâneos consecutivos ou problemas de infertilidade. A maternidade tardia nem sempre é voluntária. Apesar dos avanços da medicina, o decrescer da fertilidade com a idade, tornou-se um fantasma na decisão e na vida das mulheres, principalmente daquelas com idades mais tardias e que querem tornar-se mães.

Para as mulheres que planearam as suas vidas, e que decidiram ou que se sentiram preparadas para serem mães mais tarde, a perda do controle pessoal simbolizado pela dificuldade em conceber uma gravidez, torna-se um problema adicional na questão da maternidade.

O engravidar tardiamente, algumas vezes, torna-se a esperança que não é concretizada, na medida em que os abortos espontâneos aumentam dramaticamente nas mulheres com mais do que 35 anos, tornando-se outro dos problemas da gravidez tardia (Danforth & Scott, 1986; McCarthy, 1987; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Como referimos anteriormente, um dos maiores problemas do adiar da maternidade é o risco do decréscimo da fertilidade ou mesmo a infertilidade.

Apesar da fertilidade decrescer substancialmente a partir dos 35 anos (Davan & Mishell, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988) é a combinação de vários factores tais

como a idade, a saúde e a fertilidade do casal que define a possibilidade de engravidar.

Os mesmos autores referem que 30% a 50% dos problemas de infertilidade são devidos a endometrioses, tumores fibrosos e infecções. Muitas destas complicações identificáveis podem ser tratadas antes ou durante a gravidez (Schardt, 2005).

Actualmente, os vários tratamentos para a infertilidade, tanto feminina como masculina, e a tecnologia médica, tal como a fertilização “in vitro”, deram grandes esperanças aos casais que desde cedo tentam tornar-se pais.

Por outro lado, a infertilidade, como um dos factores responsáveis pelo adiamento da maternidade, tem sido considerada como uma potencial fonte de stress para as primíparas tardias (Kee, Jung & Lee, 2000; cit. Schardt, 2005). Uma mulher com história de infertilidade ou de morte fetal ou neo-natal, desenvolverá maiores sentimentos de culpa e medos, quando se tornar mãe. Pelo menos metade destas mulheres, especialmente com idades avançadas, experimentam várias dificuldades psicológicas, emocionais, fisiológicas e sociais (Schardt, 2005).

Segundo Heffner (2004) e Bastos e Faria (2003), para as mulheres com idades compreendidas entre os 35-45 anos, onde a maternidade foi uma opção, esta surge como algo suficientemente seguro e não deve ser considerada como uma contra-indicação para a maternidade, desafiando o conceito tradicional de que as gestações em mulheres mais velhas têm um risco aumentado, sobretudo se forem proporcionados adequados cuidados pré-natais e intraparto no sentido de o minimizar.

Assim, podemos concluir que o adiar da maternidade para a década dos 40 ou 50 anos trará repercussões sociais e pessoais que requerem uma atenção especial. Esta investigação, juntamente com outras, são o início do estudo deste recente, mas cada vez mais frequente fenómeno. Tendo em conta uma preocupação reconhecida, especificamente em relação às consequências biológicas, psicológicas e sociais do adiar da maternidade, podemos referir em primeiro lugar a inevitável diminuição da taxa de natalidade e suas consequências sociais. No que respeita à vivência psicológica da gravidez e maternidade tardias, torna-se premente e fundamental a investigação nesta área com o objectivo de se desenharem intervenções específicas e adaptadas a estas realidades.

As repercussões psicológicas e sociais serão cada vez mais notórias, começando pela necessidade de avaliação e intervenção específicas no apoio aos casais e seus

filhos. Os primeiros, por puderem não conseguir acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos, e os últimos, por puderem vir a necessitar, na medida em que, ao nível do seu auto-conceito e sentimento de não identificação, os seus pais terão uma grande diferença de idade e estilo de vida.

Por outro lado, se os filhos seguirem as pegadas dos pais e se se tornarem, também eles pais tardios, desenha-se assim um mapa de gerações na família diferente da actual, tornando-se necessário a adaptação de toda a sociedade.

Desta forma, torna-se premente o estudo e a avaliação deste fenómeno com o objectivo duma intervenção específica com estas famílias, onde possamos ajudar tanto estas mulheres, casais e seus filhos, como a própria sociedade na adaptação e aceitação deste novo tipo de parentalidade.

## PERSONALIDADE

A reflexão sobre a Personalidade e a sua definição são tarefas muito difíceis e complexas, sendo o reflexo de séculos de estudos teóricos e empíricos.

Como afirmam Hall e Lindzey (1973; cit. Botelho & Leal, 2001) “poucas palavras há tão fascinantes para o público como o termo personalidade”.

Lima (1997) refere que “as definições sobre a personalidade são tantas e tão diversas que levantam a questão de saber se se trata, efectivamente, do mesmo constructo ou de outros muito diferentes, designados com o mesmo nome” (p. 14).

Vários autores fizeram tentativas de definição de personalidade, com base nas suas influências teóricas, dando ênfase a diferentes aspectos da pessoa, reflectindo uma grande diversidade de definições acerca deste conceito, como veremos de seguida:

*Personalidade* – “Organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofisiológicos que determinam o seu comportamento e pensamento característicos” (Allport); “Aquilo que permite um prognóstico do que a pessoa fará numa dada situação” (Cattell); “A continuidade de formas e forças funcionais, manifestadas através de sequências de processos organizados dominantes e de comportamentos manifestos, desde a nascença até à morte” (Murray); “A integração do Id, Ego e Superego” (Freud); “estilo de vida do indivíduo, ou maneira característica de reagir aos problemas da vida, incluindo os seus objectivos na vida” (Adler); “Integração do Ego, do inconsciente pessoal e colectivo, dos complexos, dos

arquétipos, da persona e da anima” (Jung) (Chaplin, 1975; cit. Cabral, 2001, p.8) e por fim, McCrae e Costa definem personalidade dizendo que são “dimensões das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções” e que “consiste num sistema constituído pelos traços de personalidade e pelos processos dinâmicos, mediante os quais afectam os processos psicológicos do indivíduo” (1996; cit. Lima & Simões, 2000, p.175).

Desta forma, podemos constatar que desde as origens históricas do estudo da personalidade surge uma enorme panóplia de constructos, que se devem às diferentes perspectivas, níveis de explicação e funções pelas quais se tenta definir a personalidade (Cook, 1984; cit. Cabral, 2001).

### Perspectiva Histórica do Conceito de Personalidade

A origem etimológica da palavra Personalidade deriva da palavra grega “persona”, que significa “máscara de teatro”. Ao longo do tempo, este conceito foi adquirindo diversos sentidos, mas sempre reflectindo a noção do papel desempenhado pelo indivíduo num determinado contexto.

Na antiguidade, Hipócrates (460-377 A. C.) definiu a sua tipologia consoante a predominância de um dos quatro tipos de humor – sangue, fleuma, bílis amarela e bílis preta – que definiam respectivamente o temperamento do Homem como sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico. Esta concepção foi substituída pela de Galeno (199-123 A.C.) que propõe uma descrição mais completa do comportamento em treze tipos de humor (Bernaud, 1998).

Após esta época e durante vários séculos, o estudo da personalidade foi pouco investido, ficando adormecido até ao Século XX.

No Século XX, Kretshmer desenvolve a teoria tri-partida, que dará base de sustentação à posterior teoria de Sheldon, caracterizada por uma escala de sete pontos, a qual apresenta três tipos de temperamento – endomórfico, ectomórfico e mesomórfico.

Spranger desenvolveu várias tipologias psicológicas onde defendia a existência de tipos ideais, onde cada um deles corresponderia a um de seis valores dominantes: teórico, económico, ascético, social, político e religioso. Esta classificação foi traduzida em escala por Allport, Lindzey e Vernon, e tinha como objectivo a avaliação do sujeito em cada uma das classificações, o que contribuiu para o

aparecimento das primeiras medidas empíricas (Ruch, 1984; cit. Botelho & Leal, 2001).

Galton (1822-1911) cria um dos primeiros métodos de avaliação da personalidade (teste de associação de palavras) e Wundt (1832-1920) propõem-se estudar cientificamente o comportamento. Charcot e Janet produziram observações que influenciaram a corrente psicanalítica (Bernaud, 1998).

Assim, na primeira metade do Século XX, são propostas as grandes Teorias da Personalidade, nomeadamente, o modelo psicanalítico desenvolvido por Freud que se opõe à corrente behaviorista (Pavlov, Watson e Skinner).

Entre 1920 e 1960 são propostos diversos estudos inovadores que marcam o campo da Psicologia da Personalidade. São exemplos, o estudo de Cattell e Eysenck que defendem uma concepção diferencialista, Rogers que propõe uma perspectiva humanista e Allport que em 1937 publica a sua obra *Personality: a Psychological Interpretation* que irá servir de modelo durante várias décadas no campo da Personalidade (Bernaud, 1998).

Num âmbito de uma Teoria Contemporânea da Personalidade, os psicólogos da personalidade são unânimes em datar aos anos 30, o nascimento da Psicologia da Personalidade, enquanto nova área de estudo da Psicologia. Para tal contribuíram Murray (1938) e Allport (1937), o primeiro com a designação de “personologia”, como uma nova ciência, a ciência da pessoa e o segundo com a publicação do seu livro introduzindo o estudo da personalidade na América (Botelho & Leal, 2001).

Nos anos quarenta e cinquenta assistiu-se ao nascimento de duas unidades de análise que descendiam destes autores: os traços e os motivos.

Mais recentemente surgiram novas abordagens da Personalidade: as Perspectivas Cognitivistas da Personalidade; o Modelos dos Cinco Factores; e as Perspectivas Interaccionista da Personalidade (Bernaud, 1998).

Seguidamente iremos ver o que caracteriza cada uma destas abordagens da Personalidade.

### As Principais Abordagens da Personalidade

A Personalidade é definida por diversos autores que recorrem a diferentes quadros teóricos de referência, criando assim, cada um deles, as suas Teorias da

Personalidade. Cada teoria da personalidade tenta responder a questões numa tentativa de criação dum modelo para este constructo psicológico.

A primeira questão conduz a uma distinção fundamental na orientação dos métodos e dos conceitos da personalidade, face à dicotomia traduzida pela abordagem nomotética “versus” abordagem ideográfica. A abordagem nomotética tem por objectivo estudar o que os indivíduos têm em comum, identificando traços ou tipos de personalidade, numa tentativa de desenhar uma estrutura da personalidade. A abordagem ideográfica, pelo contrário, analisa o indivíduo na sua totalidade.

A segunda questão é relativa à disposição versus situação, com base na tentativa de resposta ao que determina a conduta, o funcionamento interno do sujeito ou a situação onde ele se insere.

A terceira questão é relativa à estabilidade versus instabilidade da estrutura da personalidade ao longo da vida, pois se a evolução da personalidade na criança é aceite pela maioria dos investigadores, no que respeita aos adultos não existe consenso.

Assim, com base nestas questões, as diferentes correntes teóricas foram definindo as diferentes abordagens da personalidade, as quais iremos desenvolver de seguida em consonância com Bernaud (1998).

A abordagem psicanalítica afirma que a personalidade só pode ser compreendida numa perspectiva global, considerando simultaneamente a sua economia e o seu carácter dinâmico.

Freud define que a estrutura da personalidade está organizada por dois jogos de forças dinâmicos, onde são as pulsões que orientam as escolhas individuais e participam na emergência de conflitos.

O mesmo autor descreve a personalidade a partir de “tópicas” e propõe uma verdadeira génese da personalidade, segundo a qual o funcionamento do adulto se pode explicar com base nas vivências de infância e será pela forma como os conflitos psicológicos se resolvem (ou não) que a personalidade se desenvolve e se molda. Este autor descreve ainda vários tipos de carácter de acordo com os estádios de desenvolvimento psicosexual – carácter oral, carácter anal, carácter fálico e carácter genital.

Posteriormente, a proposta freudiana foi reformulada por diversos investigadores da personalidade, no entanto esta abordagem psicanalítica da personalidade foi considerada original e inovadora.

Por seu turno, a abordagem diferencial da personalidade inscreve-se numa concepção disposicional e dá ênfase aos determinantes individuais da conduta. Um dos objectivos desta abordagem é tentar dar resposta ao porquê de reacções diferentes por parte dos indivíduos face a uma mesma situação.

Os psicólogos diferencialistas ao explicarem os padrões ou conjuntos de condutas tentaram desenvolver abordagens taxionómicas da personalidade, sendo as duas principais unidades de análise o “tipo” e o “traço”.

Desta forma, as concepções tipológicas foram as primeiras a ser desenvolvidas e defendem o interesse pelo “tipo” enquanto “elemento de um modelo de personalidade que engloba um conjunto heterogéneo de características individuais e descreve o comportamento de maneira global” (Bernaud, 1998, p.24).

Por outro lado e no seguimento, as concepções baseadas nos “traços” defendem uma visão elementarista da personalidade e definem que “cada traço refere-se a um componente da personalidade, sendo cada componente independente um do outro e caracteriza um indivíduo a respeito de uma faceta bem precisa” (Bernaud, 1998, p.25).

Os traços exprimem a probabilidade de uma conduta se manifestar numa situação e num dado momento.

Estas concepções levaram a grandes desenvolvimentos na área da investigação.

Na década de sessenta, esta abordagem diferencial sofreu algumas críticas, nomeadamente, foi considerada uma visão radiográfica da personalidade, onde não é considerada a articulação funcional das diferentes dimensões. Esta primeira crise da abordagem diferencial foi em parte desencadeada pela publicação da obra de Mischel em 1968, que fez emergir um debate aceso entre os defensores da teoria dos traços e os situacionistas.

Consequentemente surge a abordagem situacional, segundo a qual o comportamento pessoal e social depende da situação onde o sujeito se encontra. Assim, é proposta uma teoria da aprendizagem social por Mischel em 1969, segundo a qual as pessoas adquirem diferentes respostas face a diferentes situações e onde o comportamento é determinado com base na vivência anterior do sujeito numa situação similar. Esta abordagem situacional foi considerada importante,

principalmente por ter chamado à atenção a redutividade da perspectiva factorialista da personalidade, dotando os traços de pouca capacidade para prever o comportamento.

O debate traço/disposição versus situação, manteve-se aceso até à década de oitenta.

Em 1973, a partir do debate entre a abordagem disposicional e a abordagem situacional, surge a concepção interaccionista da personalidade, que valoriza a interacção dinâmica e recíproca entre as características dos sujeitos e as características das situações.

A partir de então, a noção de traço, apesar de não ser abandonada, é repensada numa perspectiva dinâmica: “O sujeito está carregado de intenção, manifesta traços, mas igualmente estados que correspondem à actualização de um traço, num determinado momento. Influencia as situações, escolhendo algumas e evitando outras. Em compensação, a situação influencia o seu comportamento” (Bernaud, 1998, p.30).

Os modelos interaccionista, para além de considerarem as componentes psicológicas e sociais do comportamento, consideram também a sua dimensão biológica (regulação hormonal, reacções fisiológicas, etc.).

Podemos ainda considerar a abordagem humanista da personalidade que foi influenciada pelas correntes filosóficas existencialista e fenomenológica e que defende uma visão positiva e não determinista do homem.

Por último, em 1976, Magnusson e Endler propuseram a “cognição” como uma nova variável da pessoa em oposição aos traços ou motivos, enfatizando a natureza motivacional e intencional do comportamento humano (Botelho & Leal, 2001). A abordagem cognitiva da personalidade tem-se interessado pelo funcionamento da personalidade, ou seja, a(s) forma(s) como o sujeito interpreta e dá sentido aos acontecimentos de vida e como planeia e regula o seu comportamento.

Para além das diversas perspectivas da personalidade, existem ainda factores que influenciam determinantemente a formação deste constructo, nomeadamente os factores inerentes ao meio e à cultura e os factores genéticos.

A influência do meio e da cultura na personalidade é evidente através do jogo da socialização, o que é corroborado por Bernaud (1998) “Múltiplas influências externas vêm assim, progressivamente, aperfeiçoar os componentes internos do indivíduo, as suas emoções, as suas representações e o seu temperamento” (p.38).

Esta influência que a cultura tem na personalidade é traduzida através de papéis que o indivíduo “veste” a partir do momento que nasce e que se desenvolve num meio com as suas próprias características. Aqui também consideramos a influência que o factor familiar tem no desenvolvimento da personalidade.

Duma forma complementar, os factores genéticos também influenciam a personalidade, apesar dos investigadores ainda não terem respostas claras acerca deste assunto. Os autores consideram que a hereditariedade dos componentes da personalidade não pode ser considerada de um modo global, pois certos traços parecem ser mais hereditários do que outros (Plomin et al, 1988; cit. Bernaud, 1998). Assim, podemos afirmar que “os factores genéticos e ambientais não agem de maneira mecânica, mas em interacção e segundo processos bastante complexos” (Bernaud, 1998).

Só em plena década de noventa é que se inicia um verdadeiro retorno aos traços.

Krahé (1992; cit. Lima, 1997), aponta algumas linhas de investigação, que têm como base três abordagens distintas que, partindo do pressuposto da utilidade dos traços enquanto unidades base da Psicologia da Personalidade, contribuíram para dar consistência teórica ao conceito traço: a identificação das dimensões básicas dos traços que facultam uma descrição e interpretação compreensiva das diferenças individuais; a validação do conceito traço através da exploração das bases genéticas dos traços de personalidade; e por fim, os traços na qualidade de constructos interactivos, moldados não só pelo comportamento do sujeito em questão, como também, pelas actividades interpretativas do observador.

Desta forma, apareceu uma nova perspectiva na Psicologia da Personalidade: o Modelo dos Cinco Factores da Personalidade com Costa e McCrae em 1985, que descreveremos a seguir.

### O Modelo dos Cinco Factores

A questão principal da história da Psicologia da Personalidade definiu-se quando os autores conseguiram criar uma taxinomia que permitiu estudar as dimensões específicas da personalidade. Uma taxinomia como sendo a representação dos diversos sistemas de descrição da personalidade numa única estrutura, que teria uma

função integrativa e iria facultar uma nomenclatura que permitisse um diálogo comum e logo mais compreensível entre os investigadores.

Assim nasceu o Modelo dos Cinco Factores com base em duas perspectivas diferentes, embora relacionadas, pela história dos traços e pela necessidade da sua compreensão.

O Modelo dos Cinco Factores da Personalidade (“Five Factor Model”, conhecido pela sigla FFM) é uma representação da estrutura da personalidade, em termos de cinco dimensões básicas (os cinco grandes factores, “Big Five”) e dos traços mais importantes que definem cada uma dessas dimensões (Lima, 1997). Trata-se de um modelo hierárquico, que comporta dimensões gerais de ordem superior e dimensões mais específicas. As primeiras são os cinco grandes factores que abrangem os outros mais específicos (McCrae & John, 1992; Costa & Widiger, 1994; cit. Lima, 1997). Contrariamente ao relativo consenso pelos investigadores em relação ao número de factores, o mesmo não acontece em relação à sua denominação e significado.

Como referimos anteriormente, depois de um longo percurso de cinco décadas, com o objectivo de construir uma taxinomia dos traços, as investigações identificaram uma estrutura de cinco factores, na qual podem ser acomodados a maioria dos traços de personalidade. Apesar de haver ainda alguma ambiguidade, especificamente na designação dos factores, este trabalho tem-se mostrado útil para proporcionar uma plataforma bem fundamentada a partir da qual se começaria a explicar a personalidade (Krahe, 1992; cit. Lima & Simões, 1995). No entanto, os autores salientam que estes não devem ser estudados isoladamente dos diferentes aspectos das situações e ambientes em que a pessoa vive.

O FFM não é uma teoria completa da personalidade, segundo os seus autores (1996; cit. Lima & Simões, 2000, p.176) “não oferece, nem o poderá fazer, um modelo completo da personalidade”. Oferece um ponto de partida, pois “enquanto teoria completa necessita de elaboração, de modo a que quaisquer psicólogos que a considerem razoável, nas suas linhas gerais, poderão dar-lhe o seu útil contributo, pormenorizando como se desenvolvem os mecanismos das adaptações características, ou se constrói um ciclo de vida integrado” (McCrae & Costa, 1996; cit. Lima & Simões, 2000, p.176).

O Modelo dos Cinco Factores é definido pelos autores como “uma organização hierárquica dos traços da personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Extroversão (E), Amabilidade (A), Conscienciosidade (C), Neuroticismo (N) e

Abertura à Experiência (O). Apresenta-se como uma versão da Teoria dos Traços que considera que as diversas características da personalidade podem ser sintetizadas nessas cinco dimensões básicas.

Este modelo provou que se encontra apto a fazer face à necessidade da linguagem comum, como pode providenciar pontos de referência e instrumentos de medida.

Outras diferentes Teorias da Personalidade diferem nos aspectos específicos (categorias) consideradas por McCrae e Costa.

Desta forma, os autores referidos defendem que o Modelo dos Cinco Factores faculta uma estrutura taxionómica básica para a investigação em personalidade.

O importante a sublinhar é após quase três décadas de investimento e de procura, finalmente foi encontrado um modelo que tem marcado profundamente o estudo científico da personalidade, reúne o consenso da maioria dos psicólogos da personalidade, apresentando-se como um conjunto útil de dimensões das diferenças individuais que podem ser medidas com grande precisão e validade, o que permitiu o desenho da estrutura da personalidade.

Uma das críticas ao Modelo do Cinco Factores da Personalidade é este apresentar-se como um modelo ateorético. No sentido de colmatar esta questão, McCrae e Costa, em 1996, orientaram os seus esforços no sentido de identificar as categorias de variáveis constituintes duma teoria da personalidade completa, que iremos acompanhar sob o olhar de Lima e Simões (2000). Os primeiros autores propõem um “modelo geral da pessoa”, em que os traços da personalidade são constructos hipotéticos, concebidos como disposições básicas que, na interacção com as influências externas, contribuem casualmente para o desenvolvimento de hábitos, atitudes, aptidões e outras adaptações características.

Tais variáveis estruturantes representariam os “constituintes básicos e universais” de grande parte das teorias da personalidade podendo-se reduzir às seguintes: tendências básicas, adaptações características, auto-conceito, biografia objectiva e influências externas.

As tendências básicas são referidas por McCrae e Costa (1996) pelo “material bruto e universal da personalidade, isto é, as capacidades e disposições mais fundamentais que podem ser hereditárias ou ter origem nas primeiras experiências, constituindo o potencial e a orientação básicos da pessoa, por exemplo, as características genéticas e físicas, impulsos fisiológicos, vulnerabilidades e os traços de personalidade.

As adaptações características são as manifestações concretas das tendências básicas que são as competências, hábitos e atitudes, que resultam da interacção da pessoa com o seu ambiente. Temos como exemplo as competências adquiridas, as atitudes, as crenças, objectivos, comportamentos aprendidos e adaptações interpessoais.

Esta categoria tem um postulado que diz que ao longo do tempo, os indivíduos reagem em relação ao seu ambiente, desenvolvendo sentimentos e comportamentos condizentes com os seus traços de personalidade.

Todavia, podem surgir incompatibilidades/desadaptações entre as tendências do indivíduo e o seu próprio ambiente, levando a desordens da personalidade. Porém, é de salientar que as adaptações características têm um grau de plasticidade, e modificam-se em resposta à maturação biológica, às mudanças no ambiente ou pela intervenção.

O auto-conceito é caracterizado pelos conhecimentos, perspectivas e avaliações relativas ao próprio Eu, acrescentando a identidade, a auto-estima e história de vida.

Em relação ao auto-conceito, postula-se que as pessoas mantêm uma visão cognitivo-afectiva delas mesmas e que a informação é por ele seleccionada, tendo em conta a sua consistência com os traços de personalidade e o sentido interior de coerência da pessoa.

A categoria biografia objectiva é constituída pela totalidade de sentimentos, pensamentos e acções de um indivíduo durante toda a sua vida, os seus comportamentos manifestos. São estas variáveis-efeitos que a Psicologia da Personalidade tenta prever. Podemos dar o exemplo do curso da vida e comportamento manifesto.

Esta categoria tem como princípio ser multideterminada, na medida em que um dado comportamento é função das adaptações características evocadas pela situação. Por outro lado, está dependente dos planos e objectivos pessoais que orientam a acção e de forma a condizer com os traços de personalidade.

Por fim, as influências externas incluem as influências desenvolvimentais (as relações pais e filhos, educação e socialização) e as circunstâncias actuais, ao nível do macro-ambiente (cultura, era histórica, família) e micro-ambiente (constrangimentos situacionais, oportunidades, reforços, punições).

Esta categoria concebe-se em interacção com os dinamismos próprios dos outros níveis de personalidade. Todavia, cada indivíduo tem parte activa na construção do seu próprio ambiente.

Estas cinco diferentes categorias interrelacionam-se através de processos dinâmicos (como o processamento da informação, volição, “coping” e defesa, regulação de emoções, processos interpessoais, formação da identidade). Postula-se que o indivíduo cria e recria continuamente “adaptações”, que expressa através de sentimentos, pensamentos e comportamentos, em parte regulados por mecanismos cognitivos, afectivos.

No entanto, esta dinâmica é diferencial, na medida em que alguns processos dinâmicos são influenciados duma forma diferente pelas tendências básicas da pessoa que incluem os traços de personalidade.

Em relação à teoria proposta, a exigência fundamental é que os cinco grandes factores sejam considerados como tendências básicas.

Com base no quadro de referências constituído pelas cinco categorias descritas anteriormente, podem construir-se diferentes Teorias da Personalidade.

McCrae e Costa descreveram o Modelo dos Cinco Factores como sendo a sua proposta, “a Teoria dos Cinco Factores da Personalidade”. Esta teoria centra-se e tem como objectivo as diferenças individuais na adaptação relacionadas com a personalidade, as quais são consideradas função do posicionamento dos indivíduos nos cinco factores de personalidade.

Quando McCrae e Costa (1996) propõem a Teoria dos Cinco Factores da Personalidade pretendiam fornecer um ponto de partida para o enquadramento teórico dos dados empíricos que sustentam os cinco factores e dar resposta a algumas questões centrais levantadas pelas teorias clássicas da personalidade.

O elemento central são os traços da personalidade e esta teoria representa um movimento de reabilitação dos mesmos, na medida em que reivindica para os traços o estatuto de disposições fundamentais, considerando que estes são um constitutivo necessário da personalidade.

McCrae e Costa referem que os traços são “dimensões das diferenças individuais, com tendência a mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e acções” (Costa & McCrae, 1994; cit. Cabral, 2001) e são contínuos ao longo dos quais as pessoas se podem posicionar.

Estes autores definiram a sua Teoria dos Cinco Factores da Personalidade numa tentativa de recontextualizar os traços, de acordo com os princípios dinâmicos e interactivos, defendidos pelas tendências emergentes no estudo da Psicologia da Personalidade.

Lima (1997, p.26) caracteriza os traços como sendo:

*“Tendências* – os traços são tendências, já que não são determinantes absolutos do comportamento, mas apenas disposições que, a par de muitos outros factores, influenciam a reacção das pessoas a uma determinada situação;

*Dimensões* – visto as pessoas poderem ser ordenadas, segundo um grau em que apresentam os traços; estes são dimensões das diferenças individuais. Grande parte dos traços são, por conseguinte, passíveis de ser representados por uma escala, num ponto da qual podemos situar uma pessoa.

*Gerais* – os traços são disposições gerais e, como tal, encontram expressão numa variedade de actos específicos. Por conseguinte, diferenciam-se de comportamentos aprendidos, como os hábitos.

*Padrões consistentes* – os traços podem ser observados, ao longo do tempo e através das situações. As investigações longitudinais indicam que os traços apresentam consistência e estabilidade, ao longo do tempo, e têm mostrado uma boa predictibilidade do comportamento, a longo prazo. A noção de consistência tem sido crucial na definição do conceito de personalidade.

*Inferidos* – podemos dizer que os traços são inferidos, na medida em que o comportamento é observado, enquanto os traços são identificados, a partir de referências comportamentais. Estilos emocionais, interpessoais, experienciados, atitudinais e motivacionais.

*Hierarquizados* – os traços também, são, para muitos teóricos, hierarquizados, o que possibilita que o comportamento das pessoas seja descrito a níveis diferentes de abstracção.

*Disposições cognitivo-dinâmicas* – os traços, enquanto unidades funcionais da personalidade, guiam o comportamento de muitas formas: informam sobre as situações consideradas atraentes e, consequentemente, determinam em quais delas nos envolvemos voluntariamente; sobre o estilo de comportamento mais provável que o sujeito exibirá numa dada situação; determinam o que será compreendido como reforçador numa circunstância particular, ou seja, como ela vai ser percebida. Neste último sentido, os traços funcionarão como mecanismos auto-reguladores que se auto-sustêm, revelando-se preditores dos comportamentos mesmo sob forte pressão situacional”.

Por sua vez, a operacionalização mais conhecida do Modelo dos Cinco Factores – o NEO-PI-R – é baseado na tradição psicométrica e na preocupação de avaliar as diferenças individuais, representando um expoente de sofisticação e de abrangência, na forma de medir as diferentes dimensões da personalidade (Lima & Simões, 1997). Tendo como base o instrumento (NEO-PI-R) desenvolvido por Costa e McCrae e fazendo eco das palavras de Lima & Simões (1995), o Inventário da Personalidade

NEO Revisto (NEO PI-R) é uma medida das cinco principais dimensões, ou domínios, da personalidade, assim como de algumas das facetas ou traços que definem cada um dos domínios. Em cada conjunto, as cinco escalas dos domínios (N: Neuroticismo, E: Extroversão, O: Abertura à Experiência, A: Amabilidade e C: Conscienciosidade) e as trinta escalas das facetas permitem uma avaliação compreensiva da personalidade adulta. Para que a sua compreensão seja mais clara, apresentaremos (Anexo B) a descrição dos vários domínios e respectivas facetas que compõem o NEO-PI-R.

Em 1991, foi dada permissão pela editora Americana PAR (Psychological Assessment Resources Inc.) para traduzir o NEO PI-R para português. A versão portuguesa do NEO-PI-R foi aprovada pelos autores do Inventário – Paul Costa e Robert McCrae. A sua aferição vem colmatar uma das carências no domínio da avaliação e fazer face à inexistência de um instrumento de avaliação da personalidade para a idade adulta, actual e adaptado, especificamente para a população portuguesa (Lima & Simões, 1997).

A nível da investigação, o NEO-PI-R tem sido um auxiliar precioso na formulação de hipóteses sobre as relações entre os traços de personalidade, operacionalizados através das suas escalas, e outras variáveis e conceitos. Nesta linha incluem-se estudos que relacionam a personalidade com a saúde, com variáveis educativas e com variáveis sócio-demográficas.

Tem apresentado boas qualidades psicométricas, bons índices de validade e de fidelidade e aplicações práticas significativas em diferentes áreas da Psicologia (Lima & Simões, 1995).

Especificamente ao nível da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde, somente a partir dos meados dos anos 80 é que começamos a ver surgir estudos que abordam a específica relação entre a Personalidade e o Materno, que têm contribuído duma forma significativa para a compreensão da relação conceptual e empírica entre Personalidade e Maternidade (Botelho, 2003).

## MÉTODOS

### Natureza do Estudo

Com base na natureza das variáveis Personalidade, Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno e Primiparidade Tardia que nos interessava avaliar, esta investigação foi conceptualizada num estudo exploratório e transversal, onde optámos por um desenho exploratório. Para tal, assumimos para a nossa amostra um valor mínimo de trinta sujeitos para salvuardarmos a noção de validação estatística ( $N \geq 30$ ). Tendo conhecimento da dificuldade na administração dos instrumentos, tínhamos como base esse valor, mas sempre com a esperança de o ultrapassar, o que acabou por acontecer numa forma muito positiva.

Pelo facto do NEO-PI-R se encontrar aferido para a população portuguesa, o desenho exploratório fica significativamente facilitado, uma vez que ao existirem valores normativos para a população nacional, prescindimos de um grupo de controlo.

### Objectivos

Pretendemos avaliar a relação entre os conceitos de Personalidade, de Feminino e Materno e Primiparidade Tardia, tendo como objectivos principais da investigação a definição do Perfil de Personalidade e as Diferenças entre as Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno das Primíparas Tardias.

Decorrente dos objectivos principais atrás enunciados, o desenho de investigação assentou nos seguintes objectivos específicos:

1. Descrever o perfil factorial da personalidade das primíparas tardias.
2. Comparar o perfil factorial da personalidade das primíparas tardias com os valores normativos para a população feminina portuguesa.
3. Estabelecer combinações de domínios (Plano Afectivo; Plano Interpessoal; Interesses Vocacionais; Padrões de Actividade; Estudo das Atitudes; Dimensões Básicas do Carácter) a fim de complementar o perfil factorial da personalidade da amostra.

4. Avaliar as diferenças entre as Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno das primíparas tardias.

### Instrumentos

Com base nos objectivos da nossa investigação foram utilizados três instrumentos distintos: Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) (Anexo A), Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno (Anexo C) e Questionário de Caracterização de Amostra (Anexo D).

Neste capítulo será feita uma apresentação sucinta de todos os instrumentos anteriormente indicados, tendo em vista também a fundamentação da sua aplicação no âmbito da nossa investigação.

#### *Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)*

A personalidade das primíparas tardias foi medida nesta investigação através do Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) (Anexo A) da autoria de Robert McCrae e Paul Costa, em 1992, e aferido para a população portuguesa por Margarida Pedroso Lima, em 1997.

O Inventário da Personalidade NEO-PI-R, é um instrumento que tem como objectivo a avaliação do perfil de personalidade e mede as suas cinco principais dimensões. Este inventário é sustentado pelo Modelo dos Cinco Factores.

O facto deste instrumento se encontrar aferido ao nível nacional afigura-se de extrema importância para o estudo por nós realizado, na medida em que permitirá a comparação dos resultados obtidos com os valores normativos da população feminina portuguesa.

Na sua versão final, o NEO-PI-R, é constituído por cinco escalas que correspondem a cada um dos cinco domínios gerais: Neuroticismo (N); Extroversão (E); Abertura à Experiência (O); Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C). Cada domínio é constituído por seis facetas, elevando a trinta o número de escalas específicas que integram este instrumento.

Cada escala é constituída por 8 itens, elevando-se a 240 o número de itens que constituem o NEO-PI-R. De forma esquematizada, a estrutura do NEO-PI-R pode ser descrita como se apresenta no seguinte quadro:

TABELA 5: Domínios e facetas avaliadas pelo NEO-PI-R (adaptado por Lima & Simões, 1997, p.172)

<i>Domínios</i>	<i>Facetas</i>	
<b>Neuroticismo (N)</b>	N1: Ansiedade N3: Depressão N5: Impulsividade	N2: Hostilidade N4: Auto-Consciência N6: Vulnerabilidade
<b>Extroversão (E)</b>	E1: Acolhimento Caloroso E3: Assertividade E5: Procura de Excitação	E2: Gregariedade E4: Actividade E6: Emoções Positivas
<b>Abertura à Experiência (O)</b>	O1: Fantasia O3: Sentimentos O5: Ideias	O2: Estética O4: Acções O6: Valores
<b>Amabilidade (A)</b>	A1: Confiança A3: Altruísmo A5: Modéstia	A2: Rectidão A4: Complacência A6: Sensibilidade
<b>Conscienciosidade (C)</b>	C1: Competência C3: Dever C5: Auto-Disciplina	C2: Ordem C4: Realização C6: Deliberação

Com o objectivo de se tornar claro o que os autores do NEO-PI-R compreendem em relação a cada um dos domínios e respectivas facetas que constituem o Inventário, apresentaremos, em Anexo B, uma breve descrição do mesmo citando Lima e Simões (1995) e Lima (1997).

Quanto à leitura e interpretação dos resultados do NEO-PI-R, temos que ter em conta que a conceptualização deste instrumento, ao contrário de outros Inventários da Personalidade, considera não existirem limiares discriminativos ou pontos discriminantes, que separem as pontuações consideradas normais das que manifestam psicopatologia: tanto as pontuações elevadas como as baixas são informativas.

Por outro lado, as pontuações brutas deste Inventário não têm significado por si mesmas, na medida em que é necessário compará-las com as respostas de outros sujeitos. Desta forma, as normas publicadas têm o objectivo de servirem de grupo-padrão de referência (Lima, 1997).

Assim, podemos concluir a descrição deste instrumento acrescentando que o NEO-PI-R fornece material que permite diferentes possibilidades de interpretação, caracterizadas por profundidades diferentes, que podemos esquematizar da seguinte forma:

- 1º) Descrição global da personalidade: os cinco factores;
- 2º) Descrição pormenorizada da personalidade: as trinta facetas;
- 3º) Descrição da personalidade por uma análise bidimensional.

### *Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno*

O Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno (Anexo C) foi construído na sua versão inicial em 2000 pelos autores Matos, Leal e Ribeiro.

O objectivo da construção deste questionário é a análise e a discriminação dos dois factores ou traços psicológicos que os autores designaram por “Feminino” e “Materno”, pensando terem um papel relevante na capacidade e no desejo das mulheres de conceberem e de terem filhos.

É um instrumento constituído por 80 conjuntos de 2 afirmações que traduzem atitudes e/ou representações acerca de assuntos relacionados com a reprodução, a gravidez, a maternidade, a parentalidade, a sexualidade, a vida profissional e a vida familiar e ainda acerca da relação dos indivíduos consigo próprios e com os outros.

Em termos de administração, o questionário sendo composto por 80 conjuntos de duas frases (A e B), o sujeito terá que escolher e assinalar apenas uma frase com que melhor se identifique.

Em relação à cotação, contabiliza-se o número de “A” que correspondem à dimensão de “Feminino” e o número de “B” que correspondem à dimensão de “Materno” que cada sujeito assinalou. Depois transformam-se os valores em percentagens para se proceder à comparação dos resultados de ambas as dimensões.

A selecção e construção dos itens tiveram por base a observação e a prática clínicas, a par com um instrumento de avaliação das atitudes e representações parentais anteriormente desenvolvidos (Matos, 1997) no qual eram questionados aspectos que os autores consideram na definição da variável Feminino e da variável Materno.

Os autores efectuaram uma análise de conteúdo à totalidade dos itens e classificaram cada um deles como Feminino e Materno, consoante consideraram que o item em causa traduzia uma afirmação de feminilidade ou de maternidade, de acordo com os aspectos teóricos e de experiência clínica, que consideraram como fazendo parte da definição das variáveis de Feminino ou de Materno. Esta classificação, com base na análise de conteúdo, foi efectuada por um júri composto por três profissionais, que trabalham na área da Psicologia da Saúde, da Gravidez e da Maternidade.

Na construção e validação clinimétrica deste instrumento, que avalia os constructos de Feminino e Materno, observou-se um desequilíbrio relativamente aos dois factores em estudo, apresentando-se uma clara predominância de um dos factores sobre o outro, em 19 das 22 mulheres com idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos que constituíram a amostra de conveniência do estudo anteriormente descrito.

Desta forma, os autores consideraram que os itens e a forma de resposta foram um contributo para a construção e validação clinimétrica de um instrumento que avalia os constructos de Feminino e de Materno.

### *Questionário de Caracterização da Amostra*

Com vista a uma exaustiva caracterização da amostra, procedemos à elaboração de um questionário, cuja matriz de critérios foi por nós elaborada. Um Questionário de Caracterização da Amostra (Anexo D) que teve como objectivo recolher informação em torno de três eixos fundamentais: 1) Informação referente à mulher; 2) Informação relativa à gravidez ou maternidade; 3) Alguma informação referente ao companheiro/pai.

O teor do questionário é prefigurado pelo levantamento de informação referente à mulher, constituindo o eixo central deste instrumento. Estão incluídos neste levantamento os dados relativos à mulher: a idade, naturalidade, co-habitação, tipo de relação conjugal e actividade profissional.

O segundo eixo de informação, referente à história da gravidez/maternidade: história obstétrica, número de gravidezes anteriores, abortos espontâneos ou provocados, duração da gravidez, situação actual da grávida/mãe, consultas de

vigilância da gravidez, complicações obstétricas, tempo para engravidar, técnicas de reprodução medicamente assistida e razões que motivaram o adiamento da maternidade.

O terceiro eixo, sendo de menor expressão, centra-se no companheiro/pai e integra itens tais como a idade, co-habitação, tipo de relação conjugal e actividade profissional.

Na sua totalidade, o questionário é constituído por 23 questões, cuja maioria são de resposta fechada.

### Participantes

Com base nos objectivos desta investigação, os critérios de selecção da amostra centram-se na temática da Primiparidade Tardia, incluindo na amostra mulheres com 35 anos ou mais, grávidas ou mães do seu primeiro filho.

Por razões que se prendem meramente com a facilitação dos procedimentos de recolha dos dados, optámos por constituir a amostra nos Distritos de Lisboa e Évora.

As participantes constituem uma amostra de 72 mulheres primíparas com idades compreendidas entre os 34 e os 46 anos e seleccionadas com base numa amostra de conveniência que, nos momentos de avaliação, se encontravam no Hospital Cuf Descobertas (Consulta Externa e Internamento de Obstetrícia), na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Consulta de Alto Risco e Consulta de Diagnóstico Pré-Natal) e Cursos de Preparação para o Parto (“Descansauna” e “Olá Mamã”), Clínica de Diagnóstico Pré-Natal “Fetus Vitae”, e por mulheres conhecidas através de outras mulheres que participaram na investigação ou através de pessoas que tinham conhecimento do estudo.

### Procedimento

Depois da autorização para a recolha da amostra para fins de investigação (Anexo E) dada por cada um dos locais de avaliação, procedemos ao pedido de participação na investigação por parte das mulheres que se encontravam nesse momento nesses locais de avaliação.

Confirmada a aceitação da participação no estudo, passámos ao preenchimento dos questionários num gabinete individualizado.

Devido às dificuldades sentidas na recolha da amostra, nomeadamente no tempo dispendido no preenchimento dos questionários apontado pelas várias mulheres, optámos por desenhar uma estratégia diferente. Desta forma, em colaboração com alguns dos técnicos de saúde que estavam em contacto com essas mulheres, pedimos que lhes fosse dada a conhecer a investigação e que lhes fosse entregue um pedido de autorização para a cedência de contactos pessoais (Anexo F).

Com essa autorização, essas mulheres foram contactadas telefonicamente onde eram convidadas a participar neste estudo. Após manifestarem interesse em participar nesta investigação, procedemos ao envio dos questionários através de correio, com o pedido de preenchimento individual. Esses questionários foram assim preenchidos individualmente por cada uma das mulheres, tendo-nos sido depois devolvidos.

Desta forma, inicialmente a avaliação consistiu numa entrevista estruturada com base nos itens do Questionário de Caracterização da Amostra, na administração do NEO-PI-R e do Questionário Feminino e Materno. Posteriormente, foi pedido à mulher o preenchimento anónimo e individual dos mesmos instrumentos, em forma de auto-resposta e em contexto domiciliário.

Constituímos assim uma amostra de conveniência formada por 72 primíparas tardias, nos meses de Maio a Outubro do ano de 2006.

Terminada a fase de recolha de dados junto da nossa amostra, procedemos à cotação do NEO-PI-R, do Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno e da sistematização da informação contida no Questionário da Caracterização da Amostra, o que nos permitiu a construção de uma base de dados.

Esta etapa metodológica foi seguida pelo Tratamento dos Dados efectuado com base no “software” estatístico “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) – versão 14.0, para o “MS Windows”.

No âmbito do tratamento dos dados foi feita a análise estatística, nomeadamente, foi utilizado o Teste “T-Student” (“One Sample t-test”), permitindo comparar o valor médio dos resultados para cada um dos domínios e facetas na população de primíparas tardias com os valores normativos para a população feminina portuguesa (Anexo H).

Os dados extraídos do Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno foram objecto de uma configuração percentual, isto é, em cada questionário foi contabilizado o número de itens relativo à Dimensão Psicológica de Feminino (A) e à Dimensão Psicológica de Materno (B) identificados por cada mulher, tendo este valor sido dividido pelo número total de itens do questionário e multiplicado por 100, para expressar percentagens. Estes valores foram estudados quanto à forma da sua distribuição, tendo sido testada a hipótese da normalidade das variáveis através do Teste de Ajustamento de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez comprovada a distribuição Normal ( $p = 0.043$ ), aplicámos um Teste “T-Student” para amostras emparelhadas, que nos permitiu concluir que as diferenças entre as dimensões de Feminino e de Materno eram estatisticamente significativas. Em todos os testes estatísticos foram utilizados os níveis de significância de 0.05 (sendo que  $p \leq 0.05$ , as diferenças são designadas por estatisticamente significativas) e 0.01 (sendo que  $p \leq 0.01$ , as diferenças são designadas por estatisticamente muito significativas).

Os resultados decorrentes da análise estatística serão descritos de uma forma mais exhaustiva e reflexiva nos capítulos dedicados aos Resultados e à Discussão.

Os dados retirados do Questionário de Caracterização da Amostra foram também descritos numa forma mais exhaustiva, através de uma configuração percentual e apresentação gráfica, no ponto seguinte.

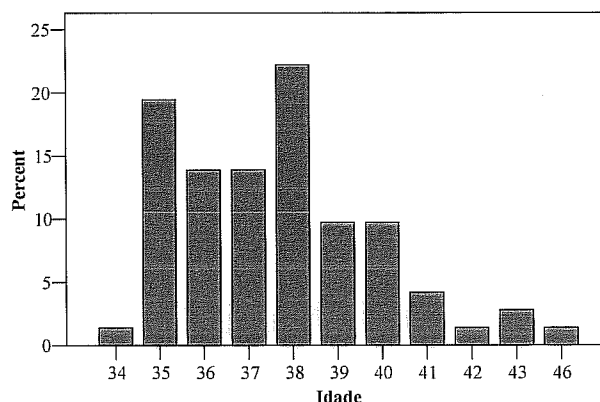
As Não Respostas foram tratadas, pelo procedimento denominado por “Exclui Cases Pairwise” (Hill, 2000), excluindo da Análise Estatística apenas os casos onde se verificou a existência de “missing-values”.

### Amostra

Da informação obtida através do Questionário de Caracterização da Amostra, foi-nos possível constatar as várias características da amostra.

No que respeita à *Idade*, aferimos que a média etária da nossa amostra se situa nos 37,67 anos ( $SD=2,3$ ), distribuída entre os limites, mínimo e máximo, de 34 e 46 anos, respectivamente.

FIGURA 1: Gráfico das percentagens da idade materna das primíparas tardias (N=72)

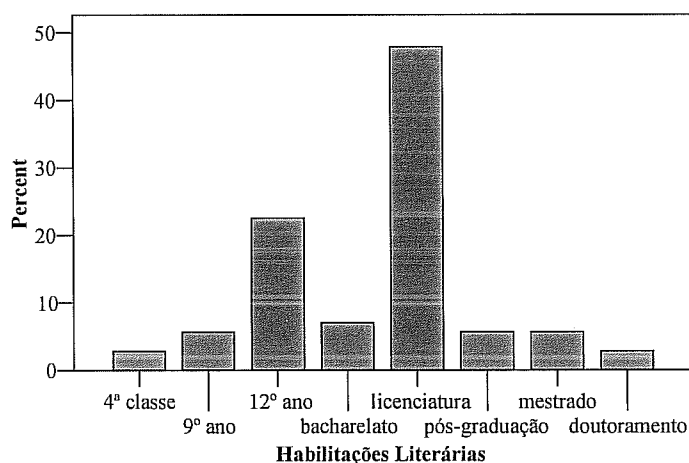


Quanto à *Nacionalidade* das mulheres observadas, verifica-se que 73,6% são portuguesas e 26,4% são de outras nacionalidades (angolana, brasileira, moçambicana, alemã, espanhola, romena, francesa), incluindo as duplas nacionalidades (francesa/portuguesa e moçambicana/portuguesa).

A distribuição geográfica da *Área de Residência* divide-se entre a zona da Grande Lisboa (79,4%) e Alentejo (20,6%).

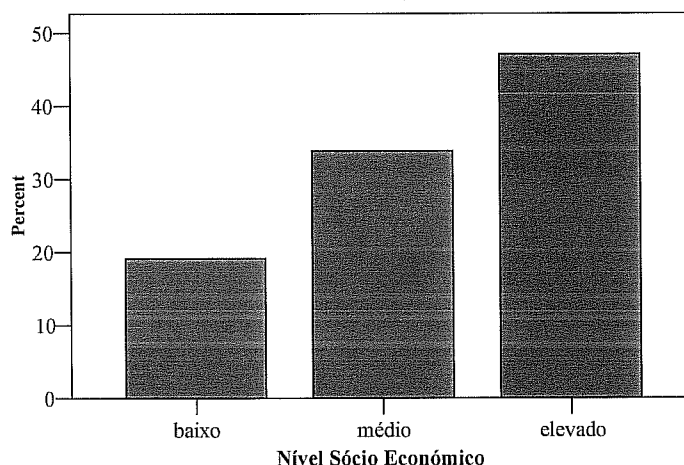
No que respeita às *Habilitações Literárias*, há uma predominância de mulheres com licenciatura (47,1%), seguidas com o 12º ano (22,9%). Com bacharelato observámos 7,1%, com mestrado e pós-graduação 5,7%, com o 9º ano 5,7% e com doutoramento e 4ª classe 2,9%.

FIGURA 2: Gráfico das percentagens das habilitações literárias das primíparas tardias (N=72)



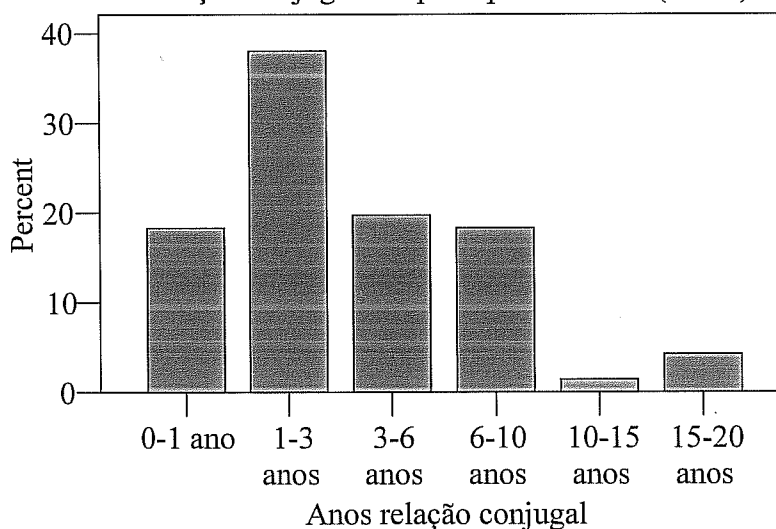
Com base nas *Habilitações Literárias* e nas *Profissões* das mulheres da nossa amostra, e em conformidade com a classificação adoptada por Almeida (1988) (Anexo G) observámos que o *Nível Sócio-Económico* mais predominante era o elevado (47,1%), seguido do médio (33,8%) e por fim, baixo (19,1%).

FIGURA 3: Gráfico das percentagens do nível sócio-económico das primíparas tardias (N=72)



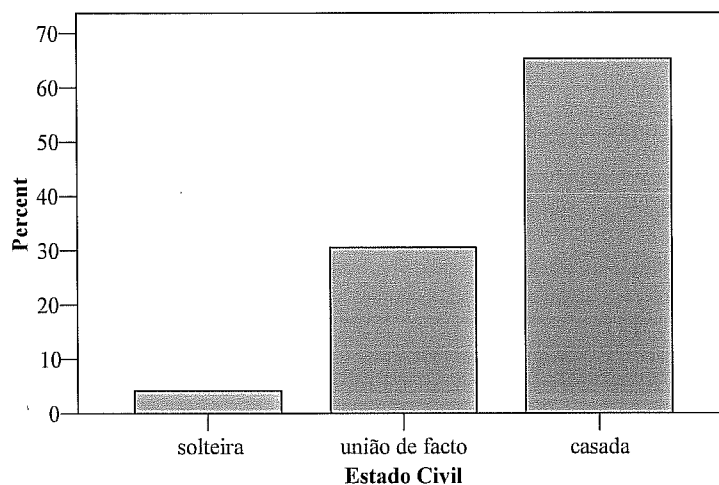
No que respeita à *Relação Conjugal* das mulheres da nossa amostra com os seus companheiros, foi aferida quanto à duração. Verificámos que a duração média destas relações é de 2,6 anos, sendo a mais recente de 1 ano e a mais longa de 20 anos. A sua distribuição por classes temporais está apresentada na figura seguinte:

FIGURA 4: Gráfico das percentagens dos anos de relação conjugal das primíparas tardias (N=72)



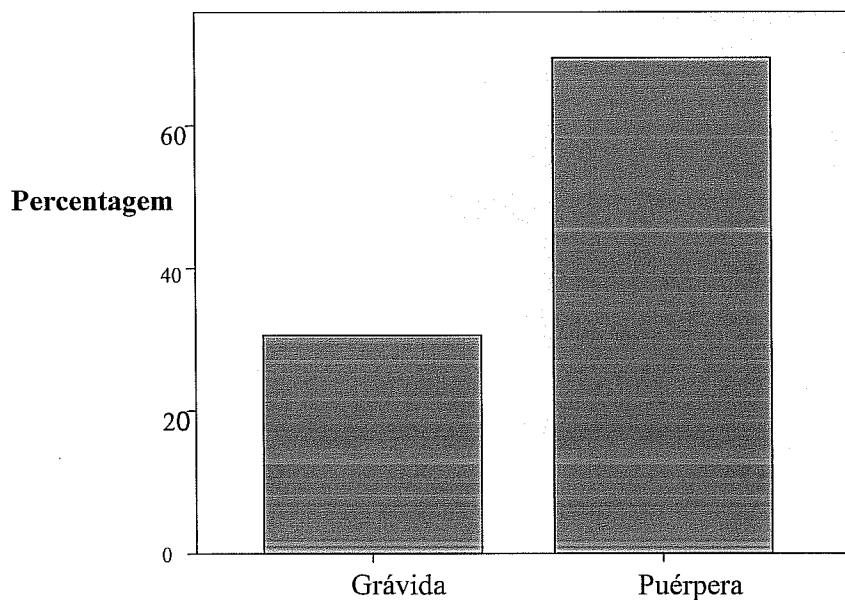
Em relação ao *Estado Civil*, 65,3% são casadas, 30,6% vivem em união de facto e 4,2% são solteiras, não tendo sido relatado qualquer processo de separação conjugal ou divórcio e de viuvez.

FIGURA 5: Gráfico das percentagens do estado civil das primíparas tardias (N=72)



Ao entrarmos nas variáveis específicas da temática da primiparidade tardia observamos que a nossa amostra é constituída por 30,6% de *Mulheres Grávidas* e 69,4% de *Mulheres Puérperas/ Mães*.

FIGURA 6: Gráfico das percentagens de grávidas e puérperas nas primíparas tardias (N=72)



Relativamente ao projecto de maternidade, observámos que 77,8% das *Gravidezes* foram *Planeadas* e 95,8% *Desejadas*.

FIGURA 7: Gráfico das percentagens de gravidezes planeadas e não planeadas nas primíparas tardias (N=72)

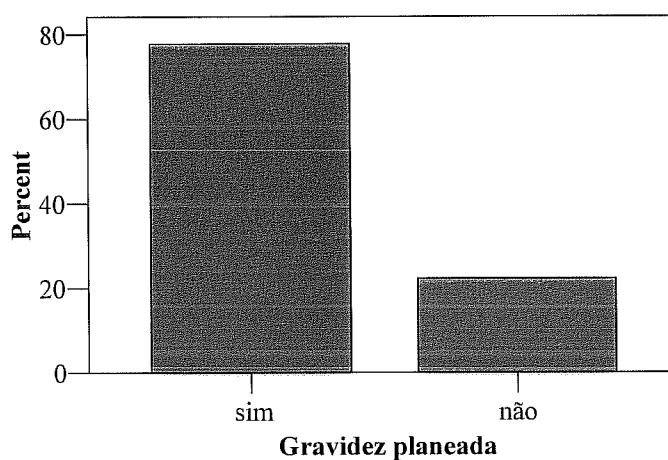
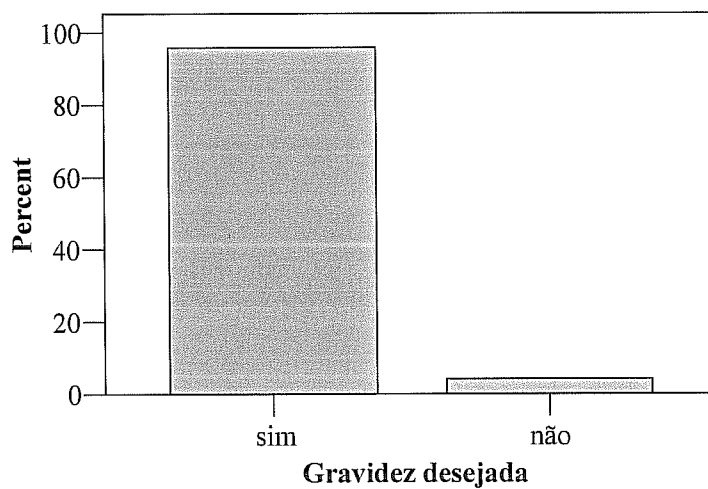
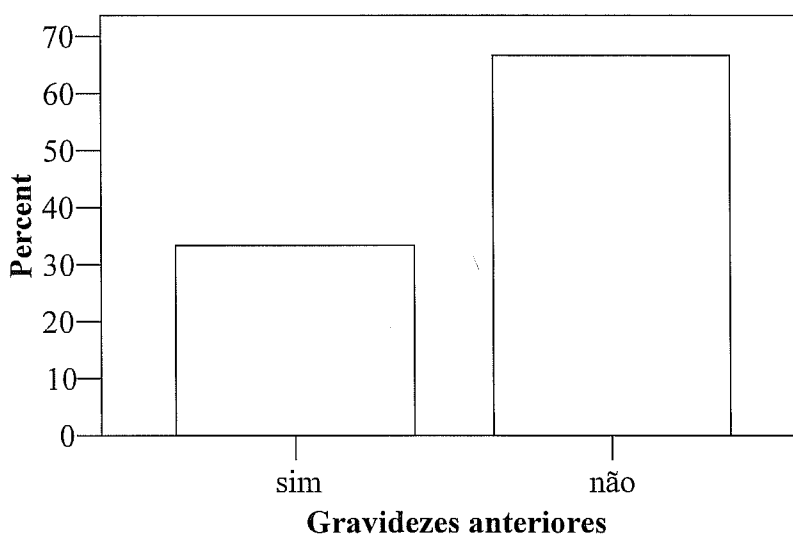


FIGURA 8: Gráfico das percentagens de gravidezes desejadas e indesejadas nas primíparas tardias (N=72)



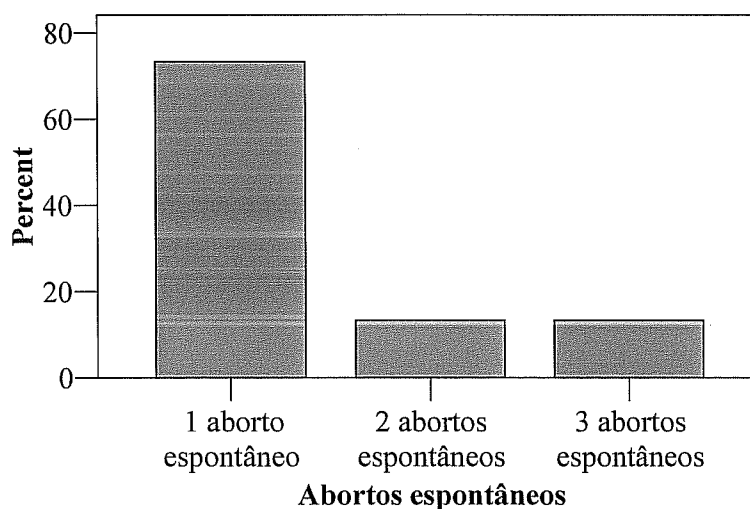
Observando também o gráfico seguinte, vemos que 33,3% das mulheres da nossa amostra já tinham tido, pelo menos, uma *Gravidez Anterior*, enquanto que 66,7% das mulheres são “*primigravidae*”.

FIGURA 9: Gráfico das percentagens de gravidezes anteriores nas primíparas tardias (N=72)



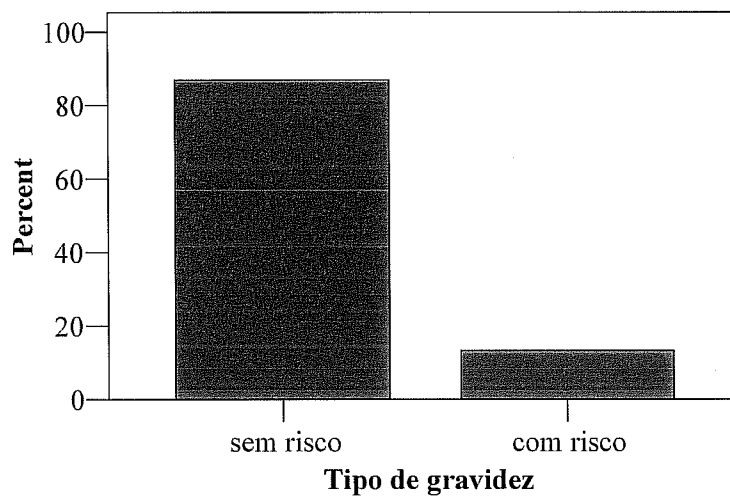
Das 33,3% das mulheres da nossa amostra que tiveram pelo menos uma gravidez anterior, 73,3% dessas mulheres tiveram um *Aborto Espontâneo*, 13,3% tiveram dois abortos espontâneos e 13,3% três abortos espontâneos. Não obtivemos resposta em 57 questionários (79,2%).

FIGURA10: Gráfico das percentagens de aborto espontâneo nas primíparas tardias (N=72)



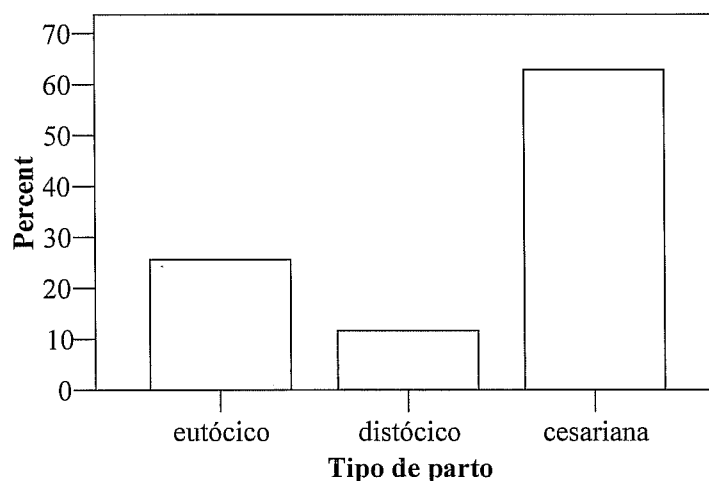
Relativamente ao *Tipo de Gravidez*, podemos dizer que 86,8% são gravidezes sem risco e 13,2% gravidezes de risco. Não obtivemos resposta em 19 questionários (26,4%).

FIGURA 11: Gráfico das percentagens dos tipos de gravidez nas primíparas tardias (N=72)



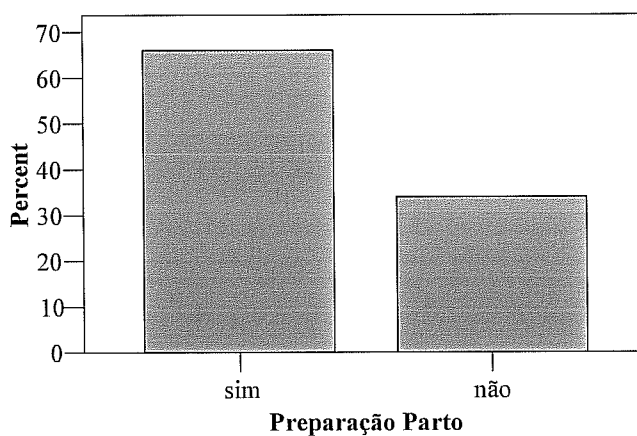
Quanto ao *Tipo de Parto* e com base nas 69,4% de mulheres puérperas/mães, podemos observar que 62,8% dessas mulheres foram submetidas a cesariana, 25,6% a parto eutócico e 11,6% a parto distócico. Não obtivemos resposta em 29 questionários (40,3%).

FIGURA 12: Gráfico das percentagens dos tipos de parto nas primíparas tardias (N=72)



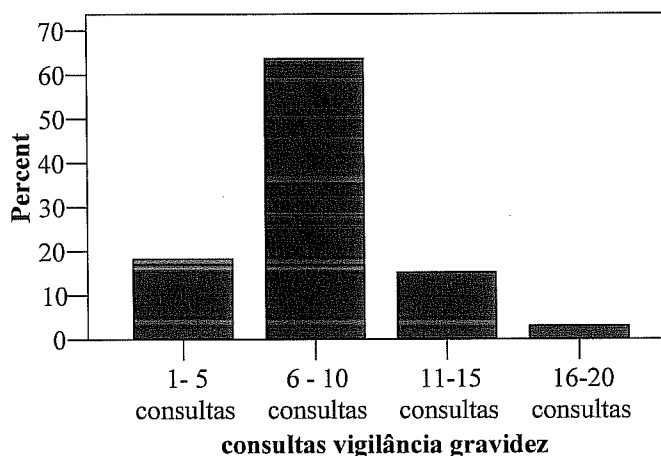
Observamos que na nossa amostra 66% das mulheres fizeram *Preparação para o Parto*, enquanto 34% mulheres foram para o parto sem preparação. Nesta resposta obtivemos 19 questionários nulos (26,4%).

FIGURA13: Gráfico das percentagens de primíparas tardias que frequentaram ou não cursos de preparação para o parto (N=72)



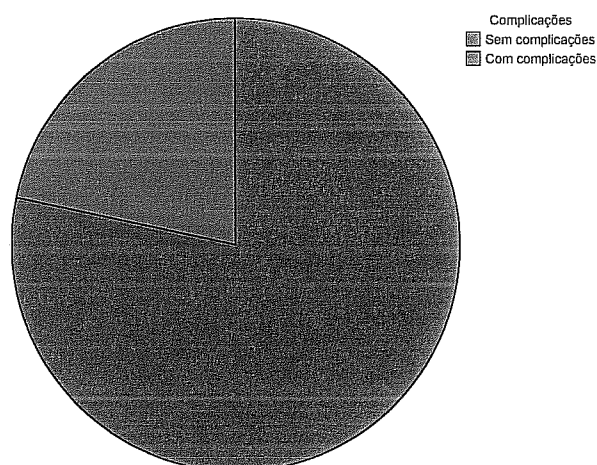
No que diz respeito à *Vigilância da Gravidez*, aferimos que a média do número de consultas de vigilância da gravidez se situava nas 2,02 consultas (DS=0,68), distribuídas entre os limites, mínimo e máximo, de 1 e 20 consultas, respectivamente. A percentagem das mulheres da nossa amostra é distribuída pelos diferentes intervalos de número de consultas, sendo que 18,2% das mulheres fizeram entre 1 a 5 consultas, 63,6% entre 6 a 10 consultas, 15,2% entre 11 a 15 consultas e 3% das mulheres fizeram entre 16 a 20 consultas de vigilância da gravidez. Não obtivemos resposta a esta questão em 6 questionários (8,3%).

FIGURA 14: Gráfico das percentagens de primíparas tardias que realizaram consultas de vigilância da gravidez (N=72)



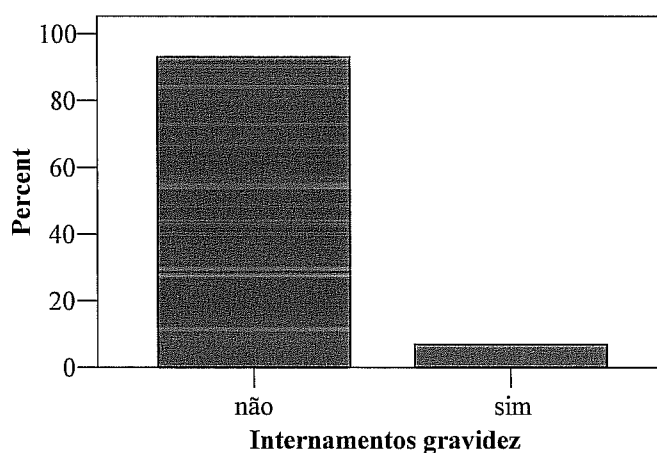
Ao nível das *Complicações Obstétricas*, aferimos que 78,3% das mulheres da nossa amostra não apresentou quaisquer complicações durante a gravidez e 21,7% das mulheres apresentaram várias complicações, tais como: hemorragias, miomas, fungos, útero septado, baixo teor de líquido amniótico, hipertensão, batimentos cardíacos fetais acelerados, hidrâmnios, inflamações, incompatibilidade feto-pélvica, placenta prévia, diabetes gestacional e prematuridade. 16,7% das mulheres não responderam a esta pergunta no questionário.

FIGURA15: Gráfico das percentagens de primíparas tardias que apresentaram ou não complicações obstétricas (N=72)



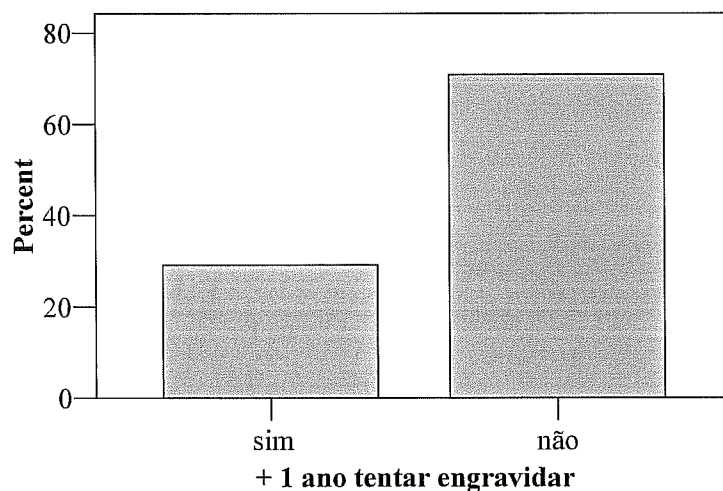
Com base nestas complicações obstétricas aferimos também os *Internamentos durante a Gravidez*, onde constatamos que 93,1% das mulheres da nossa amostra não foram internadas, tendo-o sido apenas 6,9%.

FIGURA 16: Gráfico das percentagens de primíparas tardias que sofreram ou não internamentos durante a gravidez (N=72)



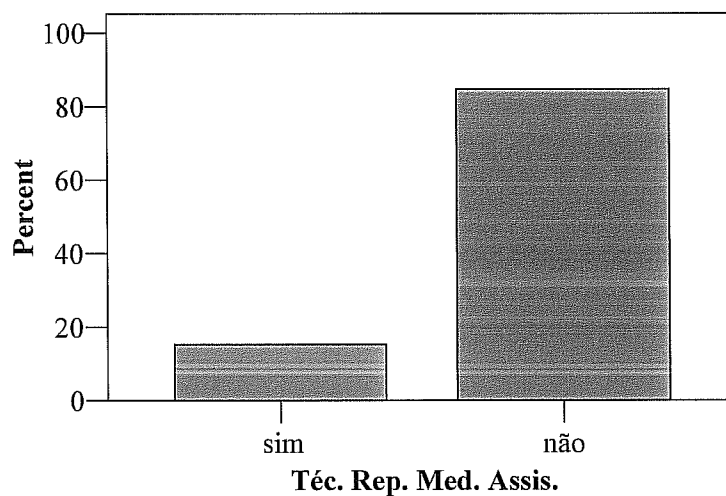
Averiguámos também o *Tempo que estes Casais demoraram a Engravidar* e observámos que 29,2% dos casais da nossa amostra estiveram mais de um ano a tentar engravidar, ao passo que 70,8% dos casais engravidaram num espaço máximo de 1 ano.

FIGURA 17: Gráfico das percentagens de casais que estiveram ou não mais de 1 ano a tentar engravidar (N=72)



Por outro lado, 15,3% dos casais da nossa amostra recorreram a *Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida*, enquanto que 84,7% dos casais não sentiram essa necessidade.

FIGURA 18: Gráfico das percentagens de casais que recorreram ou não a técnicas de reprodução medicamente assistida (N=72)

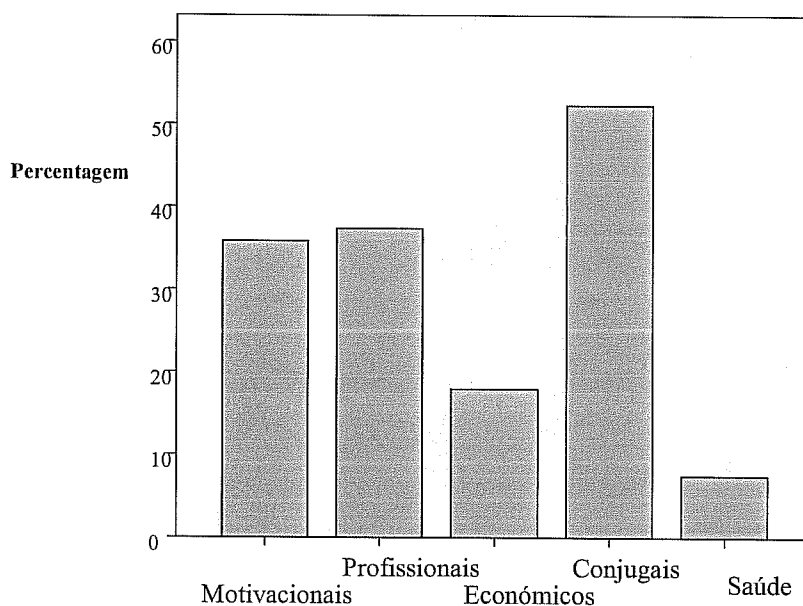


Para finalizar a caracterização da nossa amostra aferimos as *Razões que Motivaram o Adiamento da Maternidade*, onde definimos 5 dimensões diferentes: motivacionais, profissionais, económicas, conjugais e de saúde.

A dimensão motivacional foi indicada por 36,2% das mulheres da nossa amostra, como sendo uma das razões que as fez adiar a maternidade. A dimensão profissional foi considerada motivo de adiamento da maternidade por 39,1% das mulheres da nossa amostra. As questões económicas foram indicadas também como factores de adiamento da maternidade por 19,1% das mulheres da nossa amostra. A dimensão conjugal foi assinalada como outra das razões para o adiamento da maternidade, por 52,9% das mulheres, considerando esta dimensão como determinante na tomada de decisão face à parentalidade. Por fim, a esfera da saúde foi indicada como factor de adiamento da maternidade somente por 7,5% das mulheres da nossa amostra.

Assim, podemos concluir que a razão indicada pelo maior número de mulheres da nossa amostra como o principal motivo para o adiamento da maternidade foram as questões conjugais.

FIGURA 19: Gráfico das percentagens dos factores que motivaram o adiamento da maternidade nas primíparas tardias (N=72)



Assim encerramos o capítulo referente ao Método, passando de seguida para a apresentação dos Resultados que obtivemos.



## *RESULTADOS*

## RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os resultados que obtivemos através dos dois instrumentos de avaliação: Inventário de Personalidade NEO-PI-R e Questionário de Avaliação das Dimensões de Feminino e de Materno, com base na nossa amostra de primíparas tardias.

### Resultados obtidos através do Inventário de Personalidade NEO-PI-R

Apresentaremos os resultados que obtivemos na nossa investigação com base no procedimento de validação estatística anteriormente referido, onde foi utilizado o Teste “T-Student” (“One Sample t-test”) (Anexo I), permitindo comparar o valor médio dos resultados para cada um dos domínios e facetas na população de primíparas tardias, com os valores normativos para a população feminina portuguesa (Anexo H).

Sendo um dos objectivos da investigação o mapeamento da estrutura de personalidade da amostra de primíparas tardias, seguimos diferentes níveis de análise do material interpretativo fornecido pelo Inventário. Assim, numa perspectiva do geral para o particular, faremos uma descrição global da personalidade, através da análise dos cinco domínios, seguida de uma descrição mais pormenorizada, a partir das trinta facetas, e por último, faremos uma análise da informação cruzada de alguns domínios, que nos facultará uma perspectiva complementar dos planos afectivo e interpessoal, dos interesses vocacionais, dos padrões de actividade, do estudo das atitudes e das dimensões básicas do carácter.

Apresentaremos de seguida a tabela com os resultados obtidos nesta investigação, que nos guiarão na tentativa de traçarmos um esboço do perfil de personalidade para a população de primíparas tardias.

TABELA 6: Resumo dos resultados da análise estatística (Anexo I).

Escalas	Média	Desvio Padrão	V. Norm.	Valor p	Sig.
N – NEUROTICISMO	87,83	21,13	98,7	0,000	***
N1 – Ansiedade	18,89	5,07	20,3	0,021	**
N2 – Hostilidade	13,06	4,45	14,9	0,001	***
N3 – Depressão	14,40	5,39	16,9	0,000	***
N4 – Auto-Consciência	15,14	4,34	16,7	0,003	***
N5 – Impulsividade	15,39	4,24	15,8	0,414	NS
N6 – Vulnerabilidade	10,96	4,47	13,7	0,000	***
E – EXTROVERSÃO	113,44	16,99	103,3	0,000	***
E1 – Acolhimento Caloroso	23,39	3,72	21,8	0,001	***
E2 – Gregariedade	16,96	5,20	16,5	0,457	NS
E3 – Assertividade	15,24	4,25	13,2	0,000	***
E4 – Actividade	18,65	4,36	16,9	0,001	***
E5 – Procura de Excitação	16,97	4,21	16,6	0,456	NS
E6 – Emoções Positivas	22,24	4,80	18,1	0,000	***
O – ABERTURA À EXPERIÊNCIA	118,60	18,36	106,7	0,000	***
O1 – Fantasia	18,75	5,19	17,0	0,006	***
O2 – Estética	21,10	5,46	20,3	0,220	NS
O3 – Sentimentos	21,63	3,71	19,3	0,000	***
O4 – Acções	17,76	3,69	16,2	0,001	***
O5 – Ideias	19,19	5,85	16,3	0,000	***
O6 – Valores	20,17	3,26	17,5	0,000	***
A – AMABILIDADE	123,38	16,95	121,8	0,433	NS
A1 – Confiança	19,35	4,89	18,5	0,146	NS
A2 – Rectidão	20,18	3,94	19,5	0,147	NS
A3 – Altruísmo	23,49	3,53	22,3	0,006	***
A4 – Complacência	18,47	4,52	19,3	0,125	NS
A5 – Humildade	19,75	4,50	20,5	0,162	NS
A6 – Sensibilidade	22,14	2,97	21,5	0,072	NS
C – CONSCIENCIOSIDADE	128,81	20,71	120,0	0,001	***
C1 – Competência	22,39	3,86	19,7	0,000	***
C2 – Ordem	21,04	5,89	19,4	0,021	**
C3 – Dever	24,10	3,65	23,2	0,040	*
C4 – Realização	21,42	4,41	19,7	0,001	***
C5 – Auto-Disciplina	20,82	4,80	19,2	0,006	***
C6 – Deliberação	19,04	5,56	18,4	0,331	NS

Níveis de Significância Estatística:

- $p \leq 0,01$  - Diferenças estatisticamente muito significativas (\*\*\*);  
 $0,01 < p \leq 0,05$  - Diferenças estatisticamente significativas (\*\*);  
 $0,05 < p \leq 0,1$  - Diferenças estatisticamente pouco significativas (\*);  
 $p > 0,1$  - Diferenças estatisticamente não significativas (NS)

### O Primeiro Nível de Análise: Os Domínios

Podemos constatar que os valores dos cinco domínios encontram-se um pouco afastados do valor mediano da escala (120), principalmente os domínios do *Neuroticismo* (87,83), da *Extroversão* (113,44) e da *Conscienciosidade* (128,81), enquanto que os domínios da *Abertura à Experiência* (118,60) e da *Amabilidade* (123,38) estão mais próximos deste, apresentando o *Neuroticismo* o valor mais baixo e a *Conscienciosidade* o valor mais alto.

Verificamos também que o perfil de personalidade das primíparas tardias da nossa investigação é diferente do perfil de personalidade da população feminina portuguesa, na medida em que, dos cinco domínios que constituem o NEO-PI-R, todos eles, excepto a *Amabilidade* ( $p = 0,433$ ), revelaram uma diferença estatisticamente significativa - *Neuroticismo* ( $p = 0,000$ ); *Extroversão* ( $p = 0,000$ ); *Abertura à Experiência* ( $p = 0,000$ ) e *Conscienciosidade* ( $p = 0,001$ ).

No domínio do *Neuroticismo* (N), a média da amostra revela uma diferença estatisticamente muito significativa quando comparada com a média populacional. Observamos que o nível de Neuroticismo é realmente inferior ao valor normativo, o que nos leva a afirmar que a nossa amostra revela-se muito menos neurótica que a população feminina portuguesa em geral.

No domínio da *Extroversão* (E) verifica-se uma diferença estatisticamente muito significativa em relação à população normativa. Assim, podemos referir que as primíparas tardias são mais extrovertidas, revelam uma grande capacidade em exprimir alegria, têm uma maior quantidade e intensidade de relações interpessoais, um grande nível de actividade e uma grande necessidade de estimulação em comparação com a população feminina portuguesa em geral.

Em relação ao domínio da *Abertura à Experiência* (O) existem também diferenças estatisticamente muito significativas em relação à população normativa. Assim, afirmamos que estas mulheres são mais imaginativas, têm uma sensibilidade estética mais apurada, uma maior amplitudes dos sentimentos, uma maior abertura e flexibilidade intelectual e um juízo mais liberal do que a população feminina portuguesa.

Por fim, no domínio da *Conscienciosidade* (C) também existem diferenças estatisticamente muito significativas em relação à população normativa. As

primíparas tardias são mais organizadas, persistentes e com um nível de motivação superior à população feminina portuguesa em geral.

Para uma análise mais específica dos resultados que obtivemos, entraremos num segundo nível de aprofundamento da interpretação dos resultados do NEO-PI-R, que se centrará na análise dos valores encontrados nas facetas que constituem cada um dos domínios deste Inventário.

### *O Segundo Nível de Análise: As Facetas*









Costa e McCrae referem que este nível de análise é fundamental, na medida em que permite a exploração dos traços de nível inferior, os quais fornecem uma base conceptual para os cinco factores e porque representam diferenças individuais importantes.

No quadro seguinte, faremos uma análise por facetas, com base nos diferentes níveis de significância estatística, permitindo o desenho de um perfil mais pormenorizado da primípara tardia.

TABELA 7: Resumo dos níveis de significância estatística e características da primípara tardia.

<i>Facetas</i>	<i>Nível de Significância</i>	<i>Caracterização</i>
<b>Neuroticismo (N)</b>	$p = 0,000$ *** ↓	Calma, segura, confiante, estável, positiva, amigável, competente e resistente emocionalmente.
<b>Ansiedade (N1)</b>	$p = 0,021$ ** ↓	Calma, relaxada, estável, pouco medrosa e optimista.
<b>Hostilidade (N2)</b>	$p = 0,001$ *** ↓	Amigável, com um temperamento moderado e que dificilmente se ofende ou zanga.
<b>Depressão (N3)</b>	$p = 0,000$ *** ↓	Confiante, raramente experiencia sensações como a tristeza, desesperança, melancolia, solidão, desespero e culpabilidade.
<b>Auto-Consciência (N4)</b>	$p = 0,003$ *** ↓	Sente-se à vontade em situações sociais, manifesta uma maior segurança e comportamentos socialmente adequados.
<b>Impulsividade (N5)</b>	$p = 0,414$ NS ↔	Capacidade de controlar e resistir às tentações.
<b>Vulnerabilidade (N6)</b>	$p = 0,000$ *** ↓	Competente, resistente, mostra-se com uma maior capacidade em lidar com situações difíceis.

<i>Facetas</i>	<i>Nível de Significância</i>	<i>Caracterização</i>
<b>Extroversão (E)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Sente-se bem consigo própria, amigável, afectuosa, alegre, divertida e com tendência a experienciar emoções positivas, com força de vontade, dominante, energética e com uma grande necessidade de se ocupar.
<b>Acolhimento Caloroso (E1)</b>	$p = 0,001$ *** ↑	Amigável, conversadora, afectuosa, gosta verdadeiramente dos outros e estabelece com eles laços estreitos.
<b>Gregariedade (E2)</b>	$p = 0,457$ NS ↔	Sociável, gosta de conviver, tem amigos e procura contacto social.
<b>Assertividade (E3)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Dominante, revela ter ascendência social, força de vontade, confiante e decidida, assume com facilidade posições de líderes de opinião.
<b>Actividade (E4)</b>	$p = 0,001$ *** ↑	Enérgica e necessita de estar ocupada.
<b>Procura de Excitação (E5)</b>	$p = 0,456$ NS ↔	Gosta da novidade, mas não procura estimulações fortes, nem corre riscos.
<b>Emoções Positivas (E6)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Alegre, divertida, espirituosa, com tendência a experimentar emoções positivas, tais como a alegria, a felicidade e o amor.
<b>Abertura à Experiência (O)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Procura de uma forma proactiva e aprecia a experiência por si própria, tolerante e gosta de explorar o não-familiar.
<b>Fantasia (O1)</b>	$p = 0,006$ *** ↑	Imaginativa, com capacidade de fantasiar e elaborar essa fantasia.
<b>Estética (O2)</b>	$p = 0,220$ NS ↔	Sensibilidade estética e aprecia a beleza e a arte.
<b>Sentimentos (O3)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Sensível, empática, valoriza os seus próprios sentimentos e tem a capacidade de responder emocionalmente às situações.
<b>Acções (O4)</b>	$p = 0,001$ *** ↑	Procura a novidade e a variedade dum forma reflectida.
<b>Ideias (O5)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Curiosidade intelectual superior, aprecia argumentos filosóficos e resolução de quebra-cabeças.
<b>Valores (O6)</b>	$p = 0,000$ *** ↑	Tolerante, não conformista, com um espírito aberto e com “horizontes largos”.
<b>Amabilidade (A)</b>	$p = 0,433$ NS ↔	Amável, altruísta e preocupada com os outros.
<b>Confiança (A1)</b>	$p = 0,146$ NS ↔	Confia nos outros, considerando-os honestos e bem intencionados.
<b>Rectidão (A2)</b>	$p = 0,147$ NS ↔	Franqueza, frontalidade, sinceridade e ingenuidade no lidar com os outros.
<b>Altruísmo (A3)</b>	$p = 0,006$ *** ↑	Preocupação activa pelos outros, generosa, noção do auto-sacrifício, interesse social e vontade de ajudar.
<b>Complacência (A4)</b>	$p = 0,125$ NS ↔	Contestatória e competitiva.
<b>Humildade (A5)</b>	$p = 0,162$ NS ↔	Visão exaltada de si própria e com tendências narcisistas.

<i>Facetas</i>	<i>Nível de Significância</i>	<i>Caracterização</i>
<b>Sensibilidade (A6)</b>	$p = 0,072$ NS 	Sensível, deixando-se guiar pelos seus sentimentos, quando avalia os outros.
<b>Conscienciosidade (C)</b>	$p = 0,001$ *** 	Conscienciosa, força de vontade, determinada, escrupulosa, pontual, organizada, trabalhadora, auto-disciplinada, ambiciosa, perseverante e de confiança.
<b>Competência (C1)</b>	$p = 0,000$ *** 	Preparada e capaz de lidar com a vida.
<b>Ordem (C2)</b>	$p = 0,021$ ** 	Tendência para manter e preservar o meio que a rodeia limpo e bem organizado.
<b>Obediência ao Dever (C3)</b>	$p = 0,04$ ** 	Adere aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais.
<b>Esforço de Realização (C4)</b>	$p = 0,001$ *** 	Diligentes, com objectivos e um sentido para a vida, níveis de realização elevados e muito motivada a atingi-los, investe muito na sua carreira.
<b>Auto-Disciplina (C5).</b>	$p = 0,006$ *** 	Boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo.
<b>Deliberação (C6)</b>	$p = 0,331$ NS 	Capacidade de deliberação, isto é, pensa com cautela, planifica e pondera antes de agir.

Após termos analisado todos os domínios e facetas do NEO-PI-R, iremos de seguida para o terceiro e último nível de análise e interpretação dos resultados fornecidos pelo Inventário da Personalidade NEO-PI-R.

### *O Terceiro Nível de Análise: Bidimensional*

Os autores (Costa & McCrae, 1980; McCrae & Costa, 1989; cit. Lima, 1997) descrevem ainda uma outra estratégia complementar de interpretação dos dados obtidos, que consiste em agrupar pares de domínios, num plano bidimensional, que correspondem na maioria dos casos a áreas particulares da vida. As combinações bidimensionais que mais têm sido estudadas, são os planos afectivo e interpessoal, os interesses vocacionais, os padrões de actividade, o estudo das atitudes e dimensões básicas do carácter.

#### *Plano Afectivo*

Com base numa reflexão conjunta dos domínios do *Neuroticismo (N)* e *Extroversão (E)* podemos encontrar os estilos emocionais básicos dos sujeitos.

Desta forma, verificamos um perfil de menor *Neuroticismo* e de maior *Extroversão*, distinguindo-se da população feminina portuguesa. Podemos assim

também afirmar que na esfera emocional, esta mulher caracteriza-se por ser calma, segura, confiante, decidida, estável, optimista, competente, resiliente, amigável e afectuosa. É dominante, energética e com uma grande necessidade em estar ocupada.

De uma forma geral, os afectos a partir destas duas dimensões de *Neuroticismo* e de *Extroversão* mostram estar em plena sintonia com um bem-estar subjectivo.

#### *Plano Interpessoal*

Para a compreensão deste plano, consideramos os domínios da *Extroversão (E)* e da *Amabilidade (A)*. Ao cruzarmos estes dois domínios, constatamos que, na relação com os outros, esta mulher é amigável e afectuosa, com capacidade de estabelecer laços estreitos, mostra-se altruísta, generosa e preocupada com os outros e sente-se bem na relação interpessoal, manifestando ascendência social.

#### *Interesses Vocacionais*

Os Interesses Vocacionais surgem da relação entre os domínios da *Abertura à Experiência (O)* e da *Extroversão (E)*.

Relativamente à esfera profissional, revela-se imaginativa, intelectualmente curiosa, não conformista, tolerante, apresenta um “espírito aberto” e uma “visão alargada da realidade”.

#### *Padrões de Actividade*

Os Padrões de Actividade são reflectidos pelos domínios de *Extroversão (E)* e da *Conscienciosidade (C)*.

Na actual amostra, este padrão caracteriza-a como sendo energética e dominante, organizada, por seguir os seus princípios éticos e morais, pela motivação que sente em atingir os seus objectivos e força de vontade. Apresenta níveis de realização elevados, mostrando-se bastante exigente consigo própria, aparentando ser uma mulher com um alto nível de eficácia nas tarefas a que se propõe.

#### *Estudo das Atitudes*

As Atitudes traduzem-se pela junção dos domínios da *Abertura à Experiência (O)* e da *Amabilidade (A)*.

Desta análise, podemos atribuir a esta mulher, um conjunto de características tais como, imaginação, capacidade de fantasiar e curiosidade intelectual. É ainda sensível, emocional, empática, tolerante, inconformada e com um “espírito aberto”.

#### *Dimensões Básicas do Carácter*

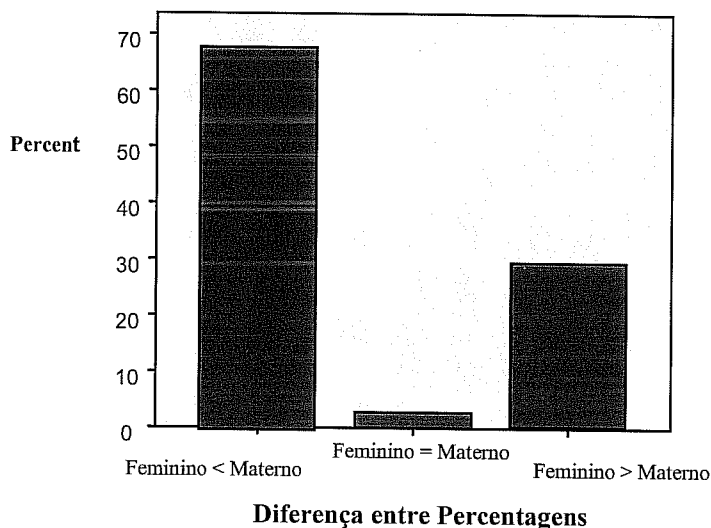
Finalizando este nível de análise, e numa forma geral, a análise dos resultados que obtivemos a partir do NEO-PI-R, iremos concentrar-nos naquilo que os autores consideram como sendo as Dimensões Básicas do Carácter - a bidimensionalidade *Amabilidade-Conscienciosidade*.

Com esta reflexão constatamos, que a primípara tardia é competente, motivada e organizada. Apresenta níveis de auto-realização elevados, é resiliente, preocupada com os outros e sente-se bem na relação com os outros.

#### Resultados obtidos através do Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno

Dos dados extraídos do Questionário de Avaliação das Dimensões de Feminino e de Materno, no que diz respeito ao Feminino, aferimos que a média percentual da nossa amostra se situa nos 45,97% (DS=9,5), apresentando-se distribuída entre os limites, mínimo e máximo, de 22,81% e 74,55%, respectivamente. Em relação ao Materno, a média percentual da nossa amostra situa-se nos 54,03% (DS=9,5), estando distribuída entre os limites, mínimo e máximo, de 25,45% e 77,19%, respectivamente (Anexo J).

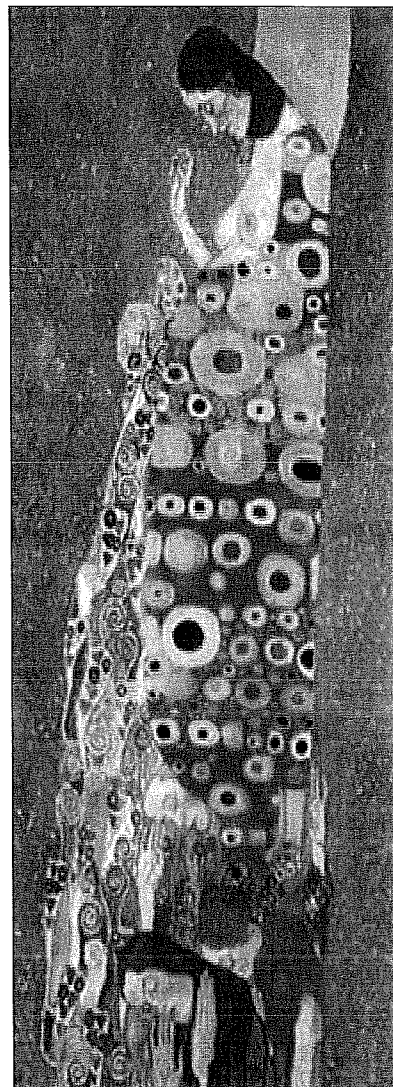
FIGURA 20: Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno nas primíparas tardias (N=72)



Como podemos observar no gráfico, 68,1% das mulheres responderam a mais itens B (materno) do que A (feminino), 2,8% das mulheres responderam A (feminino) e B (materno) equitativamente, e por fim, 29,2% das mulheres respondeu a mais itens A (feminino) do que B (materno).

A análise das diferenças entre as dimensões de Feminino e de Materno revelou que as primíparas tardias são significativamente mais maternas do que femininas ( $t(71) = -3.589; p=0.001$ ) (Anexo J).

Depois de esboçado o perfil global e pormenorizado da personalidade da primípara tardia e de apresentados os resultados, passaremos de seguida a uma análise mais aprofundada, através da Discussão, que nos permitirá a sua melhor compreensão.



*DISCUSSÃO*

## DISCUSSÃO

Propusemo-nos iniciar esta investigação com base nos seguintes objectivos: a caracterização do Perfil de Personalidade das Primíparas Tardias e a procura das diferenças entre as suas Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno.

Ao nível da discussão dos resultados, primeiramente, apresentaremos as diferenças estatisticamente significativas encontradas por domínios e respectivas facetas. De seguida a análise comparada de diferentes pares de factores: 1) Neuroticismo e Extroversão (Plano Afectivo); 2) Extroversão e Amabilidade (Plano Interpessoal); 3) Abertura à Experiência e Extroversão (Interesses Vocacionais); 4) Extroversão e Conscienciosidade (Planos de Actividade); 5) Abertura à Experiência e Amabilidade (Estudo das Atitudes) e 6) Amabilidade e Conscienciosidade (Dimensões Básicas do Carácter). Num terceiro momento, desenharemos o perfil factorial da personalidade das primíparas tardias que constituíram a nossa amostra de forma holística e integral. Num quarto e último momento, discutir-se-ão as Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno das Primíparas Tardias.

## Leitura por Domínios e Facetas dos Traços de Personalidade

Ao nível do domínio do *Neuroticismo*, e com base nos resultados, confirma-se que estas mulheres são pouco neuróticas, pouco ansiosas, calmas, seguras, confiantes, estáveis e numa forma geral mais resilientes e mais adaptadas emocionalmente. Nesta dimensão encontrámos diferenças significativas, com valores inferiores à média normativa nas facetas *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Depressão*, *Auto-Consciência* e *Vulnerabilidade*.

Desta forma, podemos constatar que no domínio do *Neuroticismo* e especificamente da faceta da *Ansiedade*, obtivemos resultados significativamente abaixo dos valores normativos. Com isto, observamos que estas mulheres são menos neuróticas e menos ansiosas do que a população feminina portuguesa.

Do ponto de vista da literatura, Leal e Correia (1990), de encontro com os resultados que obtivemos, afirmam que as primíparas tardias são mais seguras, confiantes, com maior disponibilidade psicológica, com menos ansiedade e

problemáticas relacionais e com um maior envolvimento emocional com o bebé, o que nos permite afirmar que são mulheres mais seguras e melhor adaptadas emocionalmente. Antunes et al (1999) acrescentam, corroborando os nossos resultados, que são mulheres menos ansiosas e mais confiantes em relação à medicina e aos seus progressos, o que lhes permite vivenciar a gravidez e a maternidade com serenidade.

Também em consonância com o nosso estudo, estão os resultados encontrados pelos autores Kuchner e Porcino (1988) referindo Daniels e Weingarten (1982), Frankel e Wise (1982) e Walters (1986), que afirmam que em termos de auto-conceito, estas mulheres trazem a esta experiência um sentimento seguro das suas competências e capacidades, interesses e necessidades emocionais.

Nesta linha de pensamento, também os autores Costa (2003), Wilk (1986) e Walters (1986) (cit. Kuchner & Porcino, 1988), confirmam os nossos resultados, afirmando que esta mulher sente-se preparada para conciliar a sua realidade materna com a sua vida profissional, social e familiar, manifestando uma grande satisfação com a maternidade, o que reflecte um elevado bem-estar e uma grande capacidade de adaptação emocional.

No domínio da *Extroversão*, constatamos que estas mulheres são mais extrovertidas do que a população feminina portuguesa. Ao nível da faceta *Acolhimento Caloroso*, são afectuosas, amigáveis e contentoras; da faceta *Emoções Positivas* experienciam tendencialmente emoções positivas; e da faceta *Assertividade* são mulheres dominantes, auto-confiantes e decididas.

Também ao contemplarmos o domínio da *Amabilidade*, especificamente a faceta do *Altruísmo*, corroboramos a nossa afirmação anterior, confirmando que estas mulheres são altruístas e preocupam-se com os outros.

Desta forma afirmamos terem traços na sua personalidade que se compadecem com a elaboração e vivência plenas da maternidade.

No que toca aos afectos, ao nível da caracterização da amostra, em específico das variáveis demográficas *Conjugalidade* e *Estado Civil* das primíparas tardias, observamos que são na sua maioria casadas (65,3%) ou estão em união de facto (30,6%). Em complementaridade, confirmamos que a maior parte das suas gravidezes foram planeadas (77,8%) e desejadas (95,8%). A maioria destas mulheres realizaram 6 a 10 consultas de vigilância da gravidez (63,6%).

Estes resultados são confirmados pela literatura, onde Costa (2003) nos refere que ter um filho depois dos 35 anos parece ser o fruto de uma decisão planeada e desejada, no seio de um contexto de novas experiências familiares.

No que diz respeito às razões que motivaram estas mulheres a adiar a maternidade, observamos que, ao nível da nossa amostra, o factor de maior peso neste adiamento associa-se à *conjugalidade*, isto é, a espera de uma relação estável, onde o eco da parentalidade faça sentido e seja vivida na sua plenitude, parece ser o motivo mais apontado por estas mulheres. De seguida foi apontada a dimensão profissional, depois a motivacional, as razões económicas e por fim a saúde.

A literatura reforça os nossos resultados, quando refere, como motivos para o adiamento da maternidade, a opção por uma maior e melhor educação, a progressão na carreira, casamentos tardios ou segundo casamentos, o elevado custo de vida e o estabelecimento financeiro (Schart, 2005; Keith et al, 2002), a perda de vida pessoal, do tempo exclusivo de casal, a influência no estilo de vida e nos relacionamentos (Fabe & Wikler, 1974; Rubin, 1980; Potts, 1980; Wilk, 1986; cit. Kuchner & Porcino, 1988), a oportunidade de contactar com o resto do mundo, ter experiências novas e a necessidade de atingir a maturidade sexual (Walters, 1986; Wilk, 1986; Potts, 1980; Daniels & Weingarten, 1982; Frankel & Wise, 1982; cit. Kuchner & Porcino, 1988), abortos espontâneos e problemas de infertilidade (Danforth & Scott, 1986; McCarthy, 1987; cit. Kuchner & Porcino, 1988).

Estes últimos motivos, não vão ao encontro dos nossos resultados, na medida em que a nossa amostra apresenta, ao nível da variável tempo para engravidar, uma maioria de casais (70,8%) que esteve menos de um ano a tentar engravidar e 84,7% que não necessitaram de recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistida.

Continuando a análise, as facetas de *Assertividade* e de *Actividade*, também estão ligadas à dimensão profissional destas mulheres, mostrando serem energéticas, dominantes, auto-confiantes, seguras, decididas, motivadas, com força de vontade e que necessitam de estar ocupadas.

Com base na literatura, Costa (2003) refere que a primípara tardia sente-se mais preparada para conciliar a sua realidade materna com a sua vida profissional, social e familiar. Esta consideração também vai ao encontro dos nossos resultados, que mostram que estas mulheres antecipam e reajustam os seus papéis femininos e maternos e investem-nos numa forma conjunta e aparentemente equilibrada, na medida em que expressam um notório bem-estar consigo próprias e com a sua vida.

Acrescentamos ainda os resultados a que chegámos ao nível da faceta das *Emoções Positivas*, que demonstram que estas mulheres conciliam as emoções positivas com todas as dimensões da sua vida.

O domínio da *Extroversão* é também o reflexo da natureza das relações interpessoais. Ao complementar as facetas *Acolhimento Caloroso*, *Actividade* e *Emoções Positivas*, podemos concluir que estas mulheres são amigáveis, afectuosas, alegres, divertidas, gostam dos outros, estabelecendo com estes laços estreitos e necessitam de estar ocupadas, mostrando que têm relações interpessoais muito ricas e variadas. Estas considerações, confirmam o que referimos anteriormente, no que diz respeito à perda da vida pessoal, do tempo exclusivo de casal, da influência no seu estilo de vida e nos relacionamentos, e aparecerem como primeiros factores para adiar a maternidade, pressupondo a forte existência de uma componente social e interpessoal nas vidas destas mulheres.

Por outro lado, a *Extroversão*, no entendimento dos autores deste instrumento, é a dimensão da personalidade que tem uma estreita relação com a feminilidade e a masculinidade. A feminilidade surge mais associada a facetas emocionais, vinculativas e afiliativas (*Acolhimento Caloroso*, *Gregariedade* e *Emoções Positivas*), enquanto que a masculinidade se revela mais ligada às facetas dominantes e activas (*Assertividade*, *Actividade* e *Procura de Excitação*).

Tendo em consideração a nossa amostra, esboça-se a imagem de uma mulher afectuosa, que experiencia emoções positivas, dominante, auto-confiante, decidida, energética e com uma grande necessidade de estar ocupada. Desta forma, e segundo o NEO-PI-R, estas mulheres apresentam facetas marcadamente masculinas. Porém, os conceitos de masculino e de feminino que integram o NEO-PI-R, são consubstanciados nos estereótipos sociais, e importa-nos centrar esta questão em conceitos mais contemporâneos, recorrendo a Leal (2001) “Propomos que as características associadas à actividade e aos desempenhos, que traduzem na prática a capacidade de afirmação pessoal e social dos indivíduos, sejam consideradas como Femininas ou Masculinas (conforme o género) e que se considera, para ambos em termos de mais e menos, consoante essas características sejam mais marcadas ou estejam mais ausentes. (...) Uma mulher com grande capacidade de afirmação não deverá ser chamada de masculina, mas antes de muito feminina como os seus pares do sexo masculino”(p.71). Desta forma, esta capacidade de afirmação pessoal e

social, deverá ser denominada de feminina ou de masculina consoante o género a que pertence o indivíduo.

Assim as facetas da personalidade como a *Assertividade*, a *Actividade* e a *Procura de Excitação* serão encaradas como características da Dimensão de Feminino, enquanto que as facetas de *Acolhimento Caloroso*, *Emoções Positivas* e *Gregariedade* serão vistas como características da Dimensão de Materno. Com base nesta diferente e complementar visão, ao nível da personalidade, somente podemos afirmar que estas mulheres têm ambas as Dimensões de Feminino e de Materno investidas.

A corroborar a nossa opinião, Walters (1986), Wilk (1986) e Potts (1980) (cit. Kuchner & Porcino, 1988) afirmam que as mulheres com uma carreira e que decidiram tornar-se mães, sentiam-se confortáveis tanto ao nível da sua identidade feminina como materna.

Assim podemos compreender, que mulheres com estas características de personalidade relacionadas com as Dimensões de Feminino e de Materno pudessem talvez ser “tão femininas” para depois se tornarem numa forma mais consciente e consistente “tão maternas”!

No que respeita ao domínio *Abertura à Experiência*, as escalas que se situam numa posição superior em relação à população normativa - *Fantasia*, *Sentimentos*, *Ações*, *Ideias* e *Valores* - mostram-nos mulheres com imaginação e com grande capacidade para fantasiar, sensíveis e emocionais, que valorizam os seus próprios sentimentos e têm a capacidade de responder emocionalmente às situações. São empáticas, tolerantes e não conformistas em relação ao que é novo e diferente, têm um “espírito aberto” e um desapego no que concerne aos valores sociais, políticos e religiosos mais conservadores, têm uma grande abertura a experiências do foro cognitivo, apresentando uma grande curiosidade intelectual.

No domínio da *Amabilidade*, a única faceta que se destacou superior em relação à população normativa foi o *Altruísmo*. Da amostra de mulheres em estudo, afirmamos serem pessoas generosas, que manifestam uma preocupação activa pelos outros, têm a noção do auto-sacrifício e sentem um interesse social e vontade de ajudar. Por outro lado, a *Amabilidade*, em específico a faceta do *Altruísmo*, foi anteriormente destacada também para confirmar as competências maternas que afirmamos pertencerem a estas mulheres.

No domínio da *Conscienciosidade*, as mulheres da nossa amostra sentem-se capazes e competentes, são determinadas e decididas, disciplinadas, organizadas, ambiciosas, perseverantes, energéticas, apresentam níveis de realização elevados e são pessoas motivadas para atingirem os objectivos que traçam para as suas vidas. Confirma-se que são mulheres que estão orientadas para o sucesso a nível académico e profissional, mas também pessoal.

Estes resultados estão em consonância com a literatura, nomeadamente Antunes et al (1999) que referem que estas mulheres são bem sucedidas profissionalmente e têm uma vida familiar e social estabilizada. Com a mesma opinião surgem Kuchner e Porcino (1988) referindo Daniels e Weingarten (1982), Frankel e Wise (1982) e Walters (1986) que sugerem que estas mulheres veêm-se como pessoas confiantes, autónomas, independentes e orientadas para o sucesso.

Estes dados vão também ao encontro do que encontrámos ao nível da caracterização da amostra. Na medida em que para além de esta ser constituída por uma grande amplitude de categorias de *Habilitações Literárias*, desde a 4ª classe (2,9%), 9º ano (5,7%), 12º ano (22,9%), bacharelato (7,1%), licenciatura (47,1%), pós-graduação e mestrado (5,7%) e doutoramento (2,9%), podemos também afirmar que é predominantemente diferenciada. Em relação ao *Nível Sócio-Económico*, observámos que o mais predominante é o elevado (47,1%), seguido do médio (33,8%) e por fim, o baixo (19,1%).

No que diz respeito a estas variáveis demográficas, a literatura, nomeadamente Costa (2003) divide a fecundidade tardia em duas constelações: mulheres mais instruídas e qualificadas (que gozam de uma determinada autonomia a nível profissional) e mulheres menos instruídas e qualificadas. O primeiro grupo é aquele que melhor se identifica com a nossa amostra, na medida, em que esta é maioritariamente instruída e com qualificações elevadas e médias. Confirmando também os nossos resultados, Leal e Correia (1990) descrevem estas mulheres como mais cultas, mais informadas e com mais disponibilidade económica, profissional e conjugal, o que concorre para uma escolha ponderada do adiamento da maternidade. As autoras referem ainda, citando Halfen e Kizer (1973), que a primiparidade tardia na actualidade é, em praticamente todo o mundo, função do nível de diferenciação socio-económica das mulheres, das regiões e mesmo dos países.

As referidas autoras reforçam ainda que muitas mulheres têm que preterir, optar, adiar, diferir projectos tais como a maternidade, para o momento em que se sentem

com uma maior disponibilidade psicológica e emocional para serem mães, permitindo assim a construção do projecto de maternidade e uma possível relação de vinculação mãe-bebé saudável e com qualidade. Na mesma linha de orientação, Costa (2003) acrescenta que estas mães geram filhos da “maturidade”, mas “a seu tempo”, construindo o seu próprio “relógio familiar”. Filhos da “maturidade”, que numa fase “madura” das suas vidas, libertas de constrangimentos de ordem educacional e/ou profissional, empreendem as suas próprias estratégias de fecundidade.

Em relação à faceta *Deliberação*, que nos fala da capacidade de deliberação, de planificação e ponderação antes de agir, mostra-se de acordo com os valores normativos, revelando que estas mulheres não são pessoas que ponderam mais e melhor a sua vida, e especificamente o seu projecto de maternidade. Fazem-no de uma forma natural e espontânea com base no seu bem-estar subjectivo.

Daqui podemos concluir, que são conscientes e ponderadas, à luz da opinião de Leal e Correia (1990) quando afirmam que as mulheres que adiam a maternidade para mais tarde, não são inconscientes ou que arriscam mais, mas sim, que compreendem numa forma reflectida, consciente e madura que a tecnologia médica existe para servir e ajudar as pessoas e para dar alguma confiança em termos de diagnóstico precoce.

### Os Domínios Comparados dos Traços de Personalidade

Com o objectivo de detalhar este perfil de personalidade, iremos de seguida passar à análise comparada de pares de domínios. Para tal efectuaremos a justaposição e análise de seis pares de domínios: 1) Plano Afectivo (Neuroticismo e Extroversão); 2) Plano Interpessoal (Extroversão e Amabilidade); 3) Interesses Vocacionais (Abertura à Experiência e Extroversão); 4) Plano de Actividade (Extroversão e Conscienciosidade); 5) Estudo das Atitudes (Abertura à Experiência e Amabilidade) e 6) Dimensões Básicas do Carácter (Amabilidade e Conscienciosidade) (Costa & McCrae, 1980; McCrae & Costa, 1989; cit. Lima, 1997).

*Plano Afectivo*

Vimos que a primípara tardia aparenta ser calma, relaxada e com humor constante. É amigável e afectuosa, com um temperamento estável e moderado, que tendencialmente não se ofende ou se zanga e que raramente experimenta a tristeza, a melancolia, a solidão, o desespero e a culpabilidade. É uma mulher segura, confiante, decidida e optimista, manifestando uma boa adaptação e um bem-estar subjectivo.

A análise da dimensão afectiva tem como base a reflexão que articula os domínios de *Neuroticismo* e de *Extroversão*. Como referimos anteriormente, a amostra apresenta um perfil de menor *Neuroticismo* e de maior *Extroversão*, indicando uma dimensão afectiva claramente vocacionada para a exteriorização, isto é, estas mulheres apresentam uma dinâmica afectiva que podemos descrever como de “dentro para fora”.

Com base na literatura, segundo os autores do Inventário Costa e McCrae (cit. Lima, 1997, p.218), os sujeitos mais felizes apresentam o factor *Extroversão* mais elevado e, contrariamente, o factor *Neuroticismo* baixo. A inversão deste padrão (elevado *Neuroticismo* e baixa *Extroversão*) está frequentemente associada à psicopatologia depressiva, como é o caso dos sujeitos deprimidos. Assim podemos afirmar que as primíparas tardias não apresentam indicadores de psicopatologia, pelo contrário, manifestam um evidente elevado nível de adaptabilidade e bem-estar subjectivo.

Em relação à qualidade dos afectos, observamos que o afecto que mais se destaca do perfil destas mulheres é caracteristicamente positivo, não apelando a qualquer traço depressivo ou afectividade negativa. São mulheres alegres, divertidas, espirituosas, afectuosas, extrovertidas, sociáveis, conversadoras, optimistas, que sentem tendencialmente emoções positivas, como a alegria, a felicidade e o amor. São activas, energéticas, sentem uma grande necessidade em estar ocupadas, são detentoras de boas competências sociais, manifestando à vontade e segurança nessas situações. São também pessoas dominantes, assertivas, decididas, com força de vontade, revelando uma grande ascendência social, não tendo qualquer dificuldade em assumir posições de líderes, onde manifestam a sua necessidade de exteriorização (projectão de ideias e de afectos).

Perante uma situação de crise, revelam-se competentes, resistentes e pouco vulneráveis, com o que podemos concluir que reúnem competências de “coping” que lhes permitem lidar de modo adequado às situações difíceis.

Concluindo, desenha-se um plano afectivo com a exteriorização dos conteúdos afectivos que têm por base afectos positivos. Assim, afirmamos que estas mulheres sentem-se bem consigo próprias na sua condição feminina, gostam e vivem a sua vida numa forma activa, exteriorizam os afectos e posicionam-se preferencialmente no plano social.

### *Plano Interpessoal*

Neste plano, interessa compreender a relação entre os domínios da *Extroversão* e da *Amabilidade*, os quais permitem clarificar os contornos das relações interpessoais. Assim, constatamos que são amigáveis, afectuosas, sentem-se bem nas relações interpessoais, manifestando a capacidade de estabelecer laços estreitos. São também altruístas e preocupadas com os outros.

Ao nível deste plano, a personalidade das primíparas tardias manifesta um espaço para o outro e para a relação com este, revestida de extrema importância. Não somente no que se refere à manifestação das competências sociais (*Extroversão*), mas também dando ênfase à dinâmica relacional, demonstrando competências para “estar nessa relação com o outro” (*Acolhimento Caloroso*). Para além de se sentirem bem na relação interpessoal, são também altruístas, generosas e preocupadas com os outros.

### *Interesses Vocacionais*

Os *Interesses Vocacionais* demonstram a relação entre os domínios da *Abertura à Experiência* e da *Extroversão*. Quanto aos *Interesses Vocacionais* revelam-se amigáveis, afectuosas, definindo relações com laços estreitos. São imaginativas, intelectualmente curiosas, tolerantes, não conformistas, apresentam um “espírito aberto” e uma “visão alargada da realidade”. Desta forma, podemos afirmar, que ao nível dos *Interesses Vocacionais*, a personalidade destas mulheres alia a imaginação

e o interesse intelectual numa relação com o outro, inculindo a sua esfera profissional e/ou vocacional de tolerância e “abertura de espírito”.

### *Padrões de Actividade*

Os *Padrões de Actividade* reflectem a relação entre as dimensões de *Extroversão* e de *Conscienciosidade*, os quais mostram que são energéticas, sociáveis, alegres, optimistas, que sentem uma grande necessidade em estar ocupadas, dominantes, exigentes e com força de vontade. Apresentam níveis de realização elevados, sendo pessoas motivadas para atingirem os seus objectivos. São organizadas, auto-disciplinadas, competentes, diligentes, aderem aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais, tornando-se mulheres muito responsáveis, com um nível de deliberação dentro dos parâmetros normativos. Possuem uma elevada tolerância à frustração, tornando-se resistentes aos factores de cansaço e desistência, apresentando níveis de eficácia muito elevados.

Perante esta energia, actividade, força de vontade e confiança, somos mais uma vez confrontados com a tendência para se virarem para o exterior, com optimismo e sociabilidade.

Relativamente aos Padrões de Actividade, observamos que são mulheres activas, energéticas, vivendo em constante actividade, onde o tempo é sempre preenchido na sua totalidade. Mais uma vez, registamos que o sentido desta actividade é projectada de “dentro para fora”, num registo interpessoal marcado, também ele, pela exteriorização das relações, afectos e comportamentos.

### *Estudo da Atitudes*

O *Estudo das Atitudes* traduz-se pela junção dos factores de *Abertura à Experiência* e da *Amabilidade*.

No plano da fantasia e dos sentimentos, são imaginativas e com grande capacidade em fantasiar. São sensíveis, empáticas, valorizam os seus próprios sentimentos e têm a capacidade de responder emocionalmente às situações. Procuram a novidade e a variedade de forma reflectida, optando pelo não familiar, sempre numa tentativa de experienciarem emoções novas e conhecerem novas realidades.

No campo intelectual, revelam uma curiosidade intelectual superior, apreciam argumentos filosóficos e resolução de passatempos cognitivos. Reequacionam os seus valores sociais, políticos e religiosos, tornando-se tolerantes e não-conformistas, o que confirma um perfil de personalidade nada conservador, mas sim flexível e com uma manifesta “abertura de espírito”.

No que toca à *Amabilidade*, revelam ser altruístas, generosas, manifestando interesse social e preocupação activa pelos outros, evidenciando vontade em ajudar.

Duma forma geral, as primíparas tardias em termos de atitudes são bastante flexíveis, com capacidade de se questionarem a si e aos seus valores.

### *Dimensões Básicas do Carácter*

As *Dimensões Básicas do Carácter* são uma expressão conjunta dos factores *Amabilidade* e *Conscienciosidade*.

A imagem da primípara tardia a este nível mostra-se competente, disciplinada, motivada, responsável e com boa capacidade para alcançar os seus objectivos. Revela-se uma pessoa altruísta e preocupada em ajudar os outros.

Assim, observamos que as *Dimensões Básicas do Carácter* destas mulheres, concretizam-se numa dinâmica expressiva que se manifesta em duas direcções: 1) no sentido do agir, que vai ao encontro dos *Padrões de Actividade*; e 2) no sentido do outro, que vai em direcção ao *Plano Interpessoal*. Ambas as direcções corroboram a noção de exteriorização que temos vindo recorrentemente a falar ao longo de toda a discussão.

### O Perfil de Personalidade: Leitura Conjunta dos Traços de Personalidade

Da leitura do perfil de personalidade das primíparas tardias, podemos observar que resulta um perfil polarizado, onde num lado existe um forte domínio de *Conscienciosidade* e, por outro, existe um ténue domínio de *Neuroticismo*. No entanto, este conjunto ao integrar todas as outras facetas, que também se manifestam com diferenças significativas, esboça um perfil de personalidade alicerçado numa matriz integrada e consistente.

Numa perspectiva global, podemos dizer que as primíparas tardias são mulheres pouco neuróticas, pouco ansiosas, calmas, relaxadas, seguras, auto-confiantes e otimistas. São amigáveis, têm um humor constante e um temperamento moderado. São pouco depressivas, alegres, divertidas e espirituosas. Tendencialmente experienciam emoções positivas, sentimentos de alegria, felicidade, amor e raramente sentimentos de tristeza, melancolia, solidão, desespero ou culpabilidade. São competentes, resistentes e com capacidade para lidar com situações difíceis nas suas vidas. Duma forma geral, revelam uma estabilidade emocional e um bem-estar subjectivo, estão bem adaptadas, gostam da sua vida e sentem-se satisfeitas consigo próprias. São também pessoas energéticas, que necessitam de estar ocupadas e que procuram a novidade e a variedade de forma reflectida. São empáticas, têm sensibilidade e valorizam os seus próprios sentimentos, respondendo emocionalmente às situações. São dotadas de uma boa auto-estima, são assertivas, dominantes, confiantes, decididas e com uma grande força de vontade. São tolerantes e inconformistas, com um “espírito aberto” e com “horizontes largos”. Assumem uma notável capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos, tomando facilmente posições de líderes de opinião, aderindo aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais.

No domínio relacional, manifestam-se as características da extroversão e sociabilidade. São amigáveis, afectuosas, têm prazer em estar com os outros e de estabelecer laços estreitos. São detentoras de uma genuína preocupação com os outros, mostrando um grande altruísmo. Analisam duma forma muito hábil o contexto onde se inserem e trazem consigo um conjunto de aptidões sociais, exibindo comportamentos ajustados a essa situação. Revelam uma grande segurança e confiança em situações sociais e relacionais, demonstrando ter ascendência social.

No domínio intelectual, demonstram curiosidade intelectual ao nível do argumento filosófico e da resolução de quebra-cabeças. Na esfera das ideias são mulheres com imaginação e com capacidade de fantasiar e de elaborar essa fantasia. São metódicas, organizadas, diligentes, têm objectivos e um sentido para a sua vida.

Ao nível profissional, revelam ter uma forte auto-disciplina, apresentam níveis de realização elevados, encontrando-se muito motivadas a atingi-los, o que as faz, por vezes, investirem excessivamente nas suas carreiras.

Este é o perfil integrado de personalidade das primíparas tardias do nosso estudo.

Finalizando este nível de discussão, acrescentamos que existem outras investigações que também contribuíram para o desenvolvimento da Saúde Reprodutora da Mulher, nomeadamente Botelho (2003), Cabral (2001) e Cabeças (2000), que mediram o perfil de personalidade das mulheres que sofreram um parto prematuro, das mulheres com história clínica de infertilidade e das mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez, respectivamente.

#### As Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno das Primíparas Tardias

A partir dos resultados ao nível das Dimensões Psicológicas de *Feminino* e de *Materno*, analisados através do Questionário da Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno, constatámos que as primíparas tardias são significativamente mais maternas do que femininas.

Estes resultados, confirmam também, algumas facetas do perfil da personalidade analisados através do NEO-PI-R, nomeadamente, conforme já escrevemos anteriormente, das facetas *Altruísmo*, *Conscienciosidade* e *Neuroticismo*, que atribuem a estas mulheres competências maternas e mostram a possibilidade de uma elaboração plena de um projecto de maternidade.

Os resultados que obtivemos no perfil de personalidade, mostram que têm ambas as Dimensões de Feminino e de Materno muito investidas, sendo esta afirmação reforçada pelos resultados que encontramos através do Questionário de Avaliação das Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno onde confirmámos que estas mulheres são significativamente mais maternas.

Desta forma, considerando que “já nos afastámos de um estereótipo de materno tecido num velho instinto materno ou numa disposição inata para o acontecimento” (Leal, 2001, p.67), passamos a compreender a mulher na sua afirmação e desenvolvimento da personalidade feminina em duas vertentes: numa dimensão do Feminino e numa dimensão do Materno.

Assim, podemos afirmar que o perfil de personalidade das primíparas tardias evidencia um grande investimento em ambas as dimensões de Feminino e de Materno. Porém, estas mulheres são significativamente mais Maternas do que Femininas, demonstrando uma atitude afectuosa, afiliativa, de protecção proactiva na

relação com o outro, o que lhes atribui competências maternas e as enquadra na vivência plena da sua maternidade.

Estes resultados vão ao encontro da literatura, e em consonância com Leal (2001), propoemos como ponto de partida a mulher vista na sua globalidade e mais especificamente, na sua dupla função de afirmação de uma identidade própria e de procriadora, onde consideramos as Dimensões Psicológicas de Feminino e de Materno. Conforme releva a autora “Uma das contradições que a Psicologia da Maternidade, intervindo de forma sistemática em contextos de gravidez, tem ajudado a desocultar é exactamente a que a mulher encerra, na sua dupla função de afirmação de uma identidade própria e de procriadora” (p.66).

Como descrevemos anteriormente, que o conceito de Feminino afirma o investimento no próprio indivíduo, no seu desenvolvimento e capacidade de afirmação pessoal e social, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na sua auto-imagem, no seu corpo e sexualidade, na gravidez (Leal, 2001).

O conceito de Materno releva o investimento em outros indivíduos, no seu desenvolvimento e realização a nível físico, social, emocional e afectivo, intelectual. A função materna como função de contenção, de capacidade de cuidar e de promover o desenvolvimento infantil, existindo em função das necessidades do outro (Leal, 2001).

As dimensões de Feminino e de Materno não são mutuamente exclusivas, isto é, uma mulher pode ser feminina e materna. Ou melhor, na vivência do ser mulher (feminino) poder-se-á enquadrar ou não, mais ou menos, o desejo de se ser mãe (materno). O ser mais ou menos feminina, ou mais ou menos materna, depende da estrutura da personalidade da mulher e das escolhas que faz durante a sua vida.

Os autores Matos, Leal e Ribeiro (2000) acrescentam que o Feminino e o Materno coexistem ao longo das fases de vida das mulheres, alternadamente dominantes um ao outro, mas tratando-se claramente de dois aspectos, factores ou traços distintos.

Antes de finalizarmos, reflectiremos ainda em torno de uma questão que considerámos ser de extrema importância para a compreensão do significado do perfil de personalidade das primíparas tardias: a incidência de psicopatologia e as noções de alto risco médico e psicológico associados à primiparidade tardia.

No que diz respeito à incidência de psicopatologia na população de primíparas tardias, com base nos resultados que obtivemos, não existem características no seu perfil de personalidade que nos façam corroborar essa hipótese. Contrariamente,

mostram-se mulheres muito saudáveis, bem adaptadas, muito femininas, mas significativamente mais maternas, revelando estabilidade emocional e um bem-estar subjectivo. São mulheres contemporâneas (Botelho, 2003) que se sentem bem consigo, com a sua vida e bem adaptadas à sociedade, manifestando a capacidade de a acompanhar.

Em termos de alto risco médico, a maioria das mulheres da nossa amostra (86,8%) evidenciou uma gravidez sem risco. Ao nível das complicações obstétricas, a maioria das mulheres (78,3%) não apresentou complicações, no entanto 21,7% manifestaram problemas obstétricos tais como: hemorragias, miomas, fungos, útero septado, baixo teor de líquido amniótico, hipertensão, batimentos cardíacos fetais acelerados, hidramnios, inflamações, incompatibilidade feto-pélvica, placenta prévia, diabetes gestacional e prematuridade. Nas mulheres que tiveram complicações, os internamentos durante a gravidez foram quase inexistentes (6,9%). Em termos de declínio da fertilidade e aumento de baixa concepção espontânea, ou aumento da infertilidade, a maioria dos casais (70,8%) não estiveram mais de um ano a tentar engravidar e somente uma pequena parte da amostra (15,3%) recorreu a técnicas de reprodução medicamente assistida. Ao nível de interrupções involuntárias da gravidez sofridas pelas mulheres da nossa amostra, a maioria (73,3%) sofreu um aborto espontâneo, 13,3% sofreram dois e 13,3% sofreram três. No que diz respeito ao tipo de parto, (o único factor de risco identificado na nossa amostra e que vai ao encontro da literatura), a maioria das mulheres da nossa amostra (62,8%) foi submetida a cesariana, enquanto que 25,6% tiveram um parto eutócico e 11,6% parto distócico.

A literatura conclui que a população das primíparas tardias parece estar associada ao alto risco médico, nomeadamente ao declínio da fertilidade e consequente aumento da infertilidade, aborto espontâneo, baixa concepção espontânea, gravidezes múltiplas, dificuldades no parto, maior risco de intervenção cirúrgica (cesariana), hipertensão, desenvolvimento de toxemia, placenta prévia, diabetes gestacional, aumento de alterações cardiovasculares, aumento de casos de apresentação não cefálica, hemorragias obstétricas e embolismo, diminuição das forças expulsivas, prematuridade e morte materna (Price, 1977; Iffly & Kaminetzky, 1981; cit. Kuchner & Porcino, 1988; Antunes et al, 1999; Bastos & Faria, 2003; Andrade, 2002; cit. Costa, 2003; Heffner, 2004; Schardt, 2005). Os resultados que obtivemos, à excepção do tipo de parto, não vão ao encontro da literatura, à excepção de Keith et

al (s.d.) que demonstraram que as capacidades obstétricas e neonatais das mães com mais de 40 anos são melhores do que das mães mais jovens (25 a 29 anos).

No entanto, os autores referem a importância da vigilância pré-natal e do aconselhamento genético (amniocentese), o que contribui para a baixa incidência de anomalias cromossômicas e fetais e de mortalidade neonatal. Podendo ser esta uma das explicações à não corroboração dos nossos resultados, pois a totalidade das mulheres da nossa amostra fez vigilância pré-natal.

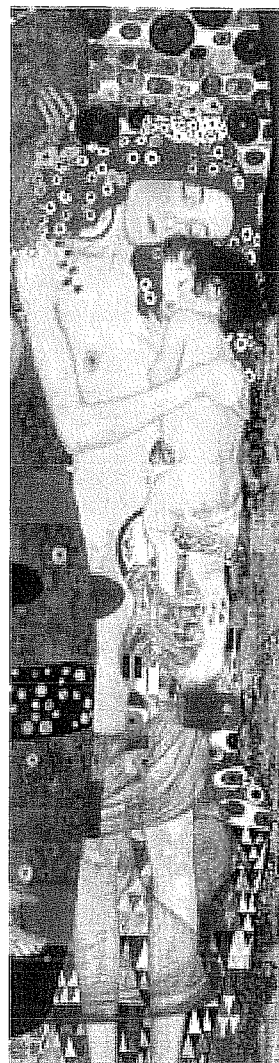
Ao nível do alto risco psicológico, as autoras Leal e Correia (1990) afirmam que o momento da maturidade física, no que concerne à maternidade, não coincide com o momento da maturidade psicológica, afectiva e social. Referem que ter um filho dentro do período considerado favorável do ponto de vista físico (20-28 anos) significa para muitas mulheres, preferir, optar, adiar, diferir projectos, o que se pode tornar complicado do ponto de vista psicológico. Ter um filho em momentos de baixa disponibilidade pode significar o comprometimento da relação de vinculação e do próprio projecto de maternidade.

Os nossos resultados estão em consonância com esta consideração, onde podemos afirmar que não existe alto risco psicológico, na medida em que estas mulheres, como vimos anteriormente, apresentam níveis de *Neuroticismo (Depressão e Ansiedade)* muito inferiores à população normativa, mostrando que são mulheres emocionalmente muito bem adaptadas.

Evidenciam também uma mulher que no momento em que decide tornar-se mãe, consegue adaptar e conciliar todas as dimensões da sua vida: familiar, social e profissional, mostrando ser uma mulher saudável, equilibrada emocionalmente, adaptada, que detém competências maternas e que projecta de uma forma consciente e consistente a sua maternidade.

Para finalizar esta discussão, relembremos as *Dimensões Básicas do Carácter* constatando que revelam uma dinâmica expressiva que se manifesta em duas direcções: 1) no sentido do agir, que vai ao encontro dos *Padrões de Actividade*, confirmando uma marcada dimensão *Feminina* e 2) no sentido do outro, que vai em direcção ao *Plano Interpessoal*, afirmando uma mais significativa dimensão *Materna*.

À luz dos resultados obtidos, afirmamos a inexistência de alto risco psicológico nas primíparas tardias.



*CONCLUSÕES*

## CONCLUSÕES

O momento de finalizar é sempre um momento precioso para reflectir sobre toda a investigação, o seu processo, os seus resultados, as suas limitações e suscitarmos a curiosidade e o interesse para se continuar a investigar nesta área, com o objectivo de uma mais específica e adequada intervenção na prática clínica, contribuindo assim para a evolução da Psicologia da Saúde da Mulher.

Dos resultados, desenha-se um perfil de personalidade que caracteriza as primíparas tardias como pouco neuróticas, calmas, seguras, confiantes, estáveis, optimistas e resilientes. Ao nível interpessoal, são amigáveis, afectuosas, extrovertidas, alegres, tolerantes, altruístas e bem-adaptadas do ponto de vista social onde mantêm relações interpessoais em quantidade e em intensidade. Em termos profissionais, são competentes, dominantes, que investem na sua trajectória educativa e profissional e na sua independência financeira, são energéticas, com força de vontade e com grande necessidade de se ocupar. Ao nível pessoal mostram ser imaginativas, sensíveis, emocionais, empáticas, tolerantes, inconformistas, de espírito aberto e com curiosidade intelectual. São ainda mulheres que aguardam que a sua trajectória de vida pessoal, social e profissional lhes permita, ao adiarem a maternidade, tornarem-se confiantes, seguras e maduras o suficiente, para concretizarem um projecto de maternidade consistente, desejado e planeado, logo mais investido.

Em termos globais, a avaliação e análise do perfil de personalidade, mostra ser um perfil “polarizado”, onde num dos pólos se revela um forte domínio de *Conscienciosidade* e no outro, um ténue domínio de *Neuroticismo*. Em termos mais específicos, as facetas que se evidenciaram com resultados significativos esboçam uma imagem de uma mulher com uma dinâmica psicológica caracterizada pela exteriorização, assumindo um registo de “dentro para fora”, tanto ao nível dos Padrões de Actividade como ao nível do Plano Interpessoal.

Em termos das dimensões de Feminino e de Materno, de acordo com os resultados obtidos através do NEO-PI-R, evidencia-se um grande investimento em ambas as dimensões, sendo corroborado e complementado pelos resultados obtidos através do Questionário de Avaliação das Dimensões de Feminino e de Materno, que

afirma que estas mulheres são significativamente mais maternas do que femininas. Constatamos, que na sua dupla função de afirmação de uma identidade própria, mostra ser uma mulher muito feminina, e de procriadora, extremamente materna. Assumimos assim, que as primíparas tardias reúnem um conjunto de traços que fazem anteciper que sejam mulheres com competências e ajustada às vivências maternas, o que possibilita a vivência da maternidade.

Em termos da existência de alto risco médico na população de primíparas tardias podemos afirmar que somente uma minoria das mulheres da nossa amostra (21,7%) apresentou esse risco.

Em relação ao alto risco psicológico, afirmamos a sua não existência na população de primíparas tardias, na medida em que, no momento em que decide tornar-se mãe, esta mulher, consegue adaptar e conciliar todas as dimensões da sua vida familiar, social e profissional, mostrando ser uma mulher saudável, equilibrada emocionalmente, adaptada, detendo competências maternas e projectando a sua maternidade.

No que toca à incidência de psicopatologia na população de primíparas tardias, não existem resultados que vão ao encontro dessa hipótese nesta investigação. Contrariamente, a primípara tardia mostra-se muito saudável, bem adaptada, emocionalmente estável e com um bem-estar subjectivo, o que nos permite afirmar que goza de uma forma consistente de uma saúde mental plena.

Quanto às limitações que sentimos ao longo desta investigação, podemos referir o tipo de amostra por conveniência, não ficando totalmente salvaguardada a questão da alietoriedade, o que condiciona a leitura dos resultados obtidos, não se podendo extrapolar com certezas para além do actual espaço de amostragem. Importa também referir que a amostra em estudo reporta maioritariamente mulheres mais instruídas e qualificadas e com um nível socio-económico médio e elevado, não contemplando equiparavelmente mulheres menos instruídas e qualificadas e com um nível socio-económico baixo.

Para uma melhor compreensão da primípara tardia, importa considerar para além da sua estrutura psicológica, a sua contextualização numa dimensão temporal, social e cultural. Assim, constatamos que são mulheres muito saudáveis, revelando estabilidade emocional e um bem-estar subjectivo, sendo muito femininas, mas significativamente mais maternas, manifestando competências maternas e a elaboração de um projecto de maternidade. São mulheres contemporâneas que se

sentem bem consigo próprias, com a sua vida e bem adaptadas à sociedade, manifestando a capacidade de a acompanhar.

Finalmente, no que respeita a possíveis e novas investigações, queremos que desta investigação pudesse resultar uma reflexão crítica e a liberdade para a imaginação e a criatividade de cada investigador, sensibilizar para a premente contribuição na área da Psicologia da Saúde da Mulher e que a intervenção psicológica nesta área se torne cada vez melhor enquadrada na singularidade do que é “ser mulher”, numa determinada época e num determinado contexto, para que a sua vivência a todos os níveis, seja cada vez mais, de uma realização plena!

## REFERÊNCIAS

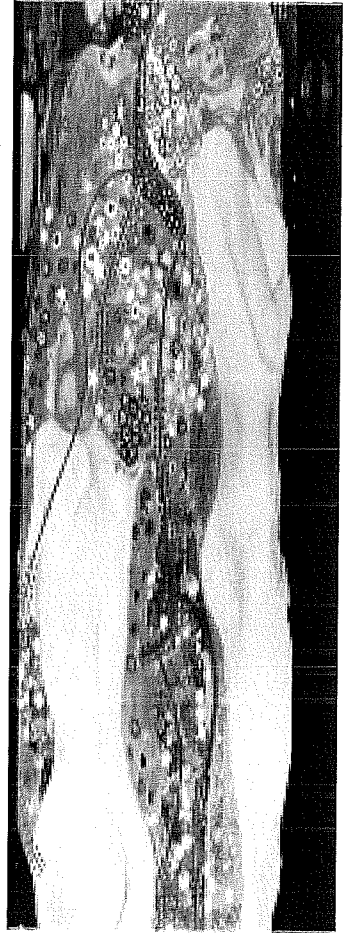
- Alvarez, M. (1995). Esboços do feminino: procura do materno? *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 33-37.
- Alvarez, M. (2001). *O Feminino e o Materno – Um Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino – A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Antunes, A., Malheiro, E., Guerra, N., & Martins, V. (1999). Gravidez após os 40 anos – Análise dos resultados obstétricos. *In Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 2 (Março), 557-567.
- Badinter, E. (1990). *O Amor Incerto*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Badinter, E. (1992). *XY Identidade Masculina*. Lisboa: Edições Asa.
- Badinter, E. (1993). *Um é o Outro*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Bastos, V., & Faria, C. (2003). Gravidez em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos – Análise dos resultados obstétricos. *In Nascer e Crescer – Revista do Hospital de crianças Maria Pia*, 4 (XII), 254-256.
- Bernaud, J. (1998). *Métodos de Avaliação da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Botelho, T. M. & Leal, I. P. (2001). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Lisboa: S. N. E. R..
- Botelho, T. (2003). *Avaliação do Perfil Factorial da Personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro*. Dissertação de Doutoramento. Porto. Universidade do Porto.
- Cabral, I. V. (2001). *Infertilidade Feminina e Personalidade*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In Canavarro M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17 - 49). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal I. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.

- Colman, A., & Colman, L. (1994). *Gravidez. A Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-371.
- Correia, M. J. (2000). *Feminino e Materno no Insucesso de Gravidez de Repetição*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In Leal, I. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp 49-60). Lisboa: Fim de Século.
- Costa, R. (2003). *Filhos da idade, filhos da maturidade*. Demografia e População, os novos desafios – 2º Congresso Português de Demografia.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2000). NEO-PI-R – Inventário de Personalidade. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Heffner, L. (2004). Advanced maternal age – how old is too old? In *New England Journal of Medicine*, 351 (XIX), 1927 – 1929.
- Hill, M. M. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo
- John, O. P., & Pervin, L. A. (1997). Trait approaches: the five-factor model; applications and evaluation of trait approaches to personality. In Pervin L. A. (Ed.), *Handbook of Personality – Theory and research*. New York: The Guilford Press.
- Keith, Wac, Oleszczuk, Salihu & Alexander (s.d.). *Older Mothers of multiples: do they represent a new obstetric entity? from www. Kenes.com/contronursies/cogis/abstracs/Keith.doc*
- Klaus, M. H., & Kennell, M. D. (1993). *Pais/bebé – A Formação do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kuchner, J. F. & Porcino, J. (1988). Delayed Motherhood. In B. Birus & D. Hay (Eds), *The Different Faces of Motherhood* (pp. 258-280). NY: Plenum Press from [www.psychology.sunysb.edu/psychology/index.php?people/faculty/joan\\_Kuchne](http://www.psychology.sunysb.edu/psychology/index.php?people/faculty/joan_Kuchne)
- Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 365-366.
- Leal, I. (1992). Psicologia da Maternidade: alguns aspectos da teoria e da prática de intervenção. *Análise Psicológica*, X (2), 229-234.
- Leal, I. (1995). Nota de abertura. *Análise Psicológica* (XIII), 3-4.
- Leal, I. (1997). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: correspondentes transformação psicológica. In Ribeiro J. L. (Ed.), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 201-214). Braga: ISPA.

- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In Canavarro M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-71). Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2005). Da Psicologia da Gravidez à Psicologia da Parentalidade. In Leal I. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2005). Novas e Velhas Parentalidades. In Leal I. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 363-405). Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I., & Correia, M. J. (1990). Primiparidade tardia: estudo exploratório. In Botelho, I., Almeida, J. P., Geada, M., & Justo, J. (Eds), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 51-54). Lisboa: APPORT.
- Lima, M. P., & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO PI-R. In Almeida, L. S, Simões, M. P., & Gonçalves, M. M. (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal, I* (pp. 133-149). Braga: APPORT.
- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R Contextos Teóricos e Psicométricos: "Ocean ou Iceberg"?* Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P., & Simões, A. (1997). O Inventário da Personalidade NEO-PI-R: Resultados da Aferição Portuguesa. *Psychologica*. 18, 25-46.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). A Teoria dos Cinco Factores: uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 171-179.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2003). Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 15-32). Quarteto.
- Maldonado M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Matos, I., Leal, I., & Ribeiro, J. (2000). Validação Preliminar de uma Técnica de Avaliação de Feminino/Materno. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 69-77.
- Meireles, A., & Costa, M. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia 2 (XVIII)*, 75-98.
- Mexia, C. (2000). *A Maternidade depois dos 40* através de <http://saude.sapo.pt/gkbf/118360.html>
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as Mães*. Coimbra: Quarteto
- Oliveira, C., Pedrosa, A., Monteiro, S. & Canavarro, M. C. (1980). *Impacto do nascimento de um filho, percepção neonatal e adaptação na transição para a maternidade*. 2º Congresso Hispano-Português através de [www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso\\_lisboa/Oliveira/Oliveira.htm](http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/Oliveira/Oliveira.htm)

- Pereira, G., Ramalho, V., & Dias, P. (2002). Psychological variables in pregnancy: does age matter? An exploratory study. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, (IV), 131 – 139.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá, E., Coelho, A., Relvas, A. P., Lopes, J. S., Biscaia, J., & Alarcão, M. M. (1997). *A Maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Schardt, D. (2005). Delayed Childbearing: underestimated psychological implications. In *Internacional Journal of Childbirth Education*, 1-4 from [www.issa.org/DELAYED\\_CB.pdf](http://www.issa.org/DELAYED_CB.pdf)
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender*. New York: Jason Aronson.
- Stoller, R. (1993). *Masculinidade e Feminilidade: Apresentação de Género*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Imagens de Gustav Klimt através de <http://www.allposters.es/gallery.com>



*ANEXOS*

*ANEXO A*

# NEO PI - R™

## Instruções

Este questionário contém 240 afirmações.

Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, coloque um só X no quadrado que melhor representa a sua opinião:

Assinale X no quadrado que corresponde a **DF** (discordo fortemente) se a afirmação for definitivamente falsa ou se você discordar fortemente dela.

Assinale X no quadrado que corresponde a **D** (discordo) se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discordar dela.

Assinale X no quadrado que corresponde a **N** (neutro) se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

Assinale X no quadrado que corresponde a **C** (concordo) se a frase for na maior parte das vezes verdadeira, ou se concorda com ela.

Finalmente, assinale X no quadrado que corresponde a **CF** (concordo fortemente) se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível.

Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque apenas um só X em cada resposta, escolhendo a que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a todas as questões.

Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, encha o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**

---

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro.					
3. Tenho uma imaginação muito activa.					
4. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
5. Sou conhecido(a) pela minha prudência e bom senso.					
6. Muitas vezes aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.					
7. Não gosto de multidões, por isso, as evito.					
8. Não dou muita importância às coisas da arte e da beleza.					
9. Não sou matreiro(a), nem espertalhão.					
10. Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo, com antecedência.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
13. Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
16. Ao lidar com outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido(a).					
17. Tenho uma maneira de ser descontraída, no trabalho e nos tempos livres.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
18. Sou bastante agarrado(a) ao meu modo de ser.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Sou distraído(a) e pouco determinado(a).					
21. É raro eu ceder (transigir) muito em qualquer coisa.					
22. Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir.					
23. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
24. Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos.					
25. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
26. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
27. Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria.					
28. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
29. Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos.					
30. Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem estúpidas.					
31. Assusto-me, facilmente.					
32. Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas.					
33. Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação.					
34. Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem-intencionadas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
35. Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente.					
36. Não me zango facilmente.					
37. Gosto de ter muita gente, à minha volta.					
38. Às vezes, deixo-me absorver, totalmente, pela música que ouço.					
39. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
40. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
41. Às vezes, sinto-me completamente inútil.					
42. Às vezes, não consigo afirmar-me, tanto como devia.					
43. Raramente, sinto emoções fortes.					
44. Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro.					
45. Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Poucas vezes, me sinto inseguro(a), quando estou com outras pessoas.					
47. Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo.					
48. Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos).					
49. Sei ser sarcástico(a) e cínico(a), quando necessário.					
50. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
51. Custa-me resistir aos meus desejos.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
52. Não gostaria de passar férias no Algarve.					
53. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
54. Prefiro não falar de mim próprio(a) e das minhas realizações.					
55. Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.					
56. Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas.					
57. Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou de êxtase (arrebatamento).					
58. Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar, de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança.					
59. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
60. Penso, maduramente, nas coisas, antes de tomar uma decisão.					
61. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
62. Sou conhecido(a) como uma pessoa amigável e simpática.					
63. Tenho uma grande capacidade de fantasiar.					
64. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
65. Mantenho-me informado(a) e, geralmente, tomo decisões inteligentes.					
66. Sou conhecido(a) como uma pessoa de mau génio e irritável.					
67. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
68. Aborrece-me ver bailado ou dança moderna.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

69. Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém.					
70. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
71. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
72. Já fui, muitas vezes, líder (chefe) de grupos a que pertenci.					
73. É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas.					
74. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
75. Pago as minhas dívidas, a tempo e horas.					
76. Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.					
77. Posso trabalhar devagar, mas tenho bom rendimento.					
78. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
79. Hesito em expressar a minha raiva, mesmo quando justificada.					
80. Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias.					
81. Não me é difícil resistir a tentações.					
82. Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer.					
83. Gosto de resolver problemas e quebra-cabeças (puzzles).					
84. Sou melhor do que a maioria das pessoas, e tenho consciência disso.					
85. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
86. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
87. Não sou um(a) grande optimista.					
88. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
89. Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos.					
90. As vezes actuo, primeiro, e penso, depois.					
91. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
92. Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa um pouco fria e distante.					
93. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
94. Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas se confiança.					
95. Sou, frequentemente, confrontado(a) com situações para as quais não estou totalmente preparado(a).					
96. Não sou considerado(a) uma pessoa melindrosa ou irritável.					
97. Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho(a), durante muito tempo.					
98. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
99. Ser completamente honesto(a) é uma via inadequada para fazer negócios.					
100. Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar.					
101. Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado.					
102. Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
103. Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento.					
104. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
105. Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota.					
106. Não fico muito atrapalhado, quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim.					
107. Muitas vezes, sinto-me a reventar de energia.					
108. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
109. Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber.					
110. Trabalho muito, para conseguir o que quero.					
111. Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado.					
112. Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores.					
113. Às vezes, perco o interesse, quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos.					
114. Tento ser humilde.					
115. Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo.					
116. Em casos de perigo, conservo a cabeça fria.					
117. Às vezes, sinto-me a reventar com tanta felicidade.					
118. Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas.					
119. Não gosto de pedintes.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
--	------------------------------	---------------	-------------	---------------	------------------------------

120. Antes de agir, penso nas conseqüências.					
121. Raramente, me preocupo com o futuro.					
122. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
123. Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se.					
124. Fico desconfiado(a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável.					
125. Tenho orgulho do meu bom senso.					
126. Fico, frequentemente, aborrecido(a) com as pessoas com quem tenho de lidar.					
127. Prefiro trabalhos, que eu possa fazer sozinho(a), sem ser incomodado(a) por outras pessoas.					
128. A poesia pouco ou nada me diz.					
129. Detestaria ser considerado(a) um hipócrita.					
130. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
131. Tenho tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal.					
132. Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões.					
133. As minhas emoções e sentimentos são muitas e variadas.					
134. Não sou muito conhecido(a), pela minha generosidade.					
135. Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra.					
136. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
137. Não sou tão rápido(a) e vivo(a) como outras pessoas.					
138. Prefiro passar o tempo, em ambientes, que me são familiares.					
139. Quando sou insultado(a), tento apenas perdoar e esquecer.					
140. Não sou ambicioso(a).					
141. Raramente, cedo aos meus impulsos.					
142. Gosto de estar onde está a acção.					
143. Gosto de resolver problemas ( <i>puzzles</i> ) do tipo <i>quebra-cabeças</i> .					
144. Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio(a).					
145. Quando começo um projecto, quase sempre o termino.					
146. Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões.					
147. Não me considero, especialmente, uma pessoa de ânimo leve ( <i>leviana</i> ).					
148. Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideais e princípios do que ter <i>abertura de espírito</i> .					
149. As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre considerações económicas.					
150. Sou, frequentemente, levado(a) pelo impulso do momento.					
151. Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal.					
152. É fácil para mim sorrir e associar com pessoas desconhecidas.					
153. Quando vejo que estou a ser levado(a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
154. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.					
155. Não me parece que tenha sido bem sucedido(a), seja no que for.					
156. É preciso muito para me arreliares.					
157. Prefiro passar férias, numa praia concorrida, do que numa cabana isolada nos bosques.					
158. Certas formas de música têm um encanto infinito para mim.					
159. Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo.					
160. Tendo a ser uma pessoa um tanto exigente ou difícil de contentar.					
161. Tenho uma fraca opinião acerca de mim próprio(a).					
162. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.					
163. Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
164. A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim.					
165. Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo.					
166. Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades.					
167. Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa.					
168. Por vezes, mudo coisas, em minha casa, só para experimentar a diferença.					
169. Se alguém começa uma briga, estou sempre pronto(a) para lhe dar luta.					
170. Esforço-me por conseguir todo aquilo que eu puder.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neuro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
171. Às vezes, como até me sentir mal.					
172. Adoro as emoções da montanha russa.					
173. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
174. Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição.					
175. Quando um projecto se torna demasiado difícil, sinto-me inclinado(a) a começar um novo.					
176. Consigo controlar-me bastante bem, em situações de crise.					
177. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
178. Considero-me um indivíduo aberto e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas.					
179. Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito.					
180. Raramente, tomo decisões precipitadas.					
181. Tenho menos receios que a maioria das pessoas.					
182. Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos.					
183. Em criança, raramente, achava piada aos jogos do <i>faz-de-conta</i> .					
184. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.					
185. Sou uma pessoa muito competente.					
186. Houve alturas, em que experimentei ressentimento e amargura.					
187. Os encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim.					

	DF Discordo Fortemente	D Discorde	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
188. As vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
189. Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que eu quero que elas façam.					
190. Não tenho a obsessão da limpeza.					
191. Às vezes, as coisas parecem-me bastante negras e desesperadas.					
192. Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros.					
193. Acho fácil empatizar, - quer dizer, sentir o que os outros sentem.					
194. Considero-me uma pessoa caridosa.					
195. Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez.					
196. Se disser ou fizer algum mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa, outra vez.					
197. A minha vida decorre, a um ritmo rápido.					
198. Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido.					
199. Sou cabeçudo(a) e teimoso(a).					
200. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço.					
201. Às vezes, faço as coisas, de modo tão impulsivo que, mais tarde, me arrependo.					
202. Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes.					
203. Tenho muita curiosidade intelectual.					
204. Prefiro elogiar os outros a ser elogiado(a).					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
205. Existem tantas pequenas coisas a fazer que, por vezes, simplesmente as ignoro.					
206. Mesmo quando tudo parece correr mal, eu ainda consigo tomar boas decisões.					
207. É raro utilizar palavras como <i>fantástico</i> ou <i>sensacional</i> , para descrever as minhas experiências.					
208. Algo corre mal, se aos 25 anos, as pessoas não sabem em que é que acreditam.					
209. Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu.					
210. Planeio, de antemão e com cuidado, as minhas viagens.					
211. Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores.					
212. Interesso-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho.					
213. Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vagar, sem controlo nem orientação.					
214. Tenho bastante fé na natureza humana.					
215. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
216. Mesmo os pequenos contratempos podem ser frustrantes para mim.					
217. Gosto de festas com muita gente.					
218. Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim.					
219. Orgulho-me da minha perspicácia a lidar com as pessoas.					
220. Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar.					
221. Muitas vezes, quando as coisas me não correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
222. Não considero fácil controlar as situações.					
223. Coisas estranhas, como certos sabores ou o nome de locais distantes, podem evocar em mim fortes emoções.					
224. Quando posso, deixo o que estou a fazer, para ajudar os outros.					
225. Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia de trabalho.					
226. Fico embaraçado(a), quando as pessoas, que eu conheço, fazem asneiras.					
227. Sou uma pessoa muito activa.					
228. Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio.					
229. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
230. Tenho o <i>vício</i> do trabalho.					
231. Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo.					
232. Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão.					
233. Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais.					
234. Sou uma pessoa superior.					
235. Tenho muita auto-disciplina.					
236. Sou bastante estável, do ponto de vista emocional.					
237. Rio, facilmente.					
238. Penso que a <i>nova moralidade</i> , que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma.					

	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
239. Prefiro ser considerado(a) benevolente a ser considerado justo(a).					
240. Penso duas vezes, antes de responder a uma pergunta.		-			
241. Tentei responder a todas as questões, de maneira honesta e precisa.		-			

*ANEXO B*

## ANEXO B

### DESCRIÇÃO DO INVENTÁRIO DA PERSONALIDADE NEO-PI-R

Na sua versão final, o NEO-PI-R é constituído por cinco escalas que correspondem a cada um dos cinco domínios gerais: Neuroticismo (N); Extroversão (E); Abertura à Experiência (O); Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C). Cada domínio é constituído por seis facetas, elevando a trinta o número de escalas específicas que integram este instrumento.

Cada escala é constituída por 8 itens, elevando-se a 240 o número de itens que constituem o NEO-PI-R.

Com o objectivo de se tornar claro o que os autores do NEO-PI-R compreendem em relação a cada um dos domínios e respectivas facetas que constituem o Inventário, apresentaremos uma breve da descrição do mesmo citando Lima e Simões (1995) e Lima (1997).

#### Neuroticismo (N)

A escala global do Neuroticismo avalia a Adaptação vs. Instabilidade emocional.

Identifica indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivos, e respostas de *coping* desadequadas.

O aspecto central deste domínio é a tendência a experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa.

Os sujeitos que têm pontuações baixas em N são emocionalmente estáveis. São geralmente calmos, de humor constante, relaxados, seguros, satisfeitos consigo e são capazes de fazer face a situações de *stress* sem ficarem transtornados.

#### *As Facetas do Neuroticismo incluem:*

##### *NI: Ansiedade*

Os sujeitos ansiosos são: apreensivos, tensos, medrosos e preocupados. Ainda que a presente escala não contemple a medida de fobias específicas, os sujeitos com

pontuações elevadas neste traço têm tendência a ser fóbicos. Inversamente, uma baixa pontuação está associada a sujeitos calmos, relaxados, estáveis, menos medrosos e sem tendência para se fixarem naquilo que pode correr mal.

#### *N2: Hostilidade*

Verifica-se nos sujeitos hostis uma tendência para experimentar a raiva, a frustração e a amargura, revelando um temperamento “quente” que resulta muitas vezes num estado de frustração ou zanga. Habitualmente, esta escala encontra-se relacionada com uma Amabilidade baixa. Por oposição, os sujeitos com N2 baixo são amigáveis, têm um temperamento mais moderado e dificilmente se ofendem ou se zangam.

#### *N3: Depressão*

Esta faceta está concebida para a avaliação das diferenças normais no vivenciar do afecto depressivo. Um valor de N3 elevado remete para sujeitos com pouca esperança, tristes, melancólicos, sozinhos, desesperados e com graus elevados de culpabilidade. Contrariamente, um valor N3 baixo é indicativo de indivíduos confiantes, para quem a vida faz sentido e vale a pena e que raramente experimentam as sensações acima descritas.

#### *N4: Auto-Consciência*

Um resultado elevado nesta escala remete para sujeitos que se acham pouco à vontade ao pé dos outros, que são sensíveis ao ridículo e têm tendência para se sentirem inferiores, envergonhados, tímidos e com ansiedade social. Um baixo valor nesta escala não revela, necessariamente, um sujeito com boas aptidões sociais; estes tenderão a sentir-se mais à vontade em situações sociais, bem como a revelar uma maior segurança e comportamentos socialmente mais adequados.

#### *N5: Impulsividade*

Esta faceta remete para a incapacidade de controlar e resistir às tentações. Os desejos de comida, cigarros e propriedade são tão fortes que o sujeito não lhes consegue resistir, mesmo que posteriormente se possa arrepender de tal impulsividade. Inversamente, as pessoas que nesta escala apresentam um baixo nível,

possuem uma maior tolerância à frustração e resistem com mais facilidade às tendências acima enunciadas. Cabe ainda advertir que a impulsividade avaliada para a presente escala não deverá ser confundida com a espontaneidade, a decisão rápida e a capacidade de arriscar.

#### *N6: Vulnerabilidade*

Os sujeitos que, à luz desta escala, se revelam vulneráveis, confrontados com situações de emergência, facilmente se enervam e entram em pânico. Ou seja, revelam-se incapazes de lidar com a tensão e tornam-se dependentes. Um baixo valor na escala N6 é habitualmente indicador de pessoas que conseguem “manter a cabeça fria”, são competentes, resistentes, logo, lidando melhor com situações difíceis.

#### Extroversão (E)

A extroversão traduz a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. Assim, os extrovertidos são pessoas sociáveis, mas para além de apreciarem o convívio com os outros, com os grupos e multidões são também afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, activos e conversadores. Gostam, da excitação e da estimulação e tendem a ter uma disposição alegre, animada, e a serem energéticos e optimistas. A extroversão avalia, conseqüentemente, a quantidade e intensidade das interações interpessoais, níveis de actividade, necessidade de estimulação, e a capacidade de exprimir alegria.

A introversão é o pólo oposto do contínuo. O sujeito com pontuação baixa tende a ser mais reservado, sóbrio, pouco exuberante, distante, com um ritmo mais calmo, tímido, silencioso, mais orientado para a tarefa e independente nas suas tomadas de decisão.

De acordo com Lima (1997, p. 108), citando os autores do NEO-PI-R, tanto a masculinidade como a feminilidade encontram-se relacionadas com este domínio. Todavia, associam-se a facetas diferentes, isto é, “a masculinidade associa-se a facetas mais activas e dominantes e a feminilidade encontra-se associada a facetas adiliativas, emocionais e vinculativas”.

*Incluídas neste Domínio estão as seguintes Facetas:*

*E1: Acolhimento Caloroso*

Relativamente à intimidade interpessoal, o Acolhimento é a faceta de E de maior relevância, bem como a que está mais próxima da dimensão de Amabilidade. As pessoas calorosas são amigáveis, conversadoras e afectuosas, gostam verdadeiramente dos outros e estabelecem laços estreitos com eles. Pontuações baixas são habitualmente reveladoras de pessoas mais formais, distantes e frias.

*E2: Gregariedade*

O indivíduo com pontuação elevada em E2 gosta de conviver, tem muitos amigos e procura o contacto social. Contrariamente, pontuações baixas em E2 estão associadas a sujeitos solitários, que evitam multidões e preferem estar sozinhos.

*E3: Assertividade*

Os sujeitos assertivos são dominantes, revelam ter ascendência social, força de vontade, são confiantes e decididos. Estes indivíduos falam sem hesitações e assumem, facilmente, posições de líderes de opinião. Dos indivíduos menos assertivos espera-se uma conduta mais reservada, evitando afirmar-se, preferindo não dar nas vistas e deixando os outros falar.

*E4: Actividade*

Níveis mais elevados correspondem a pessoa energéticas, com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupados. O reverso da medalha não é indicativo de indivíduos preguiçosos, mas sim de sujeitos que não têm pressa e que são mais vagarosos.

*E5: Procura de Excitação*

Num dos extremos desta escala temos sujeitos que procuram estimulações fortes, aceitam riscos e gostam de ambientes ruidosos e de cores coloridas. No outro extremo, situam-se os indivíduos que evitam a sobre-estimulação, são cautelosos, sérios e preferem um tipo de vida que os primeiros facilmente considerariam aborrecida.

### *E6: Emoções Positivas*

O sujeito com elevada pontuação nesta faceta é alegre, espirituoso, divertido e tem tendência a experienciar emoções positivas, tais como, a alegria, a felicidade e o amor. Os indivíduos com baixa pontuação, não sendo propriamente infelizes, são menos exuberantes, pouco entusiastas, plácidos e sérios. Esta faceta de E está mais relacionada com a satisfação com a vida.

### Abertura à Experiência (O)

Os componentes da Abertura à Experiência são: a imaginação activa, a sensibilidade estética, a curiosidade intelectual e o juízo independente. Esta dimensão avalia a procura proactiva, a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não-familiar. Os indivíduos abertos à experiência são curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior e a sua vida experiencial é muito rica. Estão dispostos a tomar em consideração novas ideias e valores não convencionais, e experienciam um leque mais variado de emoções (positivas e negativas).

As pessoas que pontuam baixo em O tendem a ser mais convencionais, terra-a-terra, conservadoras, preferem o familiar à novidade, têm uma gama de interesses mais limitada, e tendência a ser pouco artísticas e analíticas.

*As Seis Facetas que Integram este Domínio são as seguintes:*

#### *O1: Fantasia*

As pontuações elevadas são indicadoras de sujeitos com imaginação viva e fantasia activa, que apreciam sonhar acordados e elaboram fantasias. Os que obtêm pontuações baixas preferem o pensamento realista, são práticos e evitam sonhar acordados.

#### *O2: Estética*

O indivíduo com elevada pontuação nesta escala valoriza a experiência estética e aprecia a arte e a beleza. Porém, se a pontuação for baixa, tratar-se-á de pessoas com pouca sensibilidade à beleza e que não apreciam a arte.

### *O3: Sentimentos*

Pontuações elevadas são indicadoras de pessoas sensíveis, empáticas, que valorizam os próprios sentimentos e que respondem emocionalmente às situações. A baixa pontuação é indicadora de uma menor amplitude emocional e de uma desvalorização dos diferentes estados emocionais.

### *O4: Acções*

Pontuações altas, denotam a procura da novidade, da variedade, reflectidas, por exemplo, na busca de novas actividades, no experimentar de diferentes passatempos, entre outras actividades. Contrariamente, o sujeito com baixa pontuação prefere o familiar à novidade, seguindo preferencialmente a sua rotina normal e a sua habitual maneira de ser.

### *O5: Ideias*

Esta faceta não implica, necessariamente, inteligência elevada, mas favorece o desenvolvimento do potencial intelectual. As pontuações elevadas são conotadas com a curiosidade intelectual, com a apreciação de argumentos filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. O sujeito com baixa pontuação é mais pragmático, factualmente orientado, não aprecia desafios intelectuais e tem uma curiosidade mais limitada.

### *O6: Valores*

Encontrando-se subjacente a esta faceta a capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos, uma pontuação elevada é indicativa de “horizontes largos”, tolerância, não-conformismo e “abertura de espírito”. Inversamente, baixos valores estão associados ao dogmatismo e conservadorismo.

## Amabilidade (A)

A Amabilidade avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. Como a extroversão, é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais. A pessoa agradável é fundamentalmente altruísta, de confiança, prestável, crédula,

recta, simpática para com os outros, com vontade de os ajudar, e acredita também que os outros serão, por sua vez, igualmente simpáticos.

Em contraste, a pessoa antagonista ou desagradável é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

*As Facetas que constituem este Domínio são:*

*A1: Confiança*

A pontuação elevada é indicadora de indivíduos que tendem a atribuir intenções benévolas aos outros e a considerá-los como honestos e bem intencionados. Aplica-se o inverso no que diz respeito a pontuações baixas, isto é, estes sujeitos tendem para o cinismo, para o cepticismo e suspeitam das intenções dos outros.

*A2: Rectidão*

A franqueza, a frontalidade, a sinceridade e a ingenuidade no lidar com os outros são características associadas aos sujeitos que obtêm pontuações elevadas. Contrariamente, as pontuações baixas denotam pessoas calculistas, com tendência para a manipulação do outro através do elogio ou da chantagem.

*A3: Altruísmo*

Indivíduos que obtenham um resultado elevado nesta escala revelam uma preocupação activa pelos outros, traduzida pela generosidade, filantropia, cortesia mundana, consideração, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar. Os baixos níveis indicadores de pessoas mais centradas em si próprias e relutantes em se envolver nos problemas dos outros.

*A4: Complacência*

Esta faceta corresponde, por um lado – pontuações altas – à capacidade de aceitação da opinião dos outros, manifestada habitualmente por indivíduos brandos, capazes de inibir a agressividade e com capacidade de perdoar e esquecer. Por outro lado, pontuações baixas, estão conotadas com sujeitos agressivos, antagónicos, contestatários, competitivos e que não se coíbem de se manifestarem com irritação.

#### *A5: Humildade ou Modéstia*

O sujeito com elevada pontuação revela-se humilde e pouco preocupado consigo próprio. Um resultado baixo é típico de uma pessoa arrogante, com uma visão exaltada de si própria e com tendências narcísistas.

#### *A6: Sensibilidade*

Esta escala avalia atitudes de simpatia e de preocupação pelos outros. Um resultado elevado é indicador de um indivíduo que se deixa guiar pelos seus sentimentos, particularmente os de simpatia ao ajuizar os outros. Estas pessoas terão tendência a realçar o lado humano da política social. O sujeito com pontuação baixa considera-se mais realista e racional e não se deixa comover facilmente.

### Conscienciosidade (C)

Avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo. Contrasta pessoas que são de confiança e escrupulosas com aquelas que são preguiçosas e descuidadas.

A Conscienciosidade é um aspecto daquilo que se designa por carácter. O sujeito consciencioso tem força de vontade, é determinado, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, auto-disciplinado, arranjado, ambicioso, perseverante e de confiança.

Não significa que os sujeitos com pontuação baixa tenham falta de princípios morais, mas são menos escrupulosos na sua aplicação, e menos obstinados na prossecução dos seus objectivos. São, também, mais preguiçosos, negligentes, com fraca força de vontade e existe alguma evidência de que serão mais hedonistas.

*As Seis Facetas que integram a Conscienciosidade são:*

#### *C1: Competência*

Um bom resultado nesta escala é indicador de sujeitos que se sentem bem preparados e capazes de lidar com a vida. Contrariamente, uma pontuação baixa é reveladora de uma fraca opinião relativamente às próprias aptidões. Associada a esta opinião, estes indivíduos consideram-se mal preparados e incapazes.

### *C2: Ordem*

Num dos pólos desta escala encontramos sujeitos com tendência para manter e preservar o meio que os rodeia limpo e bem organizado. Inversamente, no pólo oposto, os sujeitos com baixa pontuação C2, revelam dificuldades de organização e descrevem-se como pouco metódicos.

### *C3: Obediência ao Dever*

O sujeito com pontuação elevada adere estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais. O mesmo não se poderá dizer relativamente aos sujeitos com baixa pontuação já que estes, sendo menos rigorosos em relação a estas questões tornam-se, por vezes, irresponsáveis.

### *C4: Realização*

Indivíduos com pontuações altas são, habitualmente, pessoas diligentes, com objectivos e sentido para a vida. Apresentam níveis de realização elevados e encontram-se fortemente motivados para os atingir, correndo por vezes o risco de investirem excessivamente nas suas carreiras, tornando-se viciados no trabalho.

### *C5: Auto-Disciplina*

Assumindo que a auto-disciplina é algo que confere a um sujeito a capacidade de iniciar e concluir uma determinada tarefa, independentemente do factor cansaço ou das distrações, admite-se que uma pontuação elevada signifique que o sujeito em questão revela uma boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo. Inversamente, uma baixa pontuação nesta escala será indicadora de sujeitos que ficam mais facilmente prostrados e, perante a frustração, desistem.

### *C6: Deliberação*

Sendo a deliberação “a tendência a pensar com cautela, a planificar e a ponderar antes de agir” (Lima, 1997, p.194), revelada por sujeitos com pontuações altas, inversamente, os sujeitos com baixo desempenho nesta escala, actuam, muitas vezes sem pensar nas consequências – contudo, no seu melhor, são espontâneos, e revelam ser capazes de, no momento, tomar decisões perspicazes.

ANEXO C  
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES  
PSICOLÓGICAS DE FEMININO E DE MATERNO

Coloque um círculo à volta do item (A ou B) com que melhor se identificar:

1-A) Acho que o nascimento de um filho não modifica substancialmente o estilo de vida de um casal.

1-B) Acho que o nascimento de um filho modifica substancialmente 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) Acho que algumas pessoas decidem não ter filhos porque já se sentem realizadas noutros aspectos da sua vida.

3-B) Não compreendo como é que algumas pessoas podem decidir não ter filhos por acharem que já se sentem realizadas noutros aspectos das suas vidas.

4-A) Acho que o meu marido/companheiro/namorado, é tão “adulto” e responsável como eu.

4-B) Por vezes trato o meu marido/companheiro/namorado como se fosse meu filho.

5-A) Penso que uma mãe precisa sempre de alguém que a ajude a tratar do seu filho.

5-B) Acho que uma mãe não precisa de ninguém que a ajude a tratar do seu filho, a não ser em casos excepcionais.

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, recorrería à inseminação artificial.

7-B) No caso de eu poder ter filhos mas de o meu companheiro não poder tê-los, recorrería à adopção.

8-A) Acho que ter crianças não é a função mais importante do casamento.

8-B) Acho que ter crianças 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) e a tempo inteiro.

10-A) Não ter filhos nem desejar tê-los é natural.

10-B) Não é normal decidir não ter filhos.

11-A) Penso que a maternidade traz sobretudo limitações sociais à mulher.

11-B) Penso que a maternidade traz sobretudo benefícios 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) Adotar uma criança nunca seria para mim a mesma coisa do que ter um filho.

13-B) Para mim adoptar uma criança é/seria praticamente o mesmo que ter um filho biológico.

14-A) Gosto de sentir que sou considerada uma mulher inteligente.

14-B) Gosto 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 limita a mulher em relação ao homem.

16-B) Acho que a maternidade dá à mulher possibilidades que o homem não tem.

17-A) Não me lembro de ter desejado muito ter filhos.

17-B) Ter filhos foi algo que sempre desejei.

18-A) Acho que a maternidade prejudica socialmente a mulher.

18-B) Acho que a maternidade valoriza o estatuto social da mulher.

19-A) Não consigo imaginar a minha vida sem trabalhar e sem me realizar profissionalmente.

19-B) Gostaria de poder ficar em casa sem trabalhar e acho que me sentiria realizada como esposa e mãe.

20-A) Acho que ter filhos dá sentido ao casal, completa-o.

20-B) Acho 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 tem a maior responsabilidade da educação da criança.

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 exercício físico para me manter saudável e em boa forma.

24-B) Preocupo-me mais que as outras pessoas que me rodeiam estejam saudáveis e em boa forma do que comigo própria.

25-A) 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 que educar/criar uma criança até que esta se torne um adulto é uma coisa perfeitamente natural, e não tem nada de extraordinário.

26-B) Acho fantástico o acto de educar/criar uma criança até torná-la num adulto.

27-A) Acho que Feminino implica mais tarde ou mais cedo a existência de uma gravidez.

27-B) Acho que Feminino implica mais tarde ou mais cedo a existência de 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 família por razões profissionais do que o contrário.

29-B) Acontece mais vezes prejudicar a minha vida profissional por razões familiares do que o contrário.

30-A) Nunca adoptaria uma criança, mesmo que não possa/não pudesse ter filhos.

30-B) Mesmo podendo ter filhos gostaria de adoptar/adoptei uma criança.

31-A) Penso que ter filhos é essencial para a união do casal.

31-B) Penso que a união do casal é essencial para que se possa ter filhos.

32-A) Tenho bastante cuidado com a minha alimentação de modo a não me tornar muito gorda ou muito magra.

32-B) Tenho mais cuidados com a alimentação dos outros do que com a minha própria alimentação.

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) Sempre desejei vir um dia a estar grávida.

34-B) Sempre desejei vir um dia a ser mãe.

35-A) Penso que a maternidade prejudica a mulher no que diz respeito à sua vida profissional.

35-B) Penso que a maternidade valoriza o estatuto profissional da mulher.

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) Quero ter filhos/tive filhos, para satisfazer o meu próprio desejo.

38-B) Quero ter filhos/tive filhos, para poder satisfazer as suas necessidades e os seus desejos.

39-A) Acho que ter orgasmo numa relação sexual é muito importante.

39-B) Preocupa-me mais que o meu companheiro tenha orgasmo 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 pode ser feminina sem nunca chegar a ter filhos.

41-B) Acho que uma mulher que não tenha filhos não é completamente feminina.

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 adoptar uma criança a ter de recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistidas (por ex. inseminação artificial, fertilização in vitro, etc.).

43-A) Acho que ser mulher não implica que se tenha uma vocação especial para ser mãe.

43-B) Acho que a vocação da mulher é ser mãe.

44-A) Acho que a gravidez altera negativamente o corpo da mulher.

44-B) Acho que as alterações corporais causadas pela gravidez não são importantes nem negativas.

45-A) Acho que seria capaz de emprestar o meu útero a um casal infértil para que assim pudessem ter um filho.

45-B) Era incapaz 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 uma mulher atingir a maturidade não é necessário que tenha filhos.

47-B) Para que uma mulher atinja a maturidade 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) Acho 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 sabem cuidar dos filhos e educá-los tão bem como as mães.

50-B) Penso que os pais não sabem cuidar dos filhos e educá-los tão bem como as mães.

51-A) As avós ou outros familiares, as creches ou “amas”, podem substituir adequadamente a mãe nos cuidados que as crianças necessitam.

51-B) 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 é sobretudo uma forma de realização pessoal.

53-B) Acho que ser mãe consiste sobretudo em satisfazer e ajudar a realizar os filhos.

54-A) Cuidar de crianças não é das coisas que mais goste de fazer.

54-B) Gosto de cuidar de crianças, mudá-las, alimentá-las, dar-lhes banho.

55-A) Não querer ter filhos é uma decisão que nada tem que ver com egoísmo ou imaturidade.

55-B) Não querer ter filhos é sinal de egoísmo e 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) Um filho pode interferir negativamente na intimidade e espontaneidade da vida do casal.

58-B) Mesmo que interfira na intimidade e espontaneidade da vida do casal, ter um filho justifica-o completamente.

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) Só quero ter filhos meus por isso não adoptaria/não adoptei uma criança.

60-B) Adoptaria/Adoptei uma criança para poder ser mãe dela.

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) A maternidade não faz com que uma mulher se passe a sentir adulta.

62-B) Uma mulher só se sente adulta com a maternidade.

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) Não consigo imaginar a minha vida sem ter relações sexuais.

64-B) Não consigo imaginar a minha vida sem ter filhos.

65-A) Acho que o “biberon” substitui adequadamente a amamentação ao peito.

65-B) Acho que a mãe deve amamentar a criança sempre que puder.

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 se realizarem através deles, e para assim se satisfazerem a si próprias.

67-B) Acho que as pessoas têm filhos para darem vida a um novo ser humano, sem esperarem nada em troca.

68-A) 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) As mulheres sem filhos sentem-se menos femininas, menos “mulher”.

69-B) As mulheres sem filhos sentem-se incompletas por não serem mães.

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-me competente na minha profissão.

71-B) É mais importante para mim sentir que sou, ou que poderei vir a ser, uma boa mãe.

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 minha vida sexual 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 há muitas pessoas que têm filhos apesar de não gostarem especialmente de crianças.

76-B) Acho que as pessoas têm filhos por gostarem 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 apenas um acontecimento biológico.

79-B) Penso que a gravidez é uma preparação emocional para a maternidade.

80-A) A maternidade não é a minha maior preocupação.

80-B) A maternidade é um dos aspectos mais importantes da minha vida.

*ANEXO D*

ANEXO D

SOLICITAÇÃO DA COLABORAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO SOBRE O PERFIL  
DE PERSONALIDADE DAS PRIMÍPARAS TARDIAS

Benvinda ao mundo das mães e dos bebês!

Actualidade, a maternidade passou a ser um fenómeno cada vez mais tardio, tornando-se uma área a que damos cada vez mais importância sendo o seu estudo decisivo.

Para tal, a sua opinião dará um contributo muito válido, pelo que vimos solicitar a sua colaboração no Estudo/Investigação que está a decorrer e que se intitula “o Perfil de Personalidade das Primíparas Tardias”.

Recordo que todos os dados e informações cedidas serão confidenciais e só serão utilizados para fins de Investigação.

Agradecemos a sua colaboração,  
com os votos de felicidades nesta nova fase da sua vida!

## QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
3. Naturalidade \_\_\_\_\_  
4. Residência \_\_\_\_\_

5. Idade do progenitor \_\_\_\_\_ 6. Data de Nascimento \_\_\_\_\_

## 7. Co-habitação

7.1. Sem co-habitação \_\_\_\_\_

7.2. Com pais \_\_\_\_\_

7.3. Família nuclear \_\_\_\_\_

## 8. Estado Civil

8.1. Solteira \_\_\_\_\_

8.2. União de facto \_\_\_\_\_

8.3. Casada \_\_\_\_\_

8.4. Viúva \_\_\_\_\_

## 9. Tipo de relação conjugal

9.1. Número de anos de namoro \_\_\_\_\_

9.2. Número de anos de união de facto \_\_\_\_\_

9.3. Número de anos de casada \_\_\_\_\_

10. Escolaridade (anos concluídos) \_\_\_\_\_ 11. Escolaridade do progenitor \_\_\_\_\_

## 12. Actividade Profissional

12.1. Estudante \_\_\_\_\_

12.2. Doméstica \_\_\_\_\_

12.3. Desempregada \_\_\_\_\_

12.4. Activa \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_

## 13. Actividade Profissional do progenitor

- 13.1. Estudante \_\_\_\_\_  
 13.2. Doméstico \_\_\_\_\_  
 13.3. Desempregado \_\_\_\_\_  
 13.4. Activo \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_

## 14. História Obstétrica

- 14.1. Gravidezes anteriores \_\_\_\_\_  
 14.2. Abortos: espontâneo \_\_\_\_\_ provocado \_\_\_\_\_

## 15. Situação actual

- 15.1. Grávida: sim \_\_\_ não \_\_\_  
 15.2. Tipo de gravidez: normal \_\_\_\_\_ de risco \_\_\_\_\_  
 15.3. Nº gestação \_\_\_\_\_ 15.4. Duração da gravidez \_\_\_\_\_  
 15.5. Puérpera: sim \_\_\_ não \_\_\_  
 15.5. Data do parto \_\_\_\_\_  
 15.6. Tipo de parto: eutócico \_\_\_\_\_ distócico \_\_\_\_\_ cesariana \_\_\_\_\_  
 15.7. Duração da gravidez \_\_\_\_\_ 15.8. Epidural: sim \_\_\_ não \_\_\_  
 15.8. Fez preparação para o parto: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_  
 15.9. Amamenta/ou: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

## 16. Gravidez

## 16.1. Planeada

- 16.1.1. mãe: sim \_\_\_ não \_\_\_  
 16.1.2. pai: sim \_\_\_ não \_\_\_

## 16.2. Desejada

- 16.2.1. Mãe: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_  
 16.2.2. Pai: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

## 16.3. Sexo

- 16.3.1. mãe: feminino \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_  
 16.3.2. pai: feminino \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_

17. Consultas de preparação para a gravidez: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

18. Número de consultas de vigilância da gravidez \_\_\_\_\_

19. Complicações Obstétricas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Internada durante a gravidez: não \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ semanas de gestação \_\_\_\_\_

21. Estiveram mais de 1 ano a tentar engravidar: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

22. Recorreram a Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

23. Razões que motivaram o adiamento da maternidade

Motivacionais: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Profissionais: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Económicas: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Conjugais: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Saúde pessoa: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!

*ANEXO E*

ANEXO E  
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DA AMOSTRA  
PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO

Sara Cristina Cabral Batista  
Rua José Estevão, nº 47 – 4º B  
1150-200 Lisboa  
E-mail: saracbatistamail.com  
telemóvel: 965011307

Assunto: Solicitação de autorização para a recolha da amostra para fins de investigação.

A primiparidade tardia revela ser um fenómeno cada vez mais actual e de maior prevalência, assumindo-se como uma nova área de investigação. Devido à escassez de literatura e de dados empíricos, esta investigação, utilizando métodos e técnicas psicológicas, afigura-se inovadora para a Psicologia e especificamente para o estudo da Saúde da Mulher.

Venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para a recolha da amostra e consulta de processos clínicos para fins de investigação no âmbito do Mestrado de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade no I.S.P.A., orientado pela Prof. Dra. Teresa Morais Botelho.

Esta investigação intitula-se “Perfil de Personalidade das Primíparas Tardias” e a amostra será constituída por primíparas com idades iguais ou superiores a 35 anos. Serão utilizados os Instrumentos de Avaliação Neo-PI-R, o Questionário de Avaliação do Feminino e da Materno e Questionário de Caracterização da Amostra.

Aguardo deferimento.

Grata pela atenção dispensada.  
Subscrevo-me com a mais elevada consideração.

Anexo: Projecto de Investigação, Curriculum Vitae e Autorização da Cedência de Dados Pessoais.

A Psicóloga Clínica

---

Sara Cabral Batista

Lisboa, Maio de 2006

*ANEXO F*

ANEXO F  
SOLICITAÇÃO DA COLABORAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO  
PERSONALIDADE E PRIMIPARIDADE TARDIA

Benvinda ao mundo das mães e dos bebés!

Actualidade, a maternidade passou a ser um fenómeno cada vez mais tardio, tornando-se uma área a que damos cada vez mais importância sendo o seu estudo decisivo.

Para tal, a sua opinião dará um contributo muito válido, pelo que vimos solicitar a sua colaboração no Estudo/Investigação que está a decorrer e que se intitula “o Perfil de Personalidade das Primíparas Tardias”.

Recordo que todos os dados e informações cedidas serão confidenciais e só serão utilizados para fins de Investigação.

Para tal, agradecia que autorizasse a cedência dos seus dados pessoais tais como nome, morada e contacto telefónico.

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a cedência dos meus dados pessoais para fins de Investigação.

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone/ telemóvel: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Caso tenha interesse na divulgação dos resultados e conclusões da investigação, assinale com uma cruz

Agradecemos a sua colaboração,  
com os votos de felicidades nesta nova fase da sua vida!

Psicóloga Clínica

\_\_\_\_\_  
(Sara Cabral Batista)

*ANEXO G*

ANEXO G  
CLASSIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO  
(Almeida, 1988)

*Nível Sócio-Económico Baixo*

Trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, até ao ciclo preparatório.

*Nível Sócio-Económico Médio:*

Trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas, pequenos padrões do comércio, indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações, empregados de escritório, seguros e bancários, agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores do ensino básico e secundário, do 4º ao 12º ano de escolaridade, cursos médios e superiores.

*Nível Sócio-Económico Elevado:*

Grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria, quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário e superior), artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas, pilotos de aviação, do 4º ano de escolaridade à licenciatura, mestrado e doutoramento.

*ANEXO H*

ANEXO H  
NEO-PI-R VALORES NORMATIVOS  
MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES DA FORMA S  
(mulheres entre os 21 e 84 anos)

FACETAS DO NEO-PI-R	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
N – NEUROTICISMO	98,7	17,9
N1 – Ansiedade	20,3	4,5
N2 – Hostilidade	14,9	4,1
N3 – Depressão	16,9	4,8
N4 – Auto-Consciência	16,7	4,4
N5 – Impulsividade	15,8	4,2
N6 – Vulnerabilidade	13,7	4,2
E – EXTROVERSÃO	103,3	15,0
E1 – Acolhimento Caloroso	21,8	3,7
E2 – Gregariedade	16,5	4,6
E3 – Assertividade	13,2	3,6
E4 – Actividade	16,9	3,1
E5 – Procura de Excitação	16,6	4,4
E6 – Emoções Positivas	18,1	4,1
O – ABERTURA À EXPERIÊNCIA	106,7	17,9
O1 – Fantasia	17,0	4,7
O2 – Estética	20,3	4,9
O3 – Sentimentos	19,3	3,9
O4 – Acções	16,2	3,6
O5 – Ideias	16,3	5,4
O6 – Valores	17,5	3,5
A – AMABILIDADE	121,8	15,6
A1 – Confiança	18,5	4,2
A2 – Rectidão	19,5	4,0
A3 – Altruísmo	22,3	3,6
A4 – Complacência	19,3	4,6
A5 – Modéstia	20,5	3,8
A6 – Sentimental	21,5	3,2
C – CONSCIENCIOSIDADE	120,0	b
C1 – Competência	19,7	3,4
C2 – Ordem	19,4	4,1
C3 – Dever	23,2	3,8
C4 – Realização	19,7	3,8
C5 – Auto-Disciplina	19,2	4,0
C6 – Deliberação	18,4	4,6

N = 890 Mulheres

(Lima, 1997, p. 418)

*ANEXO I*

ANEXO I  
 OUTPUTS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS OBTIDOS  
 ATRAVÉS DO INVENTÁRIO DA PERSONALIDADE NEO-PI-R

*Ansiedade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N1	72	18,89	5,065	,597

**One-Sample Test**

Test Value = 20.30						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N1	-2,364	71	,021	-1,411	-2,60	-,22

*Hostilidade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N2	72	13,06	4,450	,524

**One-Sample Test**

Test Value = 14.90						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N2	-3,517	71	,001	-1,844	-2,89	-,80

*Depressão:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N3	72	14,40	5,391	,635

### One-Sample Test

Test Value = 16.90						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N3	-3,931	71	,000	-2,497	-3,76	-1,23

### Auto-Consciência:

#### T-Test

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N4	72	15,14	4,336	,511

#### One-Sample Test

Test Value = 16.70						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N4	-3,055	71	,003	-1,561	-2,58	-,54

### Impulsividade:

#### T-Test

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N5	72	15,39	4,244	,500

#### One-Sample Test

Test Value = 15.80						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N5	-,822	71	,414	-,411	-1,41	,59

*Vulnerabilidade:*

## T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N6	72	10,96	4,467	,526

**One-Sample Test**

Test Value = 13.70						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N6	-5,208	71	,000	-2,742	-3,79	-1,69

**Statistics**

		N1	N2	N3	N4	N5	N6
N	Valid	72	72	72	72	72	72
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		18,89	13,06	14,40	15,14	15,39	10,96
Std. Deviation		5,065	4,450	5,391	4,336	4,244	4,467

**Neuroticismo:**

## T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N	72	87,83	21,131	2,490

**One-Sample Test**

Test Value = 98.70						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
N	-4,363	71	,000	-10,867	-15,83	-5,90

**Extroversão:**

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E	72	113,44	16,988	2,002

**One-Sample Test**

	Test Value = 103.30					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E	5,067	71	,000	10,144	6,15	14,14

*Acolhimento Caloroso:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E1	72	23,39	3,717	,438

**One-Sample Test**

	Test Value = 21.80					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E1	3,627	71	,001	1,589	,72	2,46

*Gregariedade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E2	72	16,96	5,199	,613

**One-Sample Test**

Test Value = 16.50						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E2	,748	71	,457	,458	-,76	1,68

*Assertividade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E3	72	15,24	4,251	,501

**One-Sample Test**

Test Value = 13.20						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E3	4,064	71	,000	2,036	1,04	3,04

*Actividade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E4	72	18,65	4,358	,514

**One-Sample Test**

Test Value = 16.90						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E4	3,413	71	,001	1,753	,73	2,78

*Procura de Excitação:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E5	72	16,97	4,213	,496

**One-Sample Test**

	Test Value = 16.60					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E5	,750	71	,456	,372	-,62	1,36

*Emoções Positivas:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E6	72	22,24	4,799	,566

**One-Sample Test**

	Test Value = 18.10					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
E6	7,314	71	,000	4,136	3,01	5,26

*Abertura à Experiência:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O	72	118,60	18,364	2,164

## One-Sample Test

Test Value = 106.70						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O	5,497	71	,000	11,897	7,58	16,21

*Fantasia:*

T-Test

## One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O1	72	18,75	5,186	,611

## One-Sample Test

Test Value = 17.00						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O1	2,863	71	,006	1,750	,53	2,97

*Estética:*

T-Test

## One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O2	72	21,10	5,462	,644

## One-Sample Test

Test Value = 20.30						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O2	1,238	71	,220	,797	-,49	2,08

*Sentimentos:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O3	72	21,63	3,705	,437

**One-Sample Test**

	Test Value = 19.30					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O3	5,324	71	,000	2,325	1,45	3,20

*Acções:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O4	72	17,76	3,694	,435

**One-Sample Test**

	Test Value = 16.20					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O4	3,592	71	,001	1,564	,70	2,43

*Ideias:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O5	72	19,19	5,849	,689

## One-Sample Test

Test Value = 16.30						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O5	4,199	71	,000	2,894	1,52	4,27

Valores:

T-Test

## One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O6	72	20,17	3,263	,385

## One-Sample Test

Test Value = 17.50						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O6	6,934	71	,000	2,667	1,90	3,43

Amabilidade:

T-Test

## One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A	72	123,38	16,945	1,997

## One-Sample Test

Test Value = 121.80						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A	,789	71	,433	1,575	-2,41	5,56

*Confiança:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A1	72	19,35	4,894	,577

**One-Sample Test**

	Test Value = 18,50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A1	1,469	71	,146	,847	-,30	2,00

*Rectidão:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A2	72	20,18	3,937	,464

**One-Sample Test**

	Test Value = 19,50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A2	1,467	71	,147	,681	-,24	1,61

*Altruísmo:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A3	72	23,49	3,533	,416

**One-Sample Test**

Test Value = 22.30						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A3	2,849	71	,006	1,186	,36	2,02

*Complacência:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A4	72	18,47	4,519	,533

**One-Sample Test**

Test Value = 19.30						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A4	-1,554	71	,125	-,828	-1,89	,23

*Modéstia:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A5	72	19,75	4,503	,531

**One-Sample Test**

Test Value = 20.50						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A5	-1,413	71	,162	-,750	-1,81	,31

*Sensibilidade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A6	72	22,14	2,971	,350

**One-Sample Test**

	Test Value = 21.50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A6	1,825	71	,072	,639	-,06	1,34

*Conscienciosidade:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C	72	128,81	20,707	2,440

**One-Sample Test**

	Test Value = 120.00					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C	3,608	71	,001	8,806	3,94	13,67

*Competência:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C1	72	22,39	3,862	,455

**One-Sample Test**

Test Value = 19.70						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C1	5,907	71	,000	2,689	1,78	3,60

*Ordem:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C2	72	21,04	5,885	,694

**One-Sample Test**

Test Value = 19.40						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C2	2,367	71	,021	1,642	,26	3,02

*Dever:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C3	72	24,10	3,647	,430

**One-Sample Test**

Test Value = 23.20						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C3	2,088	71	,040	,897	,04	1,75

*Realização:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C4	72	21,42	4,405	,519

**One-Sample Test**

	Test Value = 19.70					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C4	3,307	71	,001	1,717	,68	2,75

*Auto-Disciplina:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C5	72	20,82	4,801	,566

**One-Sample Test**

	Test Value = 19.20					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C5	2,862	71	,006	1,619	,49	2,75

*Deliberação:*

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
C6	72	19,04	5,563	,656

## One-Sample Test

Test Value = 18.40						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
C6	,979	71	,331	,642	-,67	1,95

Resumo das médias e desvios-padrões dos domínios e facetas do NEO-PI-R na amostra de primíparas tardias:

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
N1	72	18,89	5,065
E1	72	23,39	3,717
O1	72	18,75	5,186
A1	72	19,35	4,894
C1	72	22,39	3,862
N2	72	13,06	4,450
E2	72	16,96	5,199
O2	72	21,10	5,462
A2	72	20,18	3,937
C2	72	21,04	5,885
N3	72	14,40	5,391
E3	72	15,24	4,251
O3	72	21,63	3,705
A3	72	23,49	3,533
C3	72	24,10	3,647
N4	72	15,14	4,336
E4	72	18,65	4,358
O4	72	17,76	3,694
A4	72	18,47	4,519
C4	72	21,42	4,405
N5	72	15,39	4,244
E5	72	16,97	4,213
O5	72	19,19	5,849
A5	72	19,75	4,503
C5	72	20,82	4,801
N6	72	10,96	4,467
E6	72	22,24	4,799
O6	72	20,17	3,263
A6	72	22,14	2,971
C6	72	19,04	5,563
N	72	87,83	21,131
E	72	113,44	16,988
O	72	118,60	18,364
A	72	123,38	16,945
C	72	128,81	20,707
Valid N (listwise)	72		

Percentagens associadas aos domínios e facetas do NEO-PI-R na amostra de primíparas tardias:

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
N1	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E1	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O1	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A1	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C1	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
N2	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E2	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O2	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A2	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C2	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
N3	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E3	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O3	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A3	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C3	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
N4	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E4	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O4	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A4	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C4	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
N5	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E5	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O5	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A5	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C5	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
N6	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E6	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O6	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A6	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C6	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
N	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
E	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
O	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
A	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
C	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%

Teste da Normalidade:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
N1	,101	72	,068	,977	72	,203
E1	,087	72	,200*	,984	72	,482
O1	,091	72	,200*	,978	72	,245
A1	,086	72	,200*	,978	72	,248
C1	,110	72	,032	,978	72	,245
N2	,073	72	,200*	,980	72	,304
E2	,094	72	,195	,982	72	,397
O2	,107	72	,039	,963	72	,034
A2	,082	72	,200*	,976	72	,194
C2	,134	72	,003	,967	72	,058
N3	,085	72	,200*	,983	72	,461
E3	,114	72	,021	,972	72	,105
O3	,124	72	,008	,978	72	,254
A3	,101	72	,067	,981	72	,335
C3	,120	72	,012	,974	72	,138
N4	,103	72	,058	,979	72	,282
E4	,115	72	,020	,977	72	,197
O4	,088	72	,200*	,981	72	,363
A4	,084	72	,200*	,986	72	,618
C4	,101	72	,065	,965	72	,045
N5	,106	72	,044	,960	72	,021
E5	,095	72	,181	,983	72	,421
O5	,077	72	,200*	,988	72	,715
A5	,094	72	,187	,975	72	,169
C5	,098	72	,082	,971	72	,098
N6	,102	72	,060	,973	72	,117
E6	,091	72	,200*	,976	72	,193
O6	,083	72	,200*	,981	72	,353
A6	,102	72	,061	,982	72	,385
C6	,096	72	,098	,967	72	,059
N	,081	72	,200*	,983	72	,466
E	,094	72	,188	,963	72	,033
O	,056	72	,200*	,992	72	,915
A	,077	72	,200*	,990	72	,836
C	,096	72	,098	,969	72	,074

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

*ANEXO J*

ANEXO J

OUTPUTS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS OBTIDOS  
 ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES  
 PSICOLÓGICAS DE FEMININO E DE MATERNO

- Médias, desvios-padrões, valores mínimos e máximos das percentagens das respostas assinaladas pela amostra de primíparas tardias como Feminino e Materno:

**Statistics**

		Perc_Fem	Perc_Mat
N	Valid	72	72
	Missing	0	0
Mean		45,9717	54,0261
Median		43,7500	56,2500
Std. Deviation		9,52192	9,52175
Minimum		22,81	25,45
Maximum		74,55	77,19

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perc_Fem	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%
Perc_Mat	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%

Teste à hipótese da normalidade das variáveis através do Teste de Ajustamento de Kolmogorov-Smirnov:

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Perc_Fem	,106	72	,043	,970	72	,080
Perc_Mat	,106	72	,043	,970	72	,081

a. Lilliefors Significance Correction

Teste "T-Student" para amostras emparelhadas:

#### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Perc_Fem	45,9717	72	9,52192	1,12217
	Perc_Mat	54,0261	72	9,52175	1,12215

#### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Perc_Fem & Perc_Mat	72	-1,000	,000

#### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Perc_Fem - Perc_Mat	-8,05444	19,04367	2,24432	-12,52949	-3,57940	-3,589	71	,001

Diferenças entre as percentagens de respostas de Feminino e de Materno dadas pelas primíparas tardias da amostra:

#### Statistics

cat dif percentagens

N	Valid	Missing
	72	0

#### cat\_dif\_percentagens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino < Materno	49	68,1	68,1	68,1
	Feminino = Materno	2	2,8	2,8	70,8
	Feminino > Materno	21	29,2	29,2	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

*ANEXO L*

## ANEXO L

OUTPUTS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS OBTIDOS  
 ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO DA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo da *idade materna* das primíparas tardias:

## Statistics

Idade		
N	Valid	72
	Missing	0
Mean		37,67
Median		38,00
Std. Deviation		2,301
Minimum		34
Maximum		46

Percentagens da *idade materna* das primíparas tardias:

## Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	34	1	1,4	1,4	1,4
	35	14	19,4	19,4	20,8
	36	10	13,9	13,9	34,7
	37	10	13,9	13,9	48,6
	38	16	22,2	22,2	70,8
	39	7	9,7	9,7	80,6
	40	7	9,7	9,7	90,3
	41	3	4,2	4,2	94,4
	42	1	1,4	1,4	95,8
	43	2	2,8	2,8	98,6
	46	1	1,4	1,4	100,0
	Total		72	100,0	100,0

Percentagens das *nacionalidades* das primíparas tardias:

		Nacion			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	53	73,6	73,6	73,6
	Angolana	4	5,6	5,6	79,2
	Moçambicana	3	4,2	4,2	83,3
	Brasileira	4	5,6	5,6	88,9
	franco-portuguesa	1	1,4	1,4	90,3
	Espanhola	1	1,4	1,4	91,7
	Alemã	3	4,2	4,2	95,8
	Romena	1	1,4	1,4	97,2
	Moçambicana/ Portuguesa	1	1,4	1,4	98,6
	Francesa	1	1,4	1,4	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Percentagens das *zonas de residência* das primíparas tardias:

		Z_resid			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	grande lisboa	54	75,0	79,4	79,4
	sul	14	19,4	20,6	100,0
	Total	68	94,4	100,0	
Missing	System	4	5,6		
Total		72	100,0		

Percentagens das *habilitações literárias* das primíparas tardias:

		niv_habil_lit			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	escolaridade básica	6	8,3	8,6	8,6
	escolaridade média	16	22,2	22,9	31,4
	escolaridade superior	48	66,7	68,6	100,0
	Total	70	97,2	100,0	
Missing	System	2	2,8		
Total		72	100,0		

Percentagens do *nível socio-económico* das primíparas tardias:

		Niv_soc_eco			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baixo	13	18,1	19,1	19,1
	médio	23	31,9	33,8	52,9
	elevado	32	44,4	47,1	100,0
	Total	68	94,4	100,0	
Missing	System	4	5,6		
Total		72	100,0		

Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo dos *anos de relação conjugal* das primíparas tardias:

#### Statistics

An_rel_conj		
N	Valid	71
	Missing	1
Mean		2,59
Std. Error of Mean		,150
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		1,260
Minimum		1
Maximum		6

Percentagens dos *anos de relação conjugal* das primíparas tardias

		An_rel_conj			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-1 ano	13	18,1	18,3	18,3
	1-3 anos	27	37,5	38,0	56,3
	3-6 anos	14	19,4	19,7	76,1
	6-10 anos	13	18,1	18,3	94,4
	10-15 anos	1	1,4	1,4	95,8
	15-20 anos	3	4,2	4,2	100,0
	Total	71	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		72	100,0		

Percentagens do *estado civil* nas primíparas tardias:

**Est\_civil**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid solteira	3	4,2	4,2	4,2
união de facto	22	30,6	30,6	34,7
casada	47	65,3	65,3	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Percentagens de *grávidas e puérperas/mães* nas primíparas tardias:

**Grávida**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	22	30,6	30,6	30,6
não	50	69,4	69,4	100,0
Total	72	100,0	100,0	

**Puérpera**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	50	69,4	69,4	69,4
não	22	30,6	30,6	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Percentagens de *gravidezes planeadas e não planeadas* nas primíparas tardias:

**Gravdz\_plan\_mãe**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	56	77,8	77,8	77,8
não	16	22,2	22,2	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Percentagens de *gravidezes desejadas e indesejadas* nas primíparas tardias:

**Gravdz\_des\_mãe**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	69	95,8	95,8	95,8
não	3	4,2	4,2	100,0
Total	72	100,0	100,0	

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Gravdz_plan_mãe * Gravdz_des_mãe	72	100,0%	0	,0%	72	100,0%

## Gravdz\_plan\_mãe \* Gravdz\_des\_mãe Crosstabulation

			Gravdz_des_mãe		Total
			sim	não	
Gravdz_ plan_mãe	sim	Count	56	0	56
		% of Total	77,8%	,0%	77,8%
	não	Count	13	3	16
		% of Total	18,1%	4,2%	22,2%
Total		Count	69	3	72
		% of Total	95,8%	4,2%	100,0%

Percentagens das *gravidezes anteriores* nas primíparas tardias:

## Gravidz\_ant

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 gravidez	16	22,2	69,6	69,6
	2 gravidezes	5	6,9	21,7	91,3
	3 gravidezes	1	1,4	4,3	95,7
	4 gravidezes	1	1,4	4,3	100,0
	Total	23	31,9	100,0	
Missing	System	49	68,1		
Total		72	100,0		

Percentagens de *abortos espontâneos* nas primíparas tardias:

## Abortos\_esp

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 aborto espontâneo	11	15,3	73,3	73,3
	2 abortos espontâneos	2	2,8	13,3	86,7
	3 abortos espontâneos	2	2,8	13,3	100,0
	Total	15	20,8	100,0	
Missing	System	57	79,2		
Total		72	100,0		

Percentagens dos *tipos de gravidez* nas primíparas tardias:

**Tipo\_gravidz**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	normal	46	63,9	86,8	86,8
	de risco	7	9,7	13,2	100,0
	Total	53	73,6	100,0	
Missing	System	19	26,4		
Total		72	100,0		

Percentagens dos *tipos de parto* nas primíparas tardias:

**Tipo\_parto**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eutócico	11	15,3	25,6	25,6
	distócico	5	6,9	11,6	37,2
	cesariana	27	37,5	62,8	100,0
	Total	43	59,7	100,0	
Missing	System	29	40,3		
Total		72	100,0		

Percentagens das primíparas tardias que frequentaram ou não cursos de *preparação para o parto*:

**Prep\_parto**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	35	48,6	66,0	66,0
	não	18	25,0	34,0	100,0
	Total	53	73,6	100,0	
Missing	System	19	26,4		
Total		72	100,0		

Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo do número de *consultas de vigilância da gravidez* realizadas pelas primíparas tardias:

**Statistics**

Nº cons vig_grv		
N	Valid	66
	Missing	6
Mean		2,03
Std. Error of Mean		,084
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,679
Variance		,461
Minimum		1
Maximum		4

Percentagens das primíparas tardias que realizaram *consultas de vigilância da gravidez*:

Nº_cons_vig_grv		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1- 5 consultas	12	16,7	18,2	18,2
	6 - 10 consultas	42	58,3	63,6	81,8
	11-15 consultas	10	13,9	15,2	97,0
	16-20 consultas	2	2,8	3,0	100,0
	Total	66	91,7	100,0	
Missing	System	6	8,3		
Total		72	100,0		

Percentagens das primíparas tardias que apresentaram ou não *complicações obstétricas*:

Complicações		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem complicações	47	65,3	78,3	78,3
	Com complicações	13	18,1	21,7	100,0
	Total	60	83,3	100,0	
Missing	System	12	16,7		
Total		72	100,0		

Percentagens das várias complicações obstétricas apresentadas pelas primíparas tardias:

**Comp\_Obst**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nenhuma	47	65,3	65,3	65,3
hemorragias	1	1,4	1,4	66,7
miomas	1	1,4	1,4	68,1
fungos	1	1,4	1,4	69,4
útero septado	1	1,4	1,4	70,8
pouco líq amniót, hipert e batim. card.fetais acelerados	1	1,4	1,4	72,2
hidramnios	1	1,4	1,4	73,6
não respondeu	12	16,7	16,7	90,3
streptococcus agalactiae	1	1,4	1,4	91,7
Inflamação	1	1,4	1,4	93,1
incompatibilidade feto-pélvica	1	1,4	1,4	94,4
placenta prévia	1	1,4	1,4	95,8
Prematuridade	1	1,4	1,4	97,2
HTA	1	1,4	1,4	98,6
diabetes gestacional	1	1,4	1,4	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Percentagens das primíparas tardias que sofreram ou não *internamentos durante a gravidez*:

**Int\_dur\_gravdz**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	67	93,1	93,1	93,1
sim	5	6,9	6,9	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Percentagens dos casais que estiveram ou não *mais de um ano a tentar engravidar*:

**mais1ano\_grvdz**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	21	29,2	29,2	29,2
não	51	70,8	70,8	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Percentagens dos casais que recorreram ou não a *técnicas de reprodução medicamente assistida*:

Técn\_Rep\_med\_ass

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	11	15,3	15,3	15,3
não	61	84,7	84,7	100,0
Total	72	100,0	100,0	-

Percentagens dos *factores que motivaram o adiamento da maternidade* indicados pelas primíparas tardias:

Statistics

	Ad_mat_mot	Ad_mat_prof	Ad_mat_econ	Ad_mat_conj	Ad_mat_saú
N Valid	69	69	68	68	67
Missing	3	3	4	4	5

*Motivacionais:*

Ad\_mat\_mot

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	25	34,7	36,2	36,2
não	44	61,1	63,8	100,0
Total	69	95,8	100,0	
Missing System	3	4,2		
Total	72	100,0		

*Profissionais:*

Ad\_mat\_prof

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	27	37,5	39,1	39,1
não	42	58,3	60,9	100,0
Total	69	95,8	100,0	
Missing System	3	4,2		
Total	72	100,0		

*Económicos:*

Ad\_mat\_econ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	13	18,1	19,1	19,1
	não	55	76,4	80,9	100,0
	Total	68	94,4	100,0	
Missing	System	4	5,6		
Total		72	100,0		

*Conjugais:*

Ad\_mat\_conj

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	36	50,0	52,9	52,9
	não	32	44,4	47,1	100,0
	Total	68	94,4	100,0	
Missing	System	4	5,6		
Total		72	100,0		

*Saúde:*

Ad\_mat\_saú

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	5	6,9	7,5	7,5
	não	62	86,1	92,5	100,0
	Total	67	93,1	100,0	
Missing	System	5	6,9		
Total		72	100,0		