

DM
CORR/M1

**Dissertação de Mestrado em
Psicopatologia e Psicologia Clínica do
Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

**O Feminino e o Materno no Insucesso de
Gravidez de Repetição**

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a Isabel Leal

Dissertação apresentada por: Maria de Jesus Correia

Março/ 2000



C.

 **ISPA** | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registo: 13415
Data: 11/06/02

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível com o contributo directo e indirecto de muitos a quem agradeço profundamente. Gostaria de nomear alguns:

Profª Drª Isabel Leal pela orientação sempre sábia e concisa, pelo incentivo e apoio durante esta “longa caminhada”, um obrigada muito, muito especial.

Adelina, Carla e Clara pela ajuda imprescindível na recolha da amostra.

Drªs Regina e Fátima Serrano cuja disponibilidade e colaboração facilitaram o acesso à amostra.

Todas as Mulheres que se disponibilizaram a participar neste trabalho.

Dr. José Luis Monteiro pela contribuição fundamental no tratamento estatístico.

Mª José Poseiro pela disponibilidade, paciência e colaboração durante toda a realização do trabalho.

Fernando Miguel pela disponibilidade e colaboração quer nos arranjos gráficos quer nos “truques informáticos”

Mª José Alves, Fátima Xarepe, Fátima Palma, pela paciência e pela compreensão em momentos de menor disponibilidade para as “nossas tarefas”.

Elementos do Departamento de Psicologia Clínica da MAC (incluindo os estagiários) por virem permitindo o desenvolvimento do meu interesse, conhecimento e empenho na Psicologia da Gravidez e da Maternidade.

Lília pela cumplicidade, partilha e incentivo inerentes ao ser “companheira de jornada”.

São e Rosário, amigas especiais, pela paciência, pelos contributos à inspiração, pela amizade, pelas demonstrações de carinho nas horas mais difíceis.

Pais, pelo imprescindível amor, apoio e compreensão em todos os momentos, mesmo os verdadeiramente difíceis.

Resumo

O presente trabalho enquadra-se no âmbito da investigação na área da Psicologia da Gravidez e da Maternidade, onde se inscrevem um conjunto de reflexões temáticas e clínicas às quais procuramos modestamente dar um contributo.

Concretamente, procuramos um espaço de reflexão onde intercepçionamos o fenómeno gravídico, mais concretamente o seu insucesso, com a abordagem psicológica dos conceitos de Feminino e de Materno.

Trata-se de um estudo exploratório que visa comparar as dimensões psicológicas do Feminino e do Materno em mulheres com Insucesso de Gravidez de Repetição (de agora em diante designado por IGR) e mulheres sem IGR, postulando nós que as primeiras apresentarão uma menor dimensão do Materno e uma maior do Feminino quando comparadas com as segundas.

A amostra é constituída por 80 sujeitos; optou-se por uma análise estatística do tipo descritiva e pela comparação entre médias através do Teste de Mann-Whitney para os resultados provenientes do instrumento utilizado - Questionário de Avaliação de Atitudes e Representações Parentais (AARP) construído e utilizado pela primeira vez na Tese de Mestrado “Um Filho a todo o custo” de I. Matos (1997).

Os resultados obtidos não vão de encontro às hipóteses postuladas ou seja, não encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões de Feminino e de Materno entre mulheres Com e Sem IGR.

Índice

Agradecimentos

Introdução.....	7
------------------------	----------

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Ser Mulher e Mãe através dos tempos e dos povos.....	12
1.1. Introdução.....	13
1.2. Ser Mulher: O Feminino.....	13
1.3. Ser Mãe: O Materno.....	24
1.3.1. Teorias Psicológicas.....	24
1.3.2. Integração Sociocultural.....	30
1.4. O Feminino e o Materno.....	39
1.4.1. Contributos para uma Nova Abordagem.....	39
1.4.2. Géneses: Feminino/ Masculino; Materno/ Paterno.....	40
Capítulo 2 . A Gravidez “Biopsicocultural”.....	45
2.1. Introdução.....	46
2.2. Breve Abordagem Histórico- Cultural.....	46
2.3. Gravidez como Experiência Psicológica.....	52
2.3.1. Fases da Gravidez.....	55
2.3.2. Gravidez : Feminino e Materno.....	59
Capítulo 3 . Insucesso de Gravidez.....	62
3.1. Introdução.....	63
3.2. Aborto Espontâneo e Morte Fetal.....	65
3.3. Etiologia.....	67
3.4. Factores Psicológicos na Etiologia.....	68
3.5. Reacções Psicológicas.....	74
3.5.1. Luto.....	76

II – O ESTUDO

Capítulo 4 . O Estudo.....	80
4.1. Objectivos.....	81
4.2. Tipo de Estudo	82
4.3. Metodos.....	83
4.3.1. Participantes.....	83
4.3.2. Material.....	85
4.3.3. Procedimento.....	87
Capítulo 5 . Resultados.....	90
5.1. Introdução.....	91
5.2. Análise Estatística.....	92
5.2.1. Análise Estatística da 1ª Hipótese.....	94
5.2.2. Análise Estatística da 2ª Hipótese.....	97
5.2.3. Análise Estatística da 3ª Hipótese.....	100
5.2.4. Análise Estatística da 4ª Hipótese.....	103
5.2.5. Análise Estatística de uma Nova Hipótese.....	106
5.3. Sumarização dos Resultados.....	109
5.4. Discussão.....	114
Capítulo 6 . Considerações Finais	116
Referências.....	121
Anexos	
Anexo A – Questionário de Avaliação das Atitudes e Representações Parentais.....	130
Anexo B – Resultados Brutos.....	158
Anexo C – Análise Estatística da 1ª Hipótese.....	185
Anexo D - Análise Estatística da 2ª Hipótese.....	188
Anexo E - Análise Estatística da 3ª Hipótese.....	191
Anexo F - Análise Estatística da 4ª Hipótese.....	194

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 1ª Hipotese.....	95
Gráfico 2- Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para a 1ª Hipotese	95
Gráfico 3- Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 2ª Hipotese.....	98
Gráfico 4- Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para a 2ª Hipotese.....	98
Gráfico 5- Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 3ª Hipotese.....	101
Gráfico 6- Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para a 3ª Hipotese.....	101
Gráfico 7- Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 4ª Hipotese.....	104
Gráfico 8- Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para a 4ª Hipotese.....	104
Gráfico 9- Gráfico Comparativo entre Mulheres Com IGR e Sem IGR	
Relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno.....	110
Gráfico 10- Gráfico Comparativo entre Mulheres Com IGR no 1º e no 2º/3º	
Trimestre de Gravidez Relativamente às Dimensões do Feminino	
e do Materno.....	111
Gráfico 11- Gráfico Comparativo entre Mulheres Com IGR Não Grávidas e Grávidas	
Relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno.....	112
Gráfico 12- Gráfico Comparativo entre Mulheres Sem IGR Não Grávidas e Grávidas	
Relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno.....	113

Índice de Quadros

Quadro 1- Resultados Referentes ao Teste Mann Whitney Aplicado à 1ª Hipotese.....	96
Quadro 2- Resultados Referentes ao Teste Mann Whitney aAplicado à 2ª Hipotese.....	99
Quadro 3- Resultados Referentes ao Teste Mann Whitney Aplicado à 3ª Hipotese.....	102
Quadro 4- Resultados Referentes ao Teste Mann Whitney Aplicado à 4ª Hipotese.....	105
Quadro 5- Resultados Referentes à Verificação de Diferenças entre as Dimensões do Feminino e do Materno em Mulheres Sem IGR.....	107
Quadro 6- Resultados Referentes à Comparação Entre o Nº de Respostas da Dimensão do Feminino e do Materno em Mulheres Sem IGR.....	107
Quadro 7- Resultados Referentes à Verificação de Diferenças entre as Dimensões do Feminino e do Materno em Mulheres Com IGR.....	108
Quadro 8- Resultados Referentes à Comparação Entre o Nº de Respostas da Dimensão do Feminino e do Materno em Mulheres Com IGR.....	109

Introdução

A Psicologia enquanto ciência e enquanto profissão no domínio da saúde e da medicina comportamental vem a ser definida por Matarazzo (1980) como **Psicologia da Saúde**.

Neste enquadramento, e nos últimos anos vem ganhando grande destaque entre nós uma nova área de saberes e de práticas muito específicos designada por **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**.

Por Psicologia da Gravidez e da Maternidade entendemos em concordância com Leal (1992, 1999) “ *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*”

Continuando a citar a autora : “ *Epistemologicamente, a delimitação desse território de intervenção e de pesquisa implica o assumir de uma óptica transdisciplinar, ou seja, o assumir de um discurso a partir do interior de uma disciplina – a psicologia , para, como dirie Agra (1986) decifrar as mensagens que aí circulam noutros domínios disciplinares, Implica, do nosso ponto de vista, a partir das interfaces dos antigos limites disciplinares assumir que este território é, ele próprio, produtor de um discurso normativo, legislativo e regulador daquilo que produz e que, isso mesmo se deve espelhar no valor heurístico das suas propostas.*”

Neste contexto, um dos contributos da Psicologia da Maternidade vem sendo o entendimento da mulher enquanto possuidora de uma dupla função; a de afirmação de uma identidade própria e a de ser que procria.

A Psicologia da Maternidade centrando-se na gravidez tem forçosamente que reflectir sobre as questões da identidade feminina.

Se por um lado a gravidez enquanto fenómeno de procriação se relaciona com uma dimensão biológica e concomitantes vivências psicológicas, por outro, a maternidade (exercício do ser mãe) é já uma dimensão social e cultural que, na nossa cultura, se associa à capacidade de conter, amparar, apoiar (Leal, 1999).

Da experiência do senso comum mas também da experiência de intervenção psicológica nesta área verificamos que a capacidade física e biológica para ter uma gravidez, logo para ter filhos, não está directamente relacionada com a capacidade para o exercício do materno.

Gravidez e Maternidade nem sempre se ligam como um contínuo de sucesso; por vezes são mesmo duas realidades difíceis de conciliar. É que, ficar grávida, para algumas mulheres é uma forma de vir a cumprir mais uma reivindicação do mundo circundante; têm-se filhos porque sim, porque se têm casas, carros e profissões de sucesso. Mas, por outro lado, temos mulheres para quem ter filhos é fundamental porque ser mãe é o seu principal desejo.

Entre estes dois extremos, um que talvez possamos considerar uma afirmação do feminino e outro uma afirmação do materno (Leal, 1999) há que encontrar um equilíbrio e perceber claramente de que falamos, aguarda-nos um trabalho criterioso em torno da teorização e avaliação destas dimensões.

É ainda Leal (1999) quem nos ajuda na definição destas dimensões. Assim, ao conceito **Feminino** associam-se características ligadas à actividade e aos desempenhos traduzido na prática pela capacidade de afirmação pessoal e social do indivíduo do género feminino. Ao conceito de **Materno** associamos a função de acolhimento, contenção/protecção e promoção do desenvolvimento de uma criança que existe não em função das necessidades do próprio.

Por outro lado, sabemos que na etiologia do **Insucesso de Gravidez- Aborto Espontâneo e Morte Fetal**- nem sempre se encontram causas orgânicas explicativas. Vão neste sentido os estudos citados por Justo (1986), Soifer (1971), Keye (1994) e Pines (1990,1997). Ainda neste sentido Langer (1986) diz-nos “*A defesa mais radical contra a angústia provocada pela gravidez consiste no aborto, expulsão prematura do feto sentido como persecutório logo não integrado psicologicamente*”.

Também a nossa experiência clínica nos conduz a pensar que mulheres com insucesso de gravidez de repetição apresentam dificuldades em lidar com um outro ser no seu interior, como se a sua capacidade de conter/ proteger estivesse limitada/ impossibilitada, muitas vezes percebendo nós da sua história pessoal uma complexa relação com a sua própria mãe também ela sentida como pouco contentora/ protectora. Como se nestas mulheres não fosse possível uma vinculação pré-natal (Sá, 1997) por dificuldade na construção quer do bebé fantasmático - construído a partir das experiências de filiação dos pais, quer do bebé imaginário- construído a partir da ressonância pela gravidez no imaginário dos pais (conceitos de Soulé, citados por Sá, 1997) logo tornando impossível a existência de um bebé real.

É tendo todo este pano de fundo como referencial que nos surge a possibilidade de postular a existência de uma relação entre a incapacidade de levar a termo e com sucesso uma gravidez da qual resulte um filho vivo (insucesso de gravidez) e o modo como se articulam as dimensões de Feminino e de Materno tomando assim corpo a nossa **questão de investigação: Existirão diferenças nas dimensões psicológicas de Feminino e de Materno entre mulheres Com Insucesso de Gravidez de Repetição e mulheres Sem Insucesso de Gravidez.**

Assim, e tentando dar resposta a esta questão organizamos o presente trabalho do seguinte modo:

Numa **I Parte**, são apresentadas e integradas do ponto de vista teórico as questões que nos levaram à elaboração desta investigação.

Nesse enquadramento teórico, procede-se a uma revisão de literatura em torno da construção dos conceitos de Feminino e de Materno numa abordagem socio-histórica e psicológica; ainda neste enquadramento, reflectimos sobre a gravidez quer ao nível cultural e psicológico quer inserida na anteriormente explicitada abordagem do feminino e do materno. Em seguida, definimos o Insucesso de Gravidez e o modo como pode ser entendido médica e psicologicamente.

Na **II Parte**, é apresentado o estudo, alicerçado introdutoriamente pelo enquadramento teórico e dissecado na prática com a descrição dos objectivos, do instrumento utilizado, do procedimento e da caracterização da amostra. Em seguida, apresentamos e descrevemos os resultados.

Finalmente, tecem-se algumas considerações acerca da globalidade do trabalho dando algum ênfase às suas limitações.

I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.
SER MULHER E MÃE ATRAVÉS DOS TEMPOS E DOS POVOS

1.1. Introdução

É nosso objectivo conseguir um espaço de reflexão sobre dois conceitos considerados como fortemente relacionados e fundamentais na definição do ser mulher : **o Feminino e o Materno.**

Com Leal (1999) consideraremos que, desde Freud e até ao final do séc. XX “*vale a pena sublinhar, dentro dos autores que se reclamam da psicanálise, dois eixos discursivos sobre a mulher; um que toma como objecto a identidade feminina e outro que tem como objecto a função materna*”.

A partir de uma revisão de literatura evidenciaremos a **evolução histórica, antropológica e social** da conceptualização destes conceitos.

Num segundo momento e tendo como antecedente histórico a noção de que a construção do feminino passa pela existência do materno, pretendemos reflectir sobre esta construção e, criar um outro espaço onde constatamos a emergência de uma **nova construção teórica** que desvaloriza a inevitabilidade da associação feminino – materno.

Mais uma vez citamos Leal (1999) que, a este propósito, nos diz: “*Se algumas vezes os conceitos se confundem ou se misturam, outras, estão claramente separados.*”

1.2. Ser Mulher: O Feminino

Quando procuramos teorias sobre a formação da identidade feminina verificamos que se enquadram essencialmente nas abordagens psicanalíticas.

Umam salientam as influências de factores de ordem biológica outras, sem negarem esta influência, consideram que os factores psicológicos pós natais de ordem relacional e cultural podem anular essa acção ao ponto de dominarem a evolução da identidade.

Neste contexto psicanalítico podemos considerar diversos autores que estudam e discutem sobre o **conceito de feminino**.

Cabe a **Freud** a formulação de uma teoria psicosexual na qual se pressupõe a origem sexual da neurose. Nela se enquadra a descoberta de uma sexualidade infantil e a relação desta com os quadros psicopatológicos.

Relativamente ao **feminino**, Freud compreende-o e desenvolve-o por decalque à sua compreensão do masculino.

De acordo com este autor, a anatomia ou “configuração morfológica” tem um papel determinante considerando ainda a existência de uma bissexualidade inata.

Só na sua obra “O final do Complexo de Édipo” (1924) faz algumas considerações sobre a feminilidade referindo que o desenvolvimento psicosexual feminino é “obscuro”, no entanto, considera que a menina, tal como o rapaz, passa por uma fase oral e anal até entrar na fase fálica.

Considera portanto que ambos passam pela mesma evolução psicosexual até ao momento em que a menina dá conta da diferença anatómica entre os sexos, por volta dos 3, 4 anos. É nessa altura que surgem nela sentimentos de inveja, desejo de possuir um genital masculino e um sentimento de inferioridade e desprezo pelo próprio sexo.

Esta diferença vai ser interpretada como tendo sido causada por uma mutilação genital, por castigo das suas brincadeiras sexuais. A menina, vai então ligar-se ao pai com o desejo de receber dele o pénis que tanto deseja.

Progressivamente, dá-se conta da impossibilidade que o pai tem em satisfazer-lhe os seus desejos e, afastar-se-á dele pouco a pouco ficando disponível para se ligar a outros objectos.

Na sua obra “Algumas consequências psíquicas da diferença anatómica dos sexos” (1925) Freud refere que a menina vai culpar a mãe da sua inferioridade genital e por isso afasta-se dela.

Em “Sobre a Sexualidade Feminina” (1931) e “Novas abordagens à psicanálise (1933) chama a atenção para o facto de tanto os rapazes como as raparigas terem como primeiro objecto de amor a mãe (ou substituto dela).

Deste modo e nesta perspectiva, o rapaz inicia o seu desenvolvimento de forma adequada - ama desde o primeiro momento da sua vida um ser do sexo oposto; já a rapariga, terá que desligar-se da mãe para se dirigir para o pai ; assim cria o modelo infantil para a sua eleição heterossexual adulta.

Porém, a relação amorosa com a mãe é fundamental para que a menina tenha capacidade de se identificar com ela mais tarde.

Na sua obra “Análises Termináveis e Intermináveis”(1937) sobre o desenvolvimento da identidade feminina Freud considera que só quando a mulher supera a sua inveja do pénis e deixa de ter o seu erotismo genital focalizado no clitóris estará a caminho da feminilidade. Tem então capacidade para desistir da sua mãe e de se voltar para o seu pai (objecto heterossexual).

Dois outros caminhos são possíveis; por um lado a competição com o homem na procura do poder fálico (podem originar-se condutas homossexuais); por outro, uma completa inibição da sexualidade.(pode conduzir à neurose).

A aquisição da feminilidade é então determinada pela mudança da zona erógena (do clitóris para a vagina) numa passagem da masturbação para a receptividade o que traduz o abandono da masculinidade original

Temos portanto que, o sexo feminino é definido pela negativa em relação ao sexo masculino; tornar-se mulher é aceitar não ser homem através de um laborioso itinerário.

Neste sentido, J. Sayers (1992) considera que, para Freud, as mulheres não são possuidoras de nenhum outro impulso independente do pai e do seu pénis; não possuem nenhum desejo oriundo do próprio ser biológico e social nem mesmo o que se relaciona com o materno.

Mas, o tal laborioso itinerário a que Freud se referiu não ficou claramente explicitado. Ele próprio teve essa noção e em 1925 na sua obra “Algumas consequências psicológicas da diferença anatómica dos sexos” refere-se a esta questão como “*a Psicologia é incapaz de solucionar o enigma da feminilidade*”

H. Deutsch (1949), contemporânea e colaboradora de Freud, contribuiu também para a compreensão do desenvolvimento do feminino, é mesmo referenciada como tendo desbravado a primeira grande descrição psicanalítica da **Psicologia Feminina**.

No seu livro “La Psychologie des Femmes” (1949) considera que a “inveja fálica” é importante mas não fundamental para o desenvolvimento da feminilidade.

Esta dependerá essencialmente da existência do que designou “Trauma Genital” que consistiria em ter vivenciado duas vezes, durante o desenvolvimento sexual infantil, a falta de um órgão para realizar a sua sexualidade activa (pénis) e passiva (vagina).

H. Deutsch considera ainda, ao contrário de Freud, que durante os primeiros anos a menina não é masculina.

Por outro lado, refere que o afastamento da figura materna nunca é totalmente atingido; em todas as fases do desenvolvimento psicosexual da mulher está presente a vinculação à mãe.

Rejeita a explicação freudiana segundo a qual a motivação feminina para ter filhos se baseia na inveja do pénis. Atribui-a à tentativa da mulher em se opor à passividade feminina conseguida através da identificação, na fantasia, com uma imagem activa da mãe.

Deste modo, é através da identificação com a mãe (particularmente intensa na puberdade) que a mulher vai transferir para o campo da realidade o que anteriormente eram brincadeiras simbólicas (com bonecas). Esta actividade, vem a concretizar-se no projecto de ter crianças, de as criar e educar, o que vem a caracterizar a mulher adulta/mãe.

Na perspectiva de H. Deutsch a estrutura psicológica da mulher caracteriza-se por uma vida instintiva de carácter passivo-masoquista; por componentes narcísicos do Eu e por uma vivência afectiva das suas funções geradoras (esta vivência existe antes mesmo da maternidade real). É o equilíbrio destes elementos que, na sua opinião, caracterizam a “mulher feminina”.

A passividade, explica-a como tendo uma componente constitucional ligada a um funcionamento fisiológico (características do clitóris e da vagina); o masoquismo, será a agressividade recalcada na relação com o pai e virada para o próprio Eu que, mais tarde, se transformará na necessidade de ser amada.

O narcisismo, vem contrabalançar a tendência masoquista compensando a “humilhação provocada pela inferioridade genital orgânica”

Define assim a “mulher normal” como a “mulher feminina” capaz de conciliar as suas tendências narcísicas e a sua aptidão masoquista para suportar o sofrimento.

O desejo narcísico de ser amada transforma-se na mulher maternal através da transferência do Eu para a criança que não passa de um substituto do Eu.

Numa outra linha de abordagem podemos considerar os teóricos para quem existe um conhecimento inconsciente e à priori da diferença de sexos; tal aconteceria ainda na fase oral.

Enquadramos aqui **M. Klein** e outros autores da Escola Inglesa que discordam de Freud quanto à sua concepção de feminilidade.

Para estes estudiosos, não será o fracasso da atitude masculina quem obriga a menina a aceitar o papel feminino; consideram que esses comportamentos mais masculinos só são utilizados para ultrapassar as frustrações que sofre na sua tendência primariamente feminina.

Assim, ao fantasiar que “possui um pénis” alivia o seu sentimento de culpa devido ao complexo de Édipo.

M. Klein (1969) no seu livro “A Psicanálise de Crianças” resume as suas ideias sobre o desenvolvimento sexual da menina:

A menina, separa-se do peito da mãe ao receber dela sucessivas frustrações orais; imagina que, mais adiante, receberá do pénis paterno o que antes recebia do seio da mãe.

Ao mesmo tempo, entram em jogo pulsões genitais relativas ao pénis paterno. A passagem do investimento do seio frustrador ao pénis, constitui o núcleo do conflito edipiano precoce.

Começa então o temor fundamental da menina; este temor refere-se ao interior do seu próprio corpo; como o pénis está retido no interior da mãe a menina, que lho quer arrebatá-lo, dirige ao corpo da mãe ataques sádicos. Mas, teme que ela lho devolva e destrua os seus órgãos internos. A menina detesta, então a mãe.

Temos portanto que, de acordo com M. Klein do investimento no seio frustrador, se passa ao investimento no pénis paterno; o desejo oral deste pénis converter-se-á no protótipo do desejo genital, (vaginal) do pénis que está investido de qualidades mágicas.

Mas, o pénis do pai não deixa de frustrar a menina que vai projectar a sua agressividade nele; é um pénis perigoso, cruel, ameaçador; o ataque ao pénis reverte sobre ela e, introjectando - o surge o núcleo do superego paterno.

Na sequência deste pensamento, o pénis paterno é introjectado com ambivalência; a mulher temerá sempre pelo interior do seu corpo.

Ainda segundo a mesma autora o coito, tal como o nascimento de um filho saudável ou o poder amamentá-lo com bom leite, irão tranquilizar a mulher dando-lhe prova de que não está destruída.

Em suma, a menina, como o menino, temem a retaliação por parte da mãe; ambos atacaram o seu corpo. Mas, enquanto o menino pode verificar que não foi castrado, a menina, não tem o órgão visível. O mais visível é o clitóris e, é ele quem receberá os investimentos.

A frustração oral provocada por esta recusa materna desperta na menina as suas tendências genitais; deste modo, o pénis do pai converte-se no objecto de todos os impulsos- orais, anais, uretrais e genitais. Este desejo, sobrepõe-se ao de possuir um pénis como atributo de masculinidade.

Se a menina se mantiver nesta posição predominantemente feminina o comportamento inicial de cobiça e admiração ao pénis do pai, tenderá para uma postura submissa em relação ao sexo masculino; se, inversamente, assumir uma posição masculina, então, poderão surgir manifestações de inveja do pénis.

A necessidade de ter filhos, inerente à eleição da posição feminina, representa a possibilidade de reparar as relações objectais nomeadamente com a figura materna para a qual anteriormente, tinham sido dirigidas pulsões agressivas.

Nesta concepção, considera-se que a rivalidade com a mãe já estaria presente no primeiro ano de vida da criança e não apenas aos 4 anos como Freud considerava; neste sentido, M.Klein considera que a relação com a mãe tem uma dimensão constitutiva precoce na formação da identidade da filha. (F. Collin, 1991)

Uma outra posição a este respeito surge com a culturalista **Karen Horney** que insiste na importância da influência socio-cultural no desenvolvimento psicossexual.

No seu artigo "The flight from womanhood" (1926) a autora considera que Freud e alguns dos seus colaboradores foram excessivamente influenciados pelas características da sociedade da época quando investigaram os processos psicológicos femininos ; critica as suas teorias relativamente ao ênfase dado à "inveja do pénis".
Chama ainda a atenção para a inveja masculina da materno feminino.

K. Horney não concorda com a ideia de que a feminilidade na mulher seja um substituto dos seus desejos masculinos bem como que a maternidade e o desejo de um filho sejam o desejo de possuir o pénis , nunca alcançado.

Na sua opinião, a menina adopta uma atitude feminina desde o início da sua infância (identificando-se com a mãe) e que a identificação com a figura paterna se dá com o intuito de ocultar os seus desejos incestuosos e frustrados para com o pai, bem como o seu sentimento de culpa perante a mãe.

J. Sayers (1992) refere que na opinião de K. Horney o desejo de maternidade não é em nada secundário em relação à inveja do pénis paterno; é um desejo instintivo tal como o é, segundo a autora, o desejo de ser igual à mãe nas relações com o pai.

Enfatiza ainda a influência de factores sociais na determinação do desenvolvimento psicológico psicológico.

Usando palavras de F. Collin (1991), K. Horney “*considera a existência de um dualismo originário dos sexos; restitui ao feminino um riqueza própria e paralela à do masculino*”. Neste sentido, ser mulher não é ser um homem falhado - é ser diferente.

Leal (1999) enquadra **Stoller** num conjunto de autores que irrelevantes a Teoria do Desenvolvimento Psicosexual de Freud e que consideram fundamental quer o meio quer o contexto relacional e social do indivíduo para a construção do Feminino (ou Masculino); a este grupo designa Escola Americana de Psicanálise.

Stoller, ao contrário de Freud considera que a anatomia não traça o destino já que o sentimento de feminilidade pode existir independentemente da percepção dos órgãos genitais, desde que o meio que envolve a criança confirme essa feminilidade.

No seu trabalho sobre hermafroditismo, travestismo e transexualismo demonstra que o domínio biológico e psicológico podem ser completamente independentes e que a identidade sexual é essencialmente determinada pelas influências do meio social.

Fala na **identidade do género nuclear** como sendo “*a convicção de que a designação do sexo da pessoa foi anatómica e psicologicamente correcta*” (Stoller, 1968)

Esta identidade, seria a precursora da identidade de género em torno da qual a masculinidade e a feminilidade se vão gradualmente desenvolvendo e será resultante da influência de diversos factores: de uma “força biológica” com origem genética e iniciada na vida fetal; da designação do sexo quando do nascimento; da influência incessante das atitudes dos pais, especialmente da mãe, sobre o sexo do bebé e da interpretação destas atribuições por parte do bebé; dos fenómenos “biopsíquicos” pós natais que modificam permanentemente a estrutura mental e os comportamentos emitidos pelo bebé e, por último, do desenvolvimento do ego corporal. (Stoller, 1993)

Se por um lado Stoller concorda com a ideia de Freud de que a primeira relação objectal vivida pela criança com a sua mãe se trata de um acto heterossexual para os homens e homossexual para as mulheres, por outro, o conceito de identidade de género nuclear que refere, modifica o que foi definido por Freud pois permite postular a existência de um estado mais precoce do desenvolvimento da identidade de género.

Considera o género uma aquisição que ocorre na fase em que a criança tem uma relação fusional com a mãe e, só após alguns meses é que se torna um objecto claramente separado.

Esta ligação, *“coloca a menina no caminho para a feminilidade da idade adulta mas põe o menino em risco de ter, na sua identidade de género nuclear, um sentido de unidade com a mãe. (um sentido de qualidade de ser mulher)”*. (Stoller, 1993).

Esta situação, faz com que a tarefa da menina seja mais fácil do que a do menino num primeiro momento; posteriormente é necessário que ela se separe da mãe, permanecendo com a sua feminilidade.

A teoria de Stoller introduz assim uma nova forma de olhar para a feminilidade; a mulher passa de uma posição de déficit (conotação patológica atribuída por Freud) para a de vantagem relativamente ao homem; esta posição está para além do investimento na maternidade.

Podemos **resumir** a conceptualização de **Stoller** (1968) quanto à construção da feminilidade em **duas etapas principais**:

1ª etapa- Egosintónica e Aconflitual característica dos primeiros tempos de vida (correspondente à fase simbiótica descrita por M. Mahler) e comum a ambos os sexos.

Esta etapa, compreende uma “Identificação Primária” à mãe e resulta no “Núcleo da Identificação de Género” entendido como auto-percepção da pertença sexual. Este seria o ponto de partida para o estabelecimento da “Identidade de Género” (conceito mais

amplo que contempla a masculinidade e a feminilidade em cada pessoa), “convicção sobre o nosso self e o nosso papel”

A constituição do Núcleo da Identidade de Gênero dá origem a uma Feminilidade Primária no menino e na menina. Faltam ainda outras qualidades do feminino que são inconcebíveis nesta fase pré genital do desenvolvimento, designadamente o materno que implica a resolução do Édipo.

2ª Etapa - Conflitual- Decorrente do Édipo e da Inveja que lhe é própria

Esta etapa compreende o nível das “ Identificações Secundárias”

A integração das aquisições anteriores implica um enriquecimento da feminilidade; o pai, tem aqui uma função moderadora nas relações com o exterior e uma função ampliadora de um espaço interno de experiências (experiências de desejo)

Assim, a construção do feminino para Stoller inicia-se com a relação dual a que se segue a separação-indivuação (Mahler, 1958) que vai permitir a triangulação, único acesso a uma feminilidade autêntica, generalizada, cuja dinâmica assenta no conflito Fantasia/ Realidade e já não no Desejo/ Proibição.

Pode ainda considerar-se uma **3ª Etapa** em sequência das duas anteriores característica da adolescência : “Feminilidade Terciária” que terá o pleno significado da “ Identidade Feminina” e incluirá a Maternidade. (M.Alvarez, 1995)

Apesar de historiadora, **Badinter** (1993) no seu livro “Um é o Outro” permite-se, com base em leituras psicanalíticas propor uma bissexualidade comum a ambos os sexos e não apenas um dualismo Homem-Mulher como entidades que têm necessariamente que ser diferentes uma da outra.

Assim, quando a identidade sexual se encontra bem definida é possível que o ser humano viva e aproveite melhor a sua bissexualidade.

Segundo Badinter as mulheres adquirem mais facilmente um sólido sentimento acerca da sua identidade sexual se comparadas com o homem; tal possibilita que retirem mais vantagem da sua bissexualidade; quando seguras da sua feminilidade são capazes de alternar papéis masculinos e femininos sem receios de se perderem.

1.3.Ser Mãe . O Materno

1.3.1. Teorias Psicológicas

Dentro do quadro psicanalítico há autores para quem o ênfase da sua abordagem é colocado não nas especificidades femininas mas no exercício da **função materna**; o discurso destes autores centra-se no interesse da criança; o foco desta abordagem é a mãe e a sua relação com o bebé.

Já as teorias freudianas, ou mesmo a perspectiva de H. Deutsch, enfatizavam a maternidade como sendo o destino da mulher mas, só mais tarde, surgirão os autores que podemos considerar como **teóricos do materno**.

Colhendo e reformulando contributos de base dos seus antecessores: *“desfocam a noção freudiana de sexualidade, desconstroem o Édipo, integram as dimensões das relações arcaicas de M. Klein, aproveitam a importância dada ao meio de K. Horney ou Hartmann e constroem propostas próprias em que a relação mãe-bebé (uma figura real de mãe e um bebé real) considerando que os vínculos desenvolvidos nos primeiros tempos de vida são o cerne de desenvolvimentos sádios ou patológicos”* (I.Leal,1999)

Tomamos aqui como exemplo Winnicott, Bion e M. Mahler, autores cujo desenvolvimento teórico (e/ou prático) define conceitos fundamentais cujo foco se situa nas necessidades da criança, durante o seu desenvolvimento, e no modo como a mãe lhes responde (ou não responde).

Para Winnicott (1969) a mãe tem um papel essencial no desenvolvimento psíquico do bebê, ser indefeso e dependente do suporte que esta lhe possa proporcionar. O conceito de “*holding*”, que compreende o acontecimento físico de segurar a criança nos braços e constitui também uma forma de amar é, para Winnicott uma capacidade que a mãe deve possuir, e é ainda fundamental para que a criança consiga um desenvolvimento saudável. É em torno do sucesso ou do fracasso deste “*holding*” que Winnicott situa a sua compreensão dos diferentes graus de perturbação psíquica.

Considera que durante a gravidez e as primeiras semanas de post-parto se produz na mãe um estado psicológico especial a que chama “*preocupação materna primária*” onde assentam os primórdios desta capacidade de holding. Com esta “preocupação”, a mulher adquire uma capacidade de se identificar às necessidades do bebê.

Para esta autor, se por um lado a criança nasce indefesa; como um ser desintegrado, que percebe de um modo desorganizado os diferentes estímulos vindos do exterior; por outro lado, nasce provido de uma tendência para o desenvolvimento. Este “ego autónomo” abarca as funções perceptivas, de motilidade e as pulsões. A tarefa da mãe será oferecer um suporte adequado para que, deste modo, as condições inatas da criança possam alcançar um bom desenvolvimento.

É a protecção e o carinho que conduzem a criança à integração dos estímulos, das representações de si mesmo e dos outros adquirindo assim um ego sadio. Assim, a mãe funciona como “*ego auxiliar*” até que a criança consiga desenvolver as suas capacidades.

As falhas de “*holding*” são traduzidas pela criança como uma experiência de ameaça o que irá dificultar o desenvolvimento normal. Se o “*ego auxiliar*” provido pela mãe é insuficiente a criança pode recorrer à construção de um “*ego auxiliar*” falso a que Winnicott chamou “falso self”.

É neste contexto que Winnicott descreve o que considera ser uma mãe “**suficientemente boa**”. Segundo ele, será aquela que providencia ao bebê um “ego auxiliar” que lhe vai permitir integrar as suas sensações corporais, os estímulos

ambientais e as suas capacidades motoras emergentes; será aquela que responde à onipotência do seu bebé e lhe dá sentido. Assim, “utilizando” a força que a mãe dá ao seu ego ainda frágil vai começando a constuir-se o verdadeiro self.

Um outro conceito também importante quando estudamos os contributos de Winnicott é o de *Objecto Transicional*. O autor define-o como sendo a primeira possessão eu-não eu cuja utilidade é enfrentar a angústia de separação da mãe. Diferentemente do seio que não está disponível constantemente, o objecto transicional é conservado pela criança e manipulado por ela. Este objecto representa a mãe (o objecto libidinal) e é essencial que ela seja vivenciada como um objecto bom.

Segundo Winnicott a sua construção processa-se do seguinte modo: A mãe coloca o seio real onde a criança se acha disposta a criar e fá-lo no momento apropriado. Isto produz na criança uma ilusão de onipotência levando a que o seio seja vivenciado como parte do seu próprio corpo. Uma vez alcançada esta ilusória onipotência a mãe deve ser capaz de ir desiludindo a criança pouco a pouco. Deste modo, a criança irá adquirir a noção de que o seio é uma possessão no sentido de um objecto mas que não é ele próprio.

Ainda segundo este autor, o objecto transicional ficará situado numa zona intermédia ou seja, possibilita à criança o exercício com um objecto que estando fora é sentido como parte de si própria.

Também para **Bion** (1962), é fundamental uma unidade mãe – bebé inicial. Considera que cabe à mãe a possibilidade de acalmar as angústias do bebé para que este possa introjectar a capacidade continente que inicialmente não possui. À mãe compete, do seu ponto de vista, suportar as emoções e acalmá-las para que o seu filho possa pensar. Esta sua ideia dá origem a uma teoria sobre a génese do pensamento ao conceber a existência de um aparelho de pensar os pensamentos.

Tomando como modelo a relação entre mãe-bebê Bion considera que para o bebê, incorporar leite, calor e amor equivale a incorporar o seio bom. Na sua perspectiva, o bebê possui uma pré-concepção inata de seio mas não tem consciência da necessidade do seio bom. Quando a fome se impõe experimenta a necessidade não satisfeita (seio mau) da qual tenta desfazer-se.

Do seu ponto de vista, todos os objectos de que se necessita são considerados objectos maus- se se necessita deles é porque se não os possui. Neste sentido, os pensamentos primitivos (ou protopensamentos) são objectos maus de que o bebê tenta livrar-se. A experiência real com o seio presente propicia-lhe uma oportunidade de desfazer-se do seio mau.

Por outro lado, a mãe, ao prover o alimento funciona também como um continente para todos os sentimentos de desprazer do bebê (seio mau). A eliminação do seio mau para dentro da mãe constitui uma evacuação daquilo que Bion designa por elementos beta, através do mecanismo de identificação projectiva.

Temos portanto que a uma pré-concepção (expectativa inata do seio) vai unir-se uma realização (experiência real com o seio); dessa combinação irá nascer a concepção. Quando a pré-concepção não se encontra com o seio real (combinação entre pré-concepção e frustração) surge o pensamento.

Bion considera a existência de uma tolerância à frustração, inata na personalidade do bebê; esta tolerância, é de grande importância na formação do pensamento e da capacidade de pensar. Face à frustração são possíveis várias opções; se a intolerância é grande pode haver uma tendência a evadir-se dela através da evacuação de elementos beta. Se há uma adequada tolerância à frustração irão mobilizar-se mecanismos tendentes a modificá-la, no caso do bebê tal resultará na produção de elementos alfa e pensamentos.

Em todo este processo é grande a importância da mãe. Ela deverá funcionar como um continente afectivo das sensações do bebé e, com a sua maturidade deverá ser capaz de absorver e metabolizar as angústias da criança devolvendo-as de modo menos angustiante e mais assimilável para o bebé, deverá conseguir transformar com sucesso a fome em satisfação, a dor em prazer, a solidão em companhia, o medo de morrer em tranquilidade. Com isto pretende evidenciar que a organização do pensamento é feita numa continuidade empática entre a mãe e o bebé da qual resultaria a transformação de protopensamentos em elementos alfa (imagens).

Esta capacidade da mãe estar aberta e receptiva às projecções/ necessidades do bebé, é designada por Bion como **capacidade de “reverie”** e aproxima-se da perspectiva transicional de Winnicott para quem também é fundamental a função organizadora materna das emoções do bebé.

Também **M. Mahler** (1968) inclui no panorama psicanalítico uma teoria do desenvolvimento infantil que tem como ponto fundamental as relações de objecto precoces.

Tal como Winnicott, Mahler era médica pediatra e também nela foi decisivo o conhecimento da importância que tem no desenvolvimento de uma criança a relação com a mãe dando particular ênfase ao vínculo emocional entre ambas, considera mesmo fulcral a atitude concreta que a mãe toma para favorecer ou prejudicar cada etapa do desenvolvimento do bebé.

Para esta autora (1968) o desenvolvimento psicológico processa-se por **fases**. Assim, num primeiro momento (desde o nascimento até ao final do primeiro mês) a criança estará numa fase de Autismo Normal onde Mahler considera haver um predomínio dos fenómenos biológicos sobre os psicológicos. Em seguida teremos a fase de Simbiose de Normal (desde o primeiro mês até cerca do quinto mês) caracterizada pelo importante investimento na mãe. Para uma simbiose adequada Mahler acolhe o conceito de “Holding” de Winnicott : é necessário que a mãe tenha um padrão de sustentação

adequado para uma construção sólida do vínculo mãe-bebê. Por último segue-se a fase de Separação-Individuação (desde o quinto mês até aos três anos) que Mahler considera como uma nova experiência de nascimento.

Na sua teoria do desenvolvimento a autora considera a maturação neurofisiológica como núcleo organizador do desenvolvimento psíquico (perspectiva ecológica) mas, enfatiza ainda o modo como a mãe responde às necessidades do bebê quer com vista à manutenção da dependência (Simbiose) quer com vista à aquisição de autonomia (Separação) ; é da articulação destes dois vectores, um relacionado com uma condição inata de maturação neurofisiológica e outro proveniente da qualidade da maternagem, que se constitui o funcionamento psíquico da criança.

Deste modo, a mãe funciona como um molde no qual a criança deve ser colocada nos primeiros tempos de vida para poder vir a emergir mais tarde com a aquisição da sua própria personalidade.

Mahler considera que a sobrevivência biológica e psicológica da criança depende do vínculo estabelecido com a mãe, tal vai no mesmo sentido de Winnicott quando este fala da mãe “suficientemente boa”.

Os seus trabalhos de investigação destacam aquele que viria a tornar-se um conceito fundamental - **Separação-Individuação** da criança em relação mãe, momento fulcral no desenvolvimento psicológico. Por esta altura, a criança confronta-se com o termo da simbiose com a mãe e a consciência desta separação será acompanhada por uma angústia específica que designa de angústia de separação. Para Mahler se esta separação- individuação for bem realizada está constituído o requisito fundamental para o desenvolvimento e manutenção do sentimento de identidade.

1.3.2. Integração Sociocultural

“ A maternidade tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento, historicamente determinado” (Isabel Leal, 1990)

É em função das exigências e dos valores dominantes de uma sociedade que são determinados os papéis de pai/mãe/criança. Quando se focaliza o Homem-Pai dando-lhe o poder, a Mãe fica na sombra, o seu estatuto desvalorizado aproxima-se do da criança.. Quando a sociedade valoriza a criança, o foco dirige-se para a mãe que se torna essencial em detrimento do pai.

Outro factor que contribui para a história do comportamento maternal é a “luta de sexos”. Neste conflito entre Homem e Mulher a criança tem um papel fundamental; quando a criança está submetida à autoridade paterna a mãe deve sujeitar-se a papéis secundários no quadro doméstico; quando a criança se torna objecto de desenvolvimento de carinho da mãe, a Mulher leva a melhor em relação ao Homem no quadro da família nuclear.; quando a criança se torna o “rei da família” exige-se que a mãe abandone o seu ser mulher, com a cumplicidade do pai. (Badinter, 1980)

Através de uma revisão bibliográfica e numa perspectiva histórico - cultural, podemos de facto comungar com esta perspectiva.

Bachofen (1815-1887) jurista suíço, considerou a existência de um estágio original da humanidade situado algures no Egipto, no qual situou o reino do direito materno, onde o poder cabia à mulher. Construiu assim uma teoria do matriarcado datada do nascimento da civilização. (Georgondi, S., 1990)

Mas, independentemente de ser uma teoria discutível e polémica também rapidamente se desactualizou pois é muito antiga a instauração do patriarcado com consequente

estabelecimento de regras de parentesco, de coesão social e de poder de grupo através do homem.

A filosofia de Aristóteles fundamenta a compreensão de uma realidade social e familiar que se manteve séculos. Segundo ele a autoridade do homem é legítima porque assenta na desigualdade natural existente entre os seres humanos.

De facto, por mais que se remonte à história da família ocidental predomina sempre o poder paternal e a autoridade do homem. Natural de Grécia ou de Roma a mulher teve sempre um estatuto menor, equivalente ao dos filhos. Só com o Cristianismo se valoriza o amor e a mulher ganha um estatuto de companheira do homem partilhando ambos os mesmos direitos e os mesmos deveres para com os filhos mas, essencialmente nas classes superiores.

Apesar da mensagem de amor de Cristo, a teoria cristã com as suas raízes judaicas teve pesadas consequências para a história da mulher. Os textos dos Génesis e a Epístola de S. Paulo aos Efésios alteram a teoria da igualdade que vinha da mensagem de Jesus; o Homem, deve ser chefe de casal porque foi o primeiro a ser criado e, dele nasceu a mulher; logo é a ele que cabe mandar. À mulher, cabe-lhe o papel de procriadora e de mãe mas tal não implicava a inevitabilidade de amor entre mãe e filho.

Badinter (1992) diz-nos que a qualidade das relações entre mãe e filho até a o séc. XVIII era caracterizada pela indiferença e por um aparente desinteresse face a um bebé acabado de nascer. Até metade do séc. XVIII o contexto social e familiar era ele próprio caracterizado por uma *"Ausência de Amor"* (Badinter, 1992) o que obviamente está relacionado com o modo como se relacionam pais e filhos.

É apenas no último terço do séc. XVIII que se dá uma revolução de mentalidades que conduz a uma alteração na imagem de mãe, no seu papel e na sua importância.

Datam de 1760 as primeiras publicações que recomendam às mães que cuidem pessoalmente dos filhos e os amamentem elas próprias.

O sec. XVIII é, conseqüentemente, um importante marco na origem de uma nova mulher: Educadora, Mãe, Criadora (da sociedade futura). Temos então uma viragem extremada onde passou a esperar-se uma quase onnipresença por parte da mulher.

Por esta altura insiste-se na predestinação biológica que faz da maternidade uma obrigação. E é mesmo o discurso médico quem funda cientificamente a ideia de predestinação para a tarefa da maternidade entendida no quadro da anatomia feminina. (Teresa Joaquim, 1997)

Em 1775 Roussel define o corpo feminino como destinado à maternidade ; a estrutura óssea é menor e menos dura que a do homem; a caixa torácica mais estreita e a bacia mais larga para conter o feto.(M. T. Maldonado,1985)

Cria-se assim à mulher o dever de, antes de tudo o mais, **ser mãe**.

Segundo Badinter este é o início do mito que ainda hoje, quase duzentos anos mais tarde, continua vivo - o do amor maternal enquanto amor espontâneo.

Temos portanto o surgimento de um novo conceito - **Amor Materno**.

Deste modo, é o Sec. XVIII o início da construção de uma nova imagem de mãe, cujas linhas se vão tornando mais marcadas nos séculos seguintes .

O pai, *“encarnava a lei, a autoridade, a mãe, tinha como propriedade a criança.”* ((Badinter, 1992).

Começa a considerar-se a criança como objecto de valor privilegiado na atenção materna; insiste-se em que a mulher se sacrifique para a melhor qualidade de vida do filho.

A importância dada à amamentação é um dos primeiros indicadores de mudança no comportamento da mãe.

Obviamente, que isto se liga às grandes mudanças nas vivências familiares que surgem no final do séc. XVIII e durante o séc. XIX com a valorização dos laços afectivos em especial em torno da figura de mãe. Há um clima centrado no interior, no dentro, no afecto “in” da família.

Gustave Droz (1866) no seu livro “Monsieur, Madame e Bébé” felicita as mães que religiosamente se consagram a seus filhos. (citado por Laure Adler, 1990)

Começou a dar-se um sentido diferente à maternidade alargada e estendida à vivência da família muito para além dos nove meses de gravidez.

É no séc. XIX que se impõe maciçamente a medicalização do parto (iniciada no séc. XVIII) enquadrada na proliferação da vigilância obstétrica à mulher grávida que se torna então alvo de grande interesse e preocupação quer pelo crescente respeito e culto ao seu estado de gravidez quer pela importância da sua próxima situação de mãe. (Yvonne Knibiehler, 1990)

Temos então que ideal de mulher no lar é o ideal de mãe no lar. (Anne-Marie Sohn, 1991)

A mulher aparece como a “1ª educadora do género humano” logo tem também ela que ser educada para criar seres saudáveis. (Teresa Joaquim, 1997)

Concomitantamente, o crescente movimento psicanalítico na época, irá promover a mãe considerando-a a grande responsável pela felicidade do seu filho logo, introduzindo uma grande marca na definição do seu papel.

É neste sentido que Badinter (1980) nos fala da nova imagem da mulher “normal”; a imagem da dedicação e do sacrifício, características estas que alguns psicanalistas descreviam como pertencendo à natureza da mulher.

Isto trouxe uma contrapartida complicada para as mulheres que não atingiam a nobre tarefa associada à maternidade e que, perante uma dificuldade infantil, eram imediatamente culpabilizadas.

De um modo geral, podemos considerar que esta mudança de mentalidades teve repercussões em duas grandes linhas. Por um lado, permitiu a muitas mulheres viver a maternidade alegre e orgulhosamente realizando-se numa actividade sentida como útil e gratificante. No entanto, por outro lado, desencadeou noutras mulheres um certo mal estar pois por uma espécie de pressão ideológica sentiram-se obrigadas a ser mães sem que esse fosse o real desejo. Consequentemente, a sua vivência de maternidade caracteriza-se por uma certa culpabilidade e frustração não lhes sendo possível encontrar neste papel satisfação pessoal. (Na perspectiva de Badinter, isto poderá estar associado à origem de muitas neuroses nas crianças e em suas mães)

Pelo séc, XIX era impossível conceptualizar mães boas e más; não existia um grau intermédio; as mulheres, ou eram consideradas boas ou incapazes e indignas.

E. Badinter (1980) fala-nos de Balzac e na sua obra “ Memórias de Duas Recém Casadas” onde insiste que “ *uma mulher sem filhos é uma monstruosidade: a mulher é feita somente para ser mãe*”. Considera portanto que Reneé (personagem principal do livro) é a norma que toda a mulher deve imitar pois só assim respeitará a sua natureza.

Nas palavras de Badinter, esta seria a mulher ideal para Freud, H. Deutsch e Winnicott . Deste modo, é no quadro do discurso psicanalítico do início do séc.XX que a mãe vai aparecer como a figura central da família, responsável mesmo pelo equilíbrio psíquico do filho.

É neste enquadramento sócio-histórico que cabe o **discurso freudiano** criador da imagem de duas mães : **a Boa e a Má.**

Nesta perspectiva, para que uma mulher fosse Boa Mãe necessitava de ter na sua história individual um desenvolvimento psicosexual facilitador da sua integração da feminilidade e maternidade bem como uma mãe psicologicamente equilibrada.

Uma Má Mãe não o teria e, conseqüentemente seria uma figura promotora de perturbação psicológica nos seus filhos.

H. Deutsch, citada por Badinter, vem a definir “boa mãe” como a mulher feminina que permite a interacção harmoniosa das tendências narcísicas com as aptidões masoquistas para, assim, suportar o sofrimento.

Atendendo aos textos de Winnicott observamos o pouco relevo que dá à figura do pai na vida da criança; valoriza apenas a sua presença viva nos primeiros anos de vida do bebé.

Autores psicanalistas mais recentes, (Lacan ou F. Dolto) vêm dar um novo enfase ao pai fazendo no entanto uma dissociação entre o pai simbólico e o pai físico. Lacan, desenvolve o conceito de “nome do pai”, significante que vem a representar no inconsciente da criança o pai simbólico-suporte da lei. (Badinter,1980)

A grande responsabilidade posta na mulher relativamente ao desenvolvimento da criança era acompanhada de uma dinâmica familiar em que a mulher era subordinada ao marido.

Um outro marco histórico a partir do qual se vem a desenvolver uma nova mudança no modo como são vividos e articulados o ser Mulher/Homem, Mãe/Pai foi a I Guerra Mundial. Nesta altura, a mulher viu-se desafiada a ocupar o lugar do homem que ia para a guerra, constatando a sua capacidade de ir mais além do que apenas ter filhos e educá-los. (Correia & Leal, 1989).

Assim, a existência da guerra constituiu para as mulheres uma experiência de liberdade e de responsabilidade sem precedentes, em primeiro lugar pela valorização do trabalho feminino ao serviço da pátria mas também pela abertura de novas oportunidades profissionais que as mulheres descobrem com prazer. Neste contexto, tomaram consciência das suas capacidades e apreciaram a independência financeira. (Françoise Thebaud, 1991)

Quando regressaram da guerra os homens depararam com as conquistas da mulher que, agora, dificilmente voltaria para casa depois de se reconhecer com essas outras capacidades (Correia & Leal, 1989).

Assegurando a sua independência através da actividade profissional a mulher não voltará a ter o mesmo tipo de relação que vinha mantendo com o homem. Simultânea e concomitantemente ganha consistência a utilização de anticoncepcionais o que conduz ao reconhecimento da mulher, independentemente da função reprodutora; É este o momento em que as palavras Mulher e Mãe deixam de estar obrigatoriamente associadas.

Neste enquadramento e em continuidade, nos anos 60 nasce um movimento feminista que se estende pelo mundo ocidental e que dá origem a um novo discurso do feminino; destroi-se o mito da passividade da mulher, das suas características masoquistas morrendo a teoria da mãe espontaneamente dedicada e sacrificada.

Em concordância com o que temos vindo a descrever Badinter (1992) diz-nos que :

“A teoria do instinto maternal é desmentida pela história dos comportamentos.”

As mulheres começam a recusar a maternidade como a única razão para a sua felicidade e realização; começam a “exigir” aos homens a partilha de encargos na maternidade e na educação. No seguimento da abordagem desta questão Colman & Colman (1994) consideram que a emergência da preocupação da mulher pela igualdade com o homem permitiu dois avanços em direcções opostas: Por um lado, aumentou a consideração das tarefas tradicionalmente femininas (gravidez, parto, educação das crianças) dando-lhes tanto valor como às actividades masculinas; por outro lado, levou a considerar que as mulheres podem ser tão boas como os homens em espaços tradicionalmente masculinos que exigiam intelecto, lucidez, energia e ambição.

Em suma, a maternidade deixa de ser a primeira e única preocupação da mulher, a par dela vêm outros ideais.

Esta é a mulher a que Simone de Beauvoir chama independente. É a mulher que estuda, tira um curso, ingressa numa carreira profissional e que, atendendo às dificuldades de conciliar tudo isto irá adiar cada vez mais o ser mãe (Correia e Leal, 1989).

Neste sentido vai o número aumentado de mulheres que tem o primeiro filho para além dos 35 anos o que na actualidade é função do nível de diferenciação socioeconómica em todo o mundo.

São análogas as opiniões de Dion (1995) para quem o adiar da maternidade (e da paternidade) se tornou um fenómeno crescente nas sociedades industrializadas onde a mulher ganhou oportunidades educacionais e de emprego.

Estudos feitos pelo mesmo autor referem que a maioria das mulheres considera como vantagens deste adiamento factores associados ao desenvolvimento pessoal; referem ainda a existência de uma relação entre o sentir-se mais preparado para a maternidade e o sentimento de segurança profissional e económica.

Por outro lado, a escolha da não maternidade voluntária vem emergindo como outra dimensão possível na área da fertilidade. É crescente o número de pessoas que fazem esta opção. Estudos de J. Abma e L. Peterson (1995) realizados nos EUA mostram que, enquanto nos anos 70 tal escolha aparecia em 12,4 % da população total sem filhos, nos anos 90 aparece em $\frac{1}{4}$ da mesma população.

Estudos de K. Kiernan (1989) em Inglaterra e de J. Abma e L. Peterson (1995) nos EUA vão no mesmo sentido relativamente às características das mulheres que escolhem a não maternidade: são mulheres altamente qualificadas profissionalmente, menos religiosas e com experiência de insucesso marital.

Concluindo, o modo como a mulher vive a maternidade (e a gravidez, como veremos adiante) pode relacionar-se com duas ordens de factores; por um lado com uma componente sociocultural por outro, com os componentes intrínsecos a si própria que têm a ver com as suas características de personalidade. (Correia, 1998)

Pensar e reflectir sobre a maternidade implica ter em conta a forte inter-relação destas duas vertentes, nem sempre fáceis de destrinçar.

Na abordagem histórica e antropológica das atitudes maternas não se verifica um comportamento universal por parte da mãe, verifica-se isso sim uma grande variabilidade na sua expressão, segundo as suas experiências, a sua cultura, as suas ambições, os seus projectos, o seu funcionamento afectivo-emocional. (Correia, 1998)

1.4. O Feminino e o Materno

1.4.1. Contributos para uma nova abordagem

Do que vem sendo dito constatamos que **feminino** e **materno** são conceitos sobre os quais muito se tem escrito e muito se tem reflectido ao longo dos tempos.

Como já vimos, a questão do feminino como diferente do masculino foi algo não admitido e, foram vários os defensores do masculino como tendo a supremacia bem como os que consideraram que, ser feminino seria apenas aceitar não ser masculino.

Actualmente e após todas as intensas transformações sociais e culturais do nosso século onde se enquadram as diversas abordagens psicológicas sobre as quais temos vindo a reflectir ao longo dos parágrafos anteriores podemos já repensar algumas das questões associadas à definição e clarificação dos conceitos de feminino e de materno.

Vimos referindo Freud e de outros autores de linha psicanalítica seus seguidores, ou mesmo seus opositores, que abordaram com particular ênfase ou as questões do feminino (Freud, Deutsch ou Stoller), ou as questões do materno (Bion ou Winnicott) mas para quem feminino e materno seriam conceitos indissociáveis; referimo-nos ainda aos movimentos dos anos 60 de orientação feminista e que deram tónica a uma psicologia da mulher.

Parece-nos ainda um grande contributo para a abordagem actual desta questão a investigação realizada no âmbito da sexologia; sem dúvida, esta foi determinante ao nível da mudança de atitudes, crenças e valores face à sexualidade (Leal, 1999).

Após os trabalhos de Masters & Jonhson (1966) que descobrem a existência de um único orgasmo na mulher, cai por terra a teoria de Freud que concebe como evolução para a feminilidade a passagem da zona erógena do clitóris para a vagina; ainda as investigações sexológicas permitiram conhecer a existência de múltiplas formas de

conseguir um orgasmo bem como a possibilidade da multiorgasmia feminina, ideias que contrariam em profundidade opiniões psicanalíticas como as de Freud ou H. Deutsch.

Também “ a área que designamos por Psicologia da Gravidez e da Maternidade tem, em contextos de saúde, procurado produzir investigação e modelos úteis de aprofundamento destes conceitos” (Leal, 1999)

Neste contexto, um dos contributos da Psicologia da Maternidade vem sendo o entendimento da mulher enquanto possuidora de uma **dupla função**; a de afirmação de uma identidade própria e a de ser que procria.

Gravidez e maternidade nem sempre se ligam como um contínuo de sucesso; por vezes são mesmo duas realidades difíceis de conciliar. É que ficar grávida para algumas mulheres é uma forma de vir a cumprir mais uma reivindicação do mundo circundante; têm-se filhos porque sim, porque se têm casas, carros e profissões de sucesso. Mas, por outro lado, temos mulheres para quem ter filhos é fundamental porque ser mãe é o seu principal desejo.

Entre estes dois extremos, um que talvez possamos considerar uma afirmação do feminino e outro uma afirmação do materno (Leal, 1999) há que encontrar um equilíbrio e perceber claramente de que falamos; estamos longe de pensar na existência de um instinto maternal mas é fundamental um trabalho criterioso em torno da teorização e avaliação destas dimensões.

1.4.2. Géneses : Feminino/ Masculino; Materno/ Paterno

Como Stoller (1968) e tal como já referimos, consideramos a existência de um núcleo de identidade de género e de uma identidade de género precocemente estabelecida. Este núcleo, vai-se estabelecendo desde o nascimento numa mescla de que fazem parte quer as características inatas e ideossincráticas quer as atribuições externas

.interagidas em relações precoces, atribuições estas que produzem ainda estímulos fantasmaticamente vividos.

Alvarez (1995) refere-se ao feminino como sendo *“qualidade de género, logo, algo que transcende a vicissitude biológica, inscrevendo-se no plano da vivência e construindo o âmago da identidade sexual”*.

Neste sentido, feminino e masculino constroem-se na relação com o outro que lhe atribui um género. Assim, não parece fazer sentido considerar uma “bissexualidade constitutiva” uma vez que no limite, e num trajecto em que provavelmente já nos encontramos, poderá acontecer que os conteúdos atribuídos à feminilidade e à masculinidade possam ser coincidentes, mudando de nome apenas para referenciar uma identidade de género. (Leal, 1999).

Voltamos de novo ao pensamento de Leal (1999) no sentido de considerar que feminilidade e masculinidade enquanto construtos sociais têm que ser entendidos como conceitos mutantes produtores de realidades em transformação. No entanto, considera ainda, há sempre uma “décalage” entre o individual e o colectivo e, como tal, é perfeitamente compreensível que o acesso ao feminino e ao masculino tal como definidos num determinado momento para um determinado grupo seja uma tarefa mais difícil para uns do que para outros.

A maior ou menor facilidade de adaptação aos modelos em vigor varia individualmente e depende de múltiplos factores tais como as contextualizações familiares e/ou grupais ou as características do próprio.

Tendencialmente caminha-se para uma maior indeferenciação de papéis sociais. Concordamos com Leal (1999) para quem a antiga e extrema diferenciação de papéis se relacionava com o controle social da maternidade; o desenvolvimento do materno estava directamente relacionado com a repressão do feminino ou ainda o ser feminino

cumpria-se com a existência do materno. Ser mulher esgotava-se no exercício da maternidade.

Actualmente, o controlo da natalidade, a possibilidade da mulher controlar o seu próprio corpo e decidir-se ou não por uma gravidez (e pela maternidade) torna possível a expressão do feminino pelo que nos afastamos largamente da realização do feminino através da realização do materno; à mulher oferecem-se muitas outras possibilidades para a sua realização/ satisfação para além da maternidade.

Vai neste sentido a opinião de Badinter que no seu livro “Um é o Outro” nos aponta a actual dissociação feminilidade/maternidade. Refere-se a este fenómeno como simultâneo aos níveis psicológico, social e mesmo físico.

Ao ideal de maternidade anteriormente aspirado por qualquer mulher, sentido como forma de confirmação última (e única) da sua feminilidade, crescem-se vários outros ideais igualmente importantes. (Correia, 1998)

A função materna é por definição aquela que permite conter, acolher e interagir no sentido de promover o desenvolvimento do bebé/ criança; esta função não é apenas e só adequada se exercida pela mãe biológica, por vezes antes pelo contrário; Badinter (1980) refere que não há evidências de uma maior competência das mulheres para cuidar de crianças.

De novo Alvarez (1995) fala-nos do Materno como compreendendo por um lado a necessidade de um projecto a longo prazo que envolve a prestação de cuidados e a dádiva de amor e, por outro lado, a existência de uma relação com o diferente que terá tanto melhor sucesso quanto melhor tiver sido conseguida a separação do igual-o primeiro objecto.

Na perspectiva de I. Leal (1999) com a qual concordamos “ *a função materna é pois uma função de contenção e promoção do desenvolvimento infantil que existe em função*

das necessidades do outro e não das do próprio, que pode ser desempenhada igualmente por homens e mulheres". Neste sentido, a mesma autora propõe que esta mesma função exercida na relação com outrém se designe de materna se for desempenhada por uma mulher e paterna se for desempenhada por um homem.

Badinter (1992) defende que contrariamente à tradição cultural e linguística a "maternagem" não tem sexo.

É ainda I. Leal (1999) quem nos refere que materno e paterno são subcategorias dentro das categorias do feminino e do masculino directamente relacionadas com a progenitura logo, para que haja um materno e um paterno deve antes haver um feminino e um masculino.

Continuando e corroborando a perspectiva da mesma autora parece fazer sentido considerar que as características associadas à actividade e aos desempenhos que traduzem na prática a capacidade de afirmação pessoal e social dos indivíduos seja considerada como feminina ou masculina conforme o género a que pertençam e que se considere para ambos, em termos de mais e de menos, consoante essas características sejam mais marcadas ou estejam ausentes. (Exº Um homem passivo e com uma baixa auto-afirmação será pouco masculino e não feminino, tal como uma mulher com as mesmas características será pouco feminina; por outro lado, uma mulher com grande capacidade de afirmação será muita feminina e não masculina). (I. Leal, 1999)

Na perspectiva da autora, a maior dificuldade na aceitação desta proposta relaciona-se com o preconceito de que uma mulher muito feminina deverá ser passiva e contentora; na sua opinião, estamos na presença de mais uma confusão entre papéis e atribuição de características maternas no desempenho social da mulher.

De modo análogo mas observando a questão de outro modo Langer (1986) diz-nos:

"A natureza humana tem uma grande maleabilidade que vai respondendo adequadamente às diferentes culturas e às diferentes épocas; mas, a maleabilidade tem

limites”. Neste sentido, considera que à mulher actual se exige um esforço de adaptação a uma sociedade que se descreve como anti maternal.

Logo, a exigência de uma integração interna harmoniosa entre satisfação profissional, satisfação amorosa e satisfação maternal nem sempre é fácil de conseguir. (Correia, 1998)

Neste sentido, a mulher dos nossos dias vive em conflito consigo própria. A expressão desse conflito pode surgir, na opinião de Langer , de diferentes modos: dificuldade no relacionamento com os filhos; complicações várias na vida fértil ou, tratando-se de um conflito muito grave, na total rejeição da maternidade.

CAPÍTULO 2.
A GRAVIDEZ “BIOPSILOCULTURAL”

2.1. Introdução

Este capítulo dedicado à **gravidez** procura, num primeiro momento, evidenciar a diferença entre a forma como é encarada e vivida uma gravidez nos nossos tempos e o modo como foi descrita noutros séculos e por outros povos.

Daremos ainda destaque à distinção entre **gravidez** e **maternidade** enfatizando a experiência psicológica particular inerente ao fenómeno gravídico reflectida por diversos autores estudiosos do tema.

Finalmente procuraremos articular os conceitos Feminino e Materno com o fenómeno Gravidez e, colocar algumas hipóteses sobre as suas vicissitudes; estas hipóteses nascem a partir das teorizações mas essencialmente emergem das constatações clínicas. Serão estas hipóteses/ reflexões que fundamentam o conteúdo do capítulo seguinte e estão subjacentes à construção das hipóteses conducentes a esta dissertação.

2.2. Breve Abordagem Histórico - Cultural

A atitude perante a concepção e perante a gravidez varia com o tempo e varia no mundo no entanto, foi sempre um assunto indispensável à vida humana sendo tema dos artefactos humanos mais antigos.

Neste subcapítulo pretendemos evidenciar algumas destas variações ao longo dos tempos e das culturas.

Os arqueólogos encontram estátuas de mulheres fecundas, de seios e barrigas volumosas em locais espalhados por todo o mundo. Isto, leva a pensar que a gravidez chegou a ser objecto de adoração e que a Deusa Fértil foi considerada poderosa (Colman & Colman, 1994); neste sentido, a fecundidade seria tida como um bem divino; a infertilidade como um castigo.

A valorização máxima da mulher era a sua capacidade de procriar e, a importância dada à fertilidade era tão grande que em certas tribos africanas um homem impotente facilitava à mulher a possibilidade de dormir com outro homem para conseguir uma gravidez ; se era a mulher a infértil o homem arranjava outra.

Se à procriação era dado tanto ênfase considerava-se que reduzir a fertilidade podia provocar a fúria dos deuses. No entanto, por vezes, tal era uma necessidade urgente e, datam de sociedades primitivas também as preocupações em limitar o número de nascimentos.

São disto testemunho Papiros datados de 1550 a.c.que ensinavam a fazer tampões de linho embebidos em mel e folhas de acácia fermentada visando a anticoncepção. (O ácido láctico produzido por fermentação é ainda hoje usado nos espermicidas).

Relativamente aos laços/ vínculos familiares em torno da existência de uma gravidez constatamos que numas sociedades, a gravidez é festejada como prova de fertilidade, noutras, nem tanto, mas que em todas é importante que a criança seja aceite por um homem enquanto filho; pouco importando, muitas vezes, se ele é ou não o pai biológico.

Por outro lado, em algumas sociedades, é quando a mulher está grávida que se estabelece a relação do casal enquanto casamento. Por exemplo, entre os pigmeus Mbuti do Congo quando uma rapariga fica grávida a união é reconhecida como unidade de estrutura social sendo a separação quase impossível.(Kitzinger, 1978).

Já em algumas civilizações africanas as grávidas solteiras são tratadas com severidade.

Relativamente à sogra, verifica-se a valorização do seu papel em muitas civilizações. Na Guatemala, por exemplo, o seu papel de instruir e orientar a grávida é fundamental. A sogra, funciona como agente ritual entre passado e futuro. (Kitzinger, 1978)

Em muitas sociedades, a gravidez é um estado ritual no qual a futura mãe tem uma relação ritual particular com toda a sociedade.

Assim, Kitzinger (1978) descreve-nos a existência de cerimónias de gravidez para proclamação, com a função de integração na sociedade mas, mais ainda, com a função de ligação do presente ao passado, do humano ao divino. Neste contexto, consideram a grávida num período ritual e numa zona intermédia entre considerar-se virgem ou mãe. Como se tivesse abandonado um estatuto mas ainda não tivesse alcançado o outro.

Já outras civilizações consideram a grávida numa outra condição ritual especial na qual existe uma ligação entre elas e os bebés que vão nascer à terra e aos deuses. Assim, as mulheres continuam as suas ocupações habituais desde que tenham o cuidado de atender aos tabus que protegem a ela e ao bebé.

Enquanto na Grécia Antiga, a casa da mulher grávida era considerada um asilo inviolável, um santuário sagrado onde até os criminosos podiam encontrar abrigo, entre os Romanos, à porta das suas moradas, as grávidas suspendiam grinaldas ou folhas de louro para evitar visitas incomodas ficando as suas casas interditas aos próprios oficiais de justiça e credores (Barbaut, 1990)

Também entre os Índios Guayaku do Paraguai, a grávida possui numerosas virtudes mágicas pois se por um lado se encontra estreitamente ligada ao seu filho (ainda por nascer) por outro lado, este está em comunicação com o mundo dos espíritos. É neste enquadramento que lhe é atribuído o conhecimento de inúmeros segredos como o de prever o futuro ou o de predizer a morte de parentes. (Barbaut, 1990).

Ao contrário dos preconceitos ocidentais segundo os quais a grávida deve comer por dois, em civilizações como a Massai, não é dada à grávida nem boa nem abundante comida pois, acreditando que a criança vai engordar muito, tal irá complicar muito o momento do parto (Barbaut, 1990)

Na nossa sociedade, não existem rituais deste tipo mas, por outro lado, a grávida torna-se doente e necessitada de cuidados médicos como alguém com problemas de saúde. Isto, acarreta uma diminuição de confiança em si própria quanto à sua capacidade de prosseguir uma gravidez e dar à luz sem intervenção médica.

Enquanto isto acontece na nossa sociedade, os Arapesh da Nova Guiné confiam na sua saúde e bem estar do bebé; para eles, ter um filho é uma expressão aplicada ao homem e à mulher. O pai está muito envolvido e, intervém directamente nos preparativos (Kitzinger, 1978). Já na nossa civilização, o papel do homem é secundário; mesmo quando assiste ao parto, fá-lo, frequentemente apenas como observador.

O que parece comum nas diferentes civilizações é a aproximação emocional da grávida à sua mãe, identificando-se com ela, como se pudessemos entender a gravidez como uma forma de união entre gerações (Kitzinger, 1978). A grávida, revive através do seu corpo uma experiência universal e partilhada pela maioria das mulheres. A mãe, mulher mais velha, revive através da recordação as emoções da gravidez e do parto.

Se nos recordarmos e integrarmos aqui uma perspectiva psicanalítica podemos referir Hélène Deutsch (1949) que considera que, em relação aos filhos, todas as mulheres repetem a história da sua própria relação com a sua mãe.

O **Parto** é considerado como o momento final da gravidez e, também ele, pode ser encarado como um acto social e cultural vivido num contexto determinado de usos e costumes onde se inserem e integram quer os processos fisiológicos quer os processos psicológicos.

A forma como a mulher vive o parto relaciona-se com os valores da sua cultura; enquanto uma pode valorizar o medo e a angústia; para outra, predominará a serenidade e a insensibilidade. (Colman & Colman, 1994).

Vai no mesmo sentido a opinião de Langer (1986): *“Dar à luz é considerado em cada cultura de modo diferente. Como experiência, pode ser perigosa ou dolorosa,*

interessante ou satisfatória mas, será sempre acompanhado de algumas repercussões (físicas, psicológicas ou sociais)."

Em algumas sociedades, é o nascimento do bebé e não a relação sexual que consoma o casamento. (Kitzinger, 1978)

O parto, funciona assim como um acontecimento que afecta não só a relação homem/mulher mas também a relação com os membros do clã em que se inserem. Define também a nova identidade da mulher que passa agora a mãe.

As influências, sejam elas nas sociedades primitivas pelos feiticeiros ou nas modernas pelos médicos, tornam-se frequentemente um controle que não permite à mulher a resposta vinda do seu próprio corpo. (Kitzinger, 1978)

Revelações de antropólogos citados por Kitzinger (1978) mostram que o parto raramente é a casual expulsão de um bebé como frequentemente pensamos das sociedades primitivas. Nestas, antes pelo contrário, ele é rodeado por rituais, mitos, preceitos, proibições e tabus.

Desde a condenação de Eva feita por Deus e citada nos Génesis, III, 16, que se considera que a mulher sofre como castigo os padecimentos da gravidez e as inevitáveis dores do parto.

Já as representações da mulher datadas da Antiguidade representam um corpo que em parto sofre; sofre com dor, sofre com medo.

Todas as representações do parto se constróem em torno da dor: "*Parir é dor, criar é amor*" ou "*nascido sem dor, criado sem amor*" ou ainda "*a dor ensina a parir*" são ditos populares bem exemplificativos. (citados por Teresa Joaquim, 1983).

Por outro lado, a estreita ligação entre vida e morte no momento crucial do parto é um tema universal.

A profissão de parteira é já referida no Antigo Testamento sendo, portanto um dos mais velhos ofícios do mundo onde apenas se exige uma conduta irrepreensível no plano dos costumes. (Barbaut, 1990).

Até ao séc. XVII o parto era considerado um assunto de mulheres; a parteira e a mãe ajudavam a criar um clima de confiança emocional que funcionava como mais tranquilizador para a parturiente.

Os homens, eram, em geral, excluídos do parto. Só no séc. XVII surge o médico na assistência ao parto e a cesariana se separa da morte da parturiente. É no início do séc. XX nos Estados Unidos da América que a cultura médica atinge o seu auge na intervenção no parto; surge então a protecção total às sensações e memórias do parto.

Nos anos 50 as mulheres encontravam-se dependentes das novas tecnologias, dos anestésicos e dos instrumentos controlados pelas figuras masculinas; grande parte delas estava mesmo inconsciente quando os bebés nasciam.

A anestesia local vem no sentido da valorização do parto acordado e consciente e, pelos anos 70 consolida-se a humanização do nascimento mesmo no meio hospitalar.

Na nossa sociedade, nos nossos dias, o parto é vivido em ambiente médico, no hospital, como um processo predominantemente associado à dor cabendo à equipe médica a responsabilidade de evitar essa dor utilizando as recentes descobertas analgésicas.

2.3. Gravidez Como Experiência Psicológica

“ Uma mulher descobre que está grávida .Tendo-se estabelecido no espaço uterino, o minúsculo óvulo fertilizado terá uma influência de longo alcance ao conduzir a mulher às profundezas do seu espaço psíquico, arreigando poderosas imagens inconscientes da sua história interior que começam a aparecer nos sonhos, fantasias e vida emocional”

Joan Raphael-Leff

O interesse pela **Psicologia da Gravidez** surge pelos anos 40 com importantes trabalhos sobre psicologia da gravidez e da maternidade de autores como Bibring e colaboradores, H. Deutsch entre outros.

Por gravidez entendemos o período de cerca de 40 semanas que é “ *simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal que põe o indivíduo em contacto com o processo arquetípico, isto é, com os sentimentos, comportamentos e significados que residem lá bem no fundo da natureza humana...a gravidez, pode ser simultaneamente gratificante e confusa, mas, no seu âmago é criativa uma vez que, no fim há literalmente uma nova vida, tanto para os pais como para o bebé acabado de nascer*” (Colman & Colman, 1994).

Neste sentido, e de acordo com Brazelton e Cramer (1989) a gravidez, reflecte toda a vida anterior ao momento da concepção: as experiências da mulher com as figuras paternas, as vivências seguintes com o triângulo edipiano, as forças que levaram a adaptar-se a este triângulo com maior ou menor sucesso e, finalmente, a separação dos pais. Tudo isto se relaciona e influencia o modo como a mulher (e o homem) se vai adaptar ao novo papel.

Uma breve revisão de literatura permite-nos destacar alguns **contributos fundamentais** para esta área do saber.

Maldonado (1985) fala da gravidez como sendo uma fase na vida da mulher, do companheiro, da relação do casal e de toda a rede social envolvente; deste modo, tudo o que se relacione com a gravidez (positiva ou negativamente) afectará todos.

Isabel Leal (1990) defende que **gravidez** e **maternidade** são dois conceitos habitualmente tomados como equivalentes mas que *“traduzem duas realidades e vivências bem diferenciadas entre si, tecidas que são em imaginários diferentes...Na Gravidez...toda a espectacularidade vai para as alterações físicas....com vivências psicológicas particulares....tudo se passa dentro da própria mulher...é um momento de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém....é também de forma mais ou menos consciente, a confirmação da sua identidade sexual como mulher....A Maternidade tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento....Assume-se como projecto a longo prazo....pelo que se distingue do acontecimento biológico que é a gravidez....Requer que, mais do que desejar Ter um filho se deseje ser mãeo desejo de Ter um filho e o desejo de ser mãe não são desejos sempre coincidentes”*.

Apelando de novo ao contributo de Maldonado (1985) podemos considerar que a decisão de ter um filho pode resultar de um único motivo ou, da interacção de vários motivos (da ordem do consciente ou do inconsciente) de que podem ser exemplo os seguintes: criar e aprofundar uma relação importante, desejar a transcendência e a continuidade elaborando a angústia de morte e a esperança de imortalidade, competir com irmãos, dar um filho ao pai ou à mãe, preencher o vazio de um companheiro, procurar uma extensão de si próprio.

Por outro lado, considera a gravidez como uma fase de transição no processo normal de desenvolvimento e que se caracteriza por um estado temporário de equilíbrio instável pois envolve mudanças de vária ordem (social, identidade) e consequente reajuste pessoal e intrapsíquico. Na sua opinião, o termo crise ajusta-se mais a acontecimentos de vida mais dramáticos. Neste sentido diz “na verdade, toda a crise é uma transição mas nem toda a transição se constitui numa crise”.

Segundo **D. Cordeiro** (1988) a gravidez, ao nível psicológico pode ser vista em três perspectivas diferentes: Como desafio maturacional (“ crise de desenvolvimento” para a mulher) onde se reavivam conflitos psicológicos de etapas precoces do desenvolvimento; como fenómeno de interacção mútua e permanente e não como somatório de fenómenos biopsicológicos quer da mulher quer do feto e, numa perspectiva sistémica, onde é enfatizada a importância da rede de interacções neste processo de desenvolvimento.

Ainda associando gravidez a crise temos a opinião de **Colman & Colman** (1994) que nos falam da gravidez como um período de crise mas não no sentido de “trauma”; fazem-no no sentido de a considerar um momento de transformação e viragem que se opera ao nível da identidade, papéis sociais e corpo.

De acordo com Grossman (1980) citado por Teichman (1988) é inevitável a existência de ansiedade durante a gravidez e, também **Bibring** (1961) partilha desta opinião referindo que a ansiedade é um sintoma constante ao longo da gravidez que, frequentemente se associa a complicações somáticas. No entanto, “ trata-se de um processo que permite à grávida libertar energia e aumentar a capacidade de se adaptar ao recém-nascido”.

Na sua opinião, a gravidez é uma crise normativa que envolve regressão e desequilíbrio; neste contexto, a mulher tenta ainda resolver o conflito com a sua própria mãe.

Em simultâneo com as alterações físicas e psicológicas, Colman & Colman (1994) referem a existência de alterações hormonais que, na interacção com os factores físicos ambientais e culturais se conjugam na experiência de gravidez e conduzem a oscilações emocionais durante esse período.

2.3.1. Fases da gravidez

Bibring, Dewyer, Hunting e Valenstein (1961) introduziram a noção de que durante a gravidez ocorreria uma sequência de **fases de desenvolvimento psicológico**.

Colman & Colman (1973) denominam esta sequência de fases: **Integração, Diferenciação e Separação** e fazem a sua correspondência aos três trimestres de gravidez.

Maldonado (1997) no entanto, alerta-nos para a arbitrariedade desta divisão ressaltando que há múltiplos factores passíveis de influenciar os esperados estados emocionais da gravidez.

Apesar deste alerta julgamos que a apresentação esquemática das fases do desenvolvimento psicológico da gravidez nos ajuda a perceber melhor toda a dinâmica deste processo.

Assim, temos a **fase de Integração**, correspondente ao primeiro trimestre de gravidez e, durante a qual a mulher deverá aceitar que está grávida ou seja, integrar a gravidez em si.

Colman & Colman (1994) chamam-lhe fase de **Incorporação** ; *“a mulher ao aceitar que está grávida está também a aceitar que tem um ser em desenvolvimento no seu interior e, a perspectivar todas as mudanças que irão ocorrer”*.

É neste trimestre que surge habitualmente a ambivalência afectiva. É o querer e o não querer aquele filho pois não existe uma gravidez totalmente desejada ou totalmente indesejada (Maldonado, 1997). Em concordância com esta opinião Langer (1986) diz-nos *“ Toda a gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tendência maternal e outra de rejeição ”*.

Maldonado (1985) apresenta um agrupamento dos sintomas mais característicos deste trimestre: Vômitos e Náuseas, Desejos e Aversões, Aumento de Apetite, Oscilações de Humor, Hipersónia, Aumento da Labilidade Emocional.

Cordeiro (1986) considera estas manifestações somatofisiológicas como confirmação do estado de gravidez ou, por outro lado, como expressão da sua ambivalência no polo da rejeição. Assim, considera que os desejos alimentares se inscrevem no conflito reter/expulsar: alimentar-se / vomitar ou, simbolicamente, reter o feto/ expulsar o feto. Considera ainda que esta mesma dialética se pode expressar ao nível anal (obstipação/diarreia) ou genital (risco de aborto, prematuridade e esterilidade)

Ainda durante este trimestre o desejo sexual da mulher varia bastante e, frequentemente, dá-se uma redução dos contactos sexuais.

A fase de **Diferenciação** para Colman & Colman (1973) refere-se ao segundo trimestre de gravidez e caracteriza-se pelo facto de a mulher sentir que tem dentro de si um feto que é diferente dela apesar de existir no seu interior

Acontecimentos como, ouvir os batimentos cardíacos do bebé, sentir os movimentos, ver a imagem no écran do ecógrafo, facilitam à mulher o acreditar na existência de um bebé no seu interior, alguém que é diferente de si, que não controla, que mexe ou não independentemente da sua vontade.

Inicia-se aqui uma relação mais estreita entre mãe e bebé; a mulher pode falar com a sua barriga, acariciá-la, comunicar com o seu bebé; a relação torna-se privilegiada, o imaginário prolifera: o sexo, o nome, o rosto..

Maldonado (1985) agrupa deste modo as principais alterações deste trimestre: Alterações do Desejo e Desempenho Sexual, Alterações do Esquema Corporal, Aumento da Introversão e da Passividade.

O terceiro trimestre é denominado por Colman & Colman (1994) por fase de **Separação** pois é o momento em que a grávida começa a antecipar o processo pelo qual se irá desligar da gravidez.

Nesta fase o corpo da mulher ostenta a gravidez em toda a sua plenitude. (Colman & Colman, 1973).

A ansiedade aumenta com a proximidade e a expectativa do parto; surgem mesmo sentimentos contraditórios entre a vontade de terminar a gravidez e ter o bebé e a vontade de a prolongar adiando o desconhecido e a adaptação a uma nova realidade. (Maldonado, 1985)

A mulher vivencia nesta fase uma série de temores associados a fantasias de auto-punição (medo de morrer no parto, medo do dilacerar dos seus órgãos genitais...) que segundo Caplan (citado por Maldonado, 1997) se relacionam com culpabilidades conflitos com a sua própria mãe relativamente à masturbação. Estes temores reflectem-se muitas vezes na actividade onírica.

Frequentemente a vida sexual é reduzida pelo desconforto provocado pelo volume abdominal e pelo medo da magoar o bebé.

Chegado o final da gravidez aproxima-se o **Parto**.

O trabalho de parto compreende **quatro estádios** : Dilatação, Expulsão do Feto, Expulsão da Placenta e Restabelecimento..

A este respeito Colman & Colman (1994) dizem-nos: “ *O trabalho de parto embora possa ser vivido como um acontecimento simples e previsível é, geralmente, vivido com ansiedade e alguma confusão. Iniciado, segue-se uma sequência previsível até à*

expulsão podendo ser variável a progressão dos diferentes estádios. Um parto normal pode durar de duas a vinte e quatro horas”.

H. Deutsch citada por Langer (1986) considera que o parto é o reviver mais exacto que podemos ter do nosso próprio trauma de nascimento ; da separação da nossa própria mãe.

Vai no mesmo sentido a opinião de Soiffer (1986) que considera que a dinâmica psicológica da mulher em trabalho de parto é dominada pela reactivação da angústia de nascimento; tal angústia vai despertar ansiedades de perda, de esvaziamento, de castração, de castigo pela sexualidade e de confronto com o desconhecido.

Estudos referidos por Langer (1986) concluem que a estrutura psicológica da mulher e a sua atitude face à gravidez interferem quer na evolução da mesma quer na evolução do próprio trabalho de parto.

Quando analisamos e reflectimos sobre uma gravidez e sobre o momento do nascimento de uma criança surge-nos um elemento fundamental em torno da existência de todo o processo – o pai. A este propósito, Cordeiro (1986) refere que não se pode separar a representação mental do filho em gestação dos afectos que ligam a mulher ao pai da criança.

Na perspectiva deste autor, o desejo de paternidade, correlaciona-se positivamente com uma boa aceitação da gravidez por parte da mulher.

Por outro lado, tal como para a mulher a gravidez é um acontecimento complexo ao nível psicológico também ao homem se exigem adaptações quer ao nível da paternidade quer como companheiro da mulher, agora grávida.

2.3.2. Gravidez: Feminino e Materno

A articulação destes três conceitos não é fácil nem pacífica.

É no quadro do paradigma psicanalítico que se abordam e aprofundam as ligações entre o feminino e o materno considerados como directamente relacionados; neste contexto, é impossível pensar o feminino sem o associar ao materno e considera-se que *“o desejo de gravidez e projecto de maternidade são sinónimos e estão compreendidos no processo de aquisição da feminilidade”* (I. Leal, 1997).

No entanto, a experiência clínica evidencia uma realidade diferente na qual gravidez, feminino e materno não se apresentam como factores dependentes entre si. (I. Leal, 1997).

Por gravidez, entende-se o período de cerca de 40 semanas entre o momento da concepção e o parto caracterizado por transformações físicas, hormonais e biológicas acompanhadas por simultâneas transformações psicológicas; Todo este fenómeno pode não se relacionar com o desejo de um filho (com o desejo de ser mãe). Pode relacionar-se com a necessidade de se provar um corpo íntegro e fértil, com a necessidade simbólica de regressão ao útero materno ou até com a confirmação de uma feminilidade mas, não ter a ver com a prestação de cuidados, com o investimento emocional, com o exercício de maternidade.

J. Rappaport (1994) considera que durante a gravidez, eventualmente até “desejada” por motivações como as atrás referidas, pode dar-se um reactivar de sentimentos e projecções ambivalentes em direcção ao feto.

Neste sentido, fala-nos de alguns aspectos que, na sua opinião e por revisão de literatura, podem dificultar o desenvolvimento de um sentido materno positivo.

Assim, temos como exemplo uma intensa ambivalência, dificuldades na diferenciação dos limites, dificuldades de separação precoces associadas a conflitos edipianos.

Considera ainda que um dos maiores obstáculos para atingir um sentido materno confortável se pode relacionar com uma imagem inconsciente inaceitável da própria mãe.

Por outro lado, a grande importância de uma imagem corporal esbelta e escultural investida como uma afirmação de feminilidade pode ver-se comprometida com a transformação física inerente a uma gravidez e, causar fortes inquietações e ansiedades . Neste sentido, a disponibilidade para a vivência da gravidez estará certamente dificultada ou mesmo impossibilitada.

O conceito de maternidade enfatiza dimensões de ordem social e cultural; transcende o período de gravidez. *“É um projecto a longo de vida a longo prazo prazo que envolve prestação de cuidados e dádiva de afectos que assegurem um desenvolvimento sadio e harmonioso da criança.”* (I. Leal, 1991).

Existem projectos de maternidade consistentes mas que ficam comprometidos por uma impossível ou difícil concretização biológica. (Exº: infertilidade ou doença crónica).

Como já referimos anteriormente, a maternidade actualmente deixou de ser um projecto único na vida da mulher .Este projecto poderá ou não existir ou poderá existir em simultâneo com outros de cariz profissional ou académico.

Actualmente, a mulher poderá optar pela não maternidade, pela maternidade num contexto relacional ou pela maternidade sozinha.

Mas, nem sempre se está liberto de pressões sociais e, podem mesmo surgir algumas incompatibilidades; para muitas mulheres é importante cumprir a clássica função

feminina - procriar, mesmo que tal não corresponda a um desejo individual; mesmo que lhe seja difícil conciliar com uma carreira profissional.

Quando grávida, esta mulher estará sujeita a um duplo esforço psicológico; o inerente à vivência de uma gravidez, acrescido do conflito interno provocado pela indisponibilidade para ser mãe.

É neste contexto que Langer (1986) considera que o insucesso de gravidez, conducente à não concretização da maternidade, poderá ser um exemplo da dificuldade de integração e elaboração de conflitos e ideais da mulher.

Numa fase em que acontece um novo enquadramento sociocultural das questões associadas à reprodução, ao nascimento e às relações com as crianças é altura de repensar o *“modo como se articulam as teorias psicológicas sobre a maternidade e aquilo que é actualmente o projecto de maternidade”* (I. Leal, 1997).

Enquanto as teorias psicológicas enfatizam a necessidade materna como relacionada com a própria identificação e com o ser feminino, actualmente, a maternidade desvaloriza a dimensão de afirmação do feminino e enfatiza antes a existência de um projecto de maternidade.

Neste contexto, surgiu-nos o interesse por observar como se articulam a dimensão do feminino e a dimensão do materno em mulheres com insucesso de gravidez de repetição; em mulheres que, conseguindo engravidar, não conseguem chegar ao exercício da maternidade por acontecer o término da gravidez em aborto ou em morte fetal.

Capítulo 3 .
INSUCESSO DE GRAVIDEZ

3.1. Introdução

O **insucesso de gravidez** é um fenómeno que, como o próprio nome indica significa que algo não correu bem no evoluir de um episódio gravídico. É merecedor de grande interesse e estudo por parte de autores preocupados com a sua compreensão e possível prevenção.

Precisamente neste sentido existem na Maternidade Dr. Alfredo da Costa em Lisboa duas consultas vocacionadas para um atendimento particular a este tipo de situação: Consulta de Patologia do Primeiro Trimestre e Consulta do Grupo de Estudo de Morte Fetal (GEMF) nas quais trabalhámos para a realização do presente trabalho.

Pareceu-nos interessante evidenciar os **dados estatísticos** disponíveis relativamente ao movimento dos últimos anos nas referidas consultas bem como o movimento de situações de aborto espontâneo e aborto induzido em situações de morte fetal na mesma maternidade.

Assim temos para o **Ano de 1998** e para um número Total de Partos de 6 838 :

	Primeiras Consultas	Cons. Seguintes	TOTAL
GEMF	136	961	1097
Pat. Do 1º Trimestre	165	449	614

Para o **Primeiro Semestre de 1999** temos :

	Primeiras Consultas	Cons. Seguintes	TOTAL
GEMF	68	490	558
Pat. Do 1º Trimestre	97	219	316

Relativamente ao movimento de situações de **aborto espontâneo** e indução de aborto por **morte fetal** nos últimos **quatro anos** temos :

	1996	1997	1998	1999 (1º Sem)
Aborto Espont.	373	401	408	222
Ab.Induz. M.F.	78	66	62	24

Ainda neste capítulo é nossa pretensão definir aquilo que entendemos por insucesso de gravidez bem como evidenciar definições de alguns autores que vêm contribuindo para esclarecimentos e delimitações em torno deste campo muito específico da vida reprodutiva.

Em seguida, faremos uma breve revisão bibliográfica sobre a etiologia do insucesso de gravidez de repetição dando ênfase quer aos factores médicos quer aos factores de ordem psicológica.

Abordaremos ainda as diferentes formas de reacção psicológica ao insucesso de gravidez dando particular destaque à situação de luto.

Por fim e tendo como base tudo o que fomos referindo até ao presente, pretendemos construir um espaço de questionamento e reflexão acerca do modo como pensamos poder articular o insucesso de gravidez de repetição com as dimensões psicológicas do Feminino e do Materno.

3. 2. Aborto Espontâneo e Morte Fetal

Por **insucesso de gravidez** entendemos a situação em que a mulher não consegue levar a termo, e com sucesso, uma gravidez da qual resulte um filho vivo.

Consoante o momento em que acontece este insucesso assim se considera estar em presença de um aborto espontâneo ou de uma morte fetal.

Deste modo, **aborto espontâneo** será o insucesso gravídico acontecido numa fase inicial (embrionária) da gravidez.

Já por **Morte fetal** entendemos o insucesso gravídico que ocorre a partir do segundo trimestre de gravidez (fase fetal)

Relativamente á definição de aborto espontâneo e concretamente no que se refere à sua limitação temporal não há consenso entre autores.

Assim, **Ventura** (1983) considera que aborto espontâneo é a interrupção da gestação com expulsão do produto da concepção antes da 20ª semana de gestação e antes que o embrião atinja 500 gramas de peso.

Distingue no entanto 3 tipos de aborto consoante o tempo de gestação em que ocorram; assim, temos o ovular, o embrionário e o fetal consoante ocorram antes da 6ª semana, entre a 7ª e a 16ª semana e após a 16ª semana respectivamente.

Já **Vlaanderen, Willian, Pieter & Treffers** (1987) consideram o aborto uma interrupção de gravidez que ocorre nas primeiras 16 semanas após falha da menstruação ou nas primeiras 14 semanas após a concepção.

A opinião de **Moscarello** (1989) é muito mais abrangente; designa de morte perinatal todo o conjunto de situações de perda de gravidez. Assim, inclui nesta designação o

aborto espontâneo, o aborto terapêutico, o nado-morto e o recém nascido que morre pouco tempo após o parto.

Em geral os **primeiros sintomas** do aborto espontâneo são o sangramento vaginal e o aparecimento de contracções repentinas por vezes bastante dolorosas.

É ainda Ventura (1983) que, com base em estudos realizados considera que cerca de 10-15% de todas as gravidezes são interrompidas no primeiro trimestre e que muitas outras terminam mesmo antes de haver evidência clínica de gravidez.

Por outro lado **Poland** (1984) e **Radawska** (1990) consideram que o aborto espontâneo é um acontecimento esporádico que acontece em 15-20 % das gravidezes.

Os abortos podem ser **esporádicos ou recorrentes**; os esporádicos, acontecem por erros cromossômicos no processo de fertilização, por atraso na implantação ou por infecção. Em geral não se repetem e não têm consequências em gravidezes seguintes.

Aborto recorrente, aborto habitual, aborto espontâneo recorrente, insucesso de gravidez recorrente ou de repetição são as nomenclaturas usadas sinonimamente na literatura (**Hatasaka**,1994) para referir uma situação que acontece três ou mais vezes consecutivamente.

Radawska (1990) considera que por análise estatística se verifica ser pouco provável que, abortos recorrentes sejam casuais; na sua opinião tendem a ser causados por factores etiológicos específicos.

Poland, Miller, Jones e colaboradores (1977) consideram que após um primeiro aborto o risco de um segundo não aumenta significativamente. No entanto, para o terceiro o risco duplica. O aumento de risco de aborto recorrente indica um problema que se mantém..

3.3. Etiologia

Brent e Beckman (1994) referem a possibilidade de pensar sobre o aborto espontâneo de dois modos opostos: por um lado, numa visão purista, considerando a perda do embrião como acontecimento trágico enquanto perda de um potencial humano. Por outro lado, a possibilidade de considerar que os abortos espontâneos são modos naturais de reduzir a incidência de seres “anormais” ou com defeito.

McIntyre (1987) refere que estudos sobre anatomia feminina e endocrinologia são fortes contributos para o diagnóstico e tratamento da perda involuntária e repetida de gravidez.

Por outro lado, **Hatasaka** (1994) considera fundamental o prosseguimento de estudos na área da genética molecular como importante fonte de conhecimento de causas dos insucessos de gravidez de repetição.

Apesar de algumas dificuldades na determinação da origem dos insucessos de gravidez **Brent e Beckman** (1994) propõem os seguintes factores para a etiologia do aborto:

- Alterações cromossómicas dos pais
- Alterações Genéticas
- Doenças Maternas (Exº Diabetes, Hipotiroidismo, Deficits de Progesterona, Infecções Genitais, Maternas, Anticorpos Antifosfolipidicos)
- Histocompatibilidade Materno-fetal
- Alterações Físicas ou Mecânicas do Útero
- Incompatibilidade Cervical
- Alterações Placentares

Analogamente, **Hatasaka** (1994) por revisão de literatura e com base em estudos efectuados propõe algumas **causas** para o insucesso de gravidez de repetição que divide em:

- Causas Moleculares (Exº translocações parentais, anticorpos antifosfolipidicos)
- Causas Anatômicas (Exº incompetência cervical, septo uterino, adesões uterinas)
- Causas Hormonais (Exº déficits no corpo amarelo, diabetes, alterações da tiroide)
- Causas Infecciosas
- Causas Psicológicas
- Outras Causas (Exº endometriose, agentes ambientais, factor masculino)
- Causas Desconhecidas

3.4. Factores Psicológicos na Etiologia

Sabemos já que a gravidez é, para além de um fenómeno físico, um acontecimento carregado de vivências psicológicas e exigente, porque apela a movimentos adaptativos face às modificações inerentes; logo, não é de estranhar a relação entre factores psicológicos e insucesso de gravidez.

É frequente que estudos obstétricos com mulheres em situação de morte fetal ou aborto não encontrem causas orgânicas explicativas é neste contexto que, em nossa opinião, podemos enquadrar as causas psicológicas.

Vai neste sentido a opinião de **Justo** (1986) ao considerar que, apesar de muitas causas e muitos factores fisiológicos identificados na génese da interrupção involutária da gravidez são igualmente muito frequentes os casos em que a gravidez termina sem causa médica conhecida.

Corroborando o acima referido Justo (1986) refere estudos de Mann (1959) com um grupo de mulheres que tiveram pelo menos 3 abortos espontâneos; encontrou 2 grupos psicológicos entre estas mulheres.

Num grupo (50% das mulheres) as características comuns eram : Tendência a somatizar face a um conflito, ter na família de origem uma mãe dominadora onnipotente e hiperprotectora enquanto um pai fraco, ausente, morto, divorciado ou desaparecido; ao nível da produção onírica estas mulheres sonhavam que atingiam o termo da gravidez e, depois, descobriam que nascia uma boneca e não um bebé ; outras vezes sonhavam que eram crianças mas que estavam grávidas.

A este propósito Mann (citado por Keye, 1994) acreditava na possibilidade de ser a dinâmica da família a criar uma mulher psicosssexualmente imatura que procurará no companheiro uma mãe substituta mais do que um marido.

Neste contexto de imaturidade a mulher vive um incómodo face à gravidez (tarefa exigente) e uma impossibilidade de a vivenciar; assim, sobrevem um grande stress a que pode reagir somaticamente desenvolvendo contracções uterinas, hemorragias, conduzindo ao aborto.

No 2º grupo (30 % das mulheres) a reacção psicossomática acontecia relativamente a determinado tipo de conflito emocional; tornava-se relevante em mulheres que tinham engravidado solteiras ou recorrido ao aborto ilegal.

Segundo Mann, a culpabilidade nestas situações era tão grande que podia conduzir ao aborto espontâneo ao ser somatizada.

Ainda neste estudo, é referido que após intervenção psicoterapêutica os abortos diminuíram o que reforça a ideia de que factores de personalidade se relacionam com o insucesso da gravidez.

Vão no mesmo sentido os resultados dos estudos de **Javert** e colab. citados por Keye (1994). Estes autores concluíram que a psicoterapia foi o mais importante adjuvante da terapia médica.

Linddell e colab. citados por Keye (1994) efectuaram uma investigação com 42 mulheres com história de aborta de repetição. Analogamente concluíram que 86% das mulheres submetidas a suporte emocional tiveram sucesso em gravidezes seguintes.

Grimm (citado por Keye, 1994) desenvolve um estudo interdisciplinar no New York Lying-In Hospital usando uma bateria de testes. Com base nos resultados caracterizou as mulheres com aborto recorrente como emocionalmente lábeis e com tendência a agir os seus conflitos. Encontra ainda sentimentos de culpa em relação à sexualidade com uma subjacente hostilidade.

Grimm concorda com Mann relativamente às características possessivas e protectoras da mãe; acresce-lhe ainda um pai punitivo relativamente aos comportamentos sexuais.

No entanto, é ainda Grimm quem põe algumas reservas a que estas características familiares e psicológicas sejam causais no insucesso de gravidez; argumenta com a sua observação de 18 das mulheres do seu estudo que, ao conseguirem uma gravidez de termo e ao serem retestadas, evidenciam resultados similares aos das mulheres sem insucesso de gravidez. Isto sugere-lhe que as características psicológicas descritas são consequência e não causa para o insucesso de gravidez.

Simon e colab. (citado por Keye, 1994) também estudam mulheres com insucessos de gravidez de repetição e concluem que há uma rejeição do papel feminino simultânea a impulsos sadomasoquistas. Acreditam que o aborto funciona como uma forma da mulher negociar com estes impulsos.

Keye (1994) aponta como critica a estes estudos o facto de serem realizados post-aborto e não estudos de personalidade pré-mórbida, antes dos abortos. Neste sentido, e segundo

ele poder-se-á estar a falar de efeitos e não de causas psicológicas para o insucessos de gravidez de repetição.

Maldonado (1997) considera que o insucesso de gravidez se liga a uma insatisfação e falha nas necessidades primárias na relação da mulher com a sua própria mãe; tal conduz à fantasia de incapacidade de “ construir” dentro de si um novo ser; na perspectiva da autora a impossibilidade de vivenciar uma gravidez e/ou maternidade assentará portanto numa incapacidade de conseguir representar-se como grávida e/ou como mãe.

Na opinião de **Langer** (1986) a gravidez é uma fase que conduz a mulher a regressão o que obviamente põe em causa a sua relação com a mãe e o conflito edipiano; deste modo, coloca-a em conflito com a sua feminilidade, logo com o seu projecto de maternidade. Esta regressão, pode permitir uma identificação tranquila com a mãe e uma saudável relação com o bebé dentro de si mas, também pode desencadear ambivalência e conflitos muito fortes cuja expressão poderá ser ao nível psicossomático e conduzir ao término da gravidez.

“ A defesa mais radical contra a angústia provocada pela gravidez consiste no aborto, expulsão prematura do feto sentido como persecutório logo, não integrado psicologicamente...” (Langer,1986). Por outro lado considera também que o insucesso de gravidez (conducente à não concretização da maternidade) pode ser um exemplo da dificuldade de integração dos múltiplos ideais da mulher.

Pines (1990) concorda com esta opinião no sentido de que a ambivalência materna para com o feto e para o que ele representa pode ser influenciado por conflitos e ansiedades precoces do desenvolvimento psíquico da mulher de que podem ser exemplo dificuldades em identificar-se com uma boa representação da sua própria mãe . Neste sentido, o aborto espontâneo permite a negação da vida do feto enquanto solução psicossomática para este conflito. No seu trabalho publicado em 1997 intitulado “The Relevance of Early Psychic Development to Pregnancy and Abortion” Pines refere-nos

que ansiedades primitivas e conflitos surgidos durante a fase de separação-individuação da mulher (agora grávida) com a sua própria mãe, e que contribuíram para uma má representação interna desta, podem ser reactivados durante a experiência de gravidez/experiência de maternidade. Esta reactivação, irá conduzir a uma intensa ambivalência relativamente ao futuro da gravidez/ maternidade. Pines (1997) vai ainda mais longe ao considerar que nesta situação se é difícil à mulher grávida identificar-se com a má representação interna da sua própria mãe (identificação reforçada fisicamente pela existência da gravidez), também lhe é difícil a identificação narcísica ao feto que está dentro do seu corpo ; tal acontecerá pela reactivação de fantasias infantis sobre si própria enquanto feto no corpo da sua mãe nas quais se sentiria também mal aceite.

No mesmo sentido vai a opinião de **Soifer** (1971) . Salienta que os movimentos de identificação da grávida com a sua mãe podem fracassar. Pode haver uma excessiva regressão e um confronto com uma mãe sentida como ameaçadora; tal acentua a ambivalência e a ansiedade logo, havendo defesas psíquicas ineficazes, poderá acontecer um conflito entre reter/ expulsar o feto o que poderá conduzir a um aborto espontâneo ou um parto prematuro.

Sami-Ali, numa linha psicossomática, citado por **Moreira** (1991) tenta explicar o aborto espontâneo e a morte fetal pelo recalçamento da função do imaginário impeditivo da elaboração fantasmática das problemáticas inerentes à gravidez e à maternidade.

O'Hare e Creed (1995) estudam um grupo de 48 mulheres com história de aborto espontâneo e concluíram que o stress (crónico e agudo) podia tornar as mulheres mais vulneráveis ao aborto espontâneo. Para estes autores, uma vida com muitos factores de stress em interacção com factores culturais, ambientais bem como determinantes genéticos e imunológicos seriam predisponentes para uma maior probabilidade de aborto espontâneo

Apresentamos em seguida um quadro que pretende resumir e esquematizar as perspectivas dos diferentes autores que, com base em estudos realizados, vêm referenciando diferentes factores psicológicos subjacentes aos insucessos de gravidez.

AUTORES	FACTORES PSICOLÓGICOS
Mann (1959)	• Tendência a Somatizar Conflitos • Culpabilidade em questões da sexualidade • Dinâmica Familiar Típica: -Mãe Dominadora -Pai Fraco
Langer (1986)	• Dificuldade de integração de múltiplos ideais
Soiffer (1971) e Pines (1990, 1997)	• Ambivalência materna em relação ao feto • Dificuldade em identif. c/ boa repres.da mãe • Dificuldade em identif. consigo própria enquanto feto (Pines, 1997)
Grim (1994)	• Labilidade emocional • Tendência a agir conflitos • Sentimentos de culpa em rel.à sexualidade • Dinâmica familiar típica: -Mãe dominadora -Pai punitivo em rel. a sexo
Simon (1994)	• Rejeição do papel feminino • Impulsos sadomasoquistas
O'Here & Creed (1995)	• Stress agudo e crónico (em interacção c/ factores cult., amb. e c/ determ genética)
Maldonado (1997)	• Insatisf. e falha nas neces.primárias c/ mãe • Incapacidade em conseguir representar-se grávida/ mãe

3.5. Reações Psicológicas

K. Conway (1991) constata a recente preocupação e interesse em torno dos aspectos psicológicos na perda de um bebé.

No entanto, o mesmo autor (1995) precisa que a mudança de atitude face às perdas de bebé não é a mesma quando se trata de uma morte fetal (ou morte à nascença) e quando se trata de um aborto espontâneo sendo este menos valorizado.

P. Ney e colab. (1994) referem que porque a criança que morre por aborto espontâneo, por morte fetal ou aborto induzido não foi vista nem conhecida a morte e o reconhecimento do luto não são considerados.

Esta ignorância do significado da perda por parte da sociedade, amigos e família pode impedir o processo de luto materno e conduzir ao desenvolvimento de patologia crónica ou luto mal elaborado.

Referindo-se aos insucessos de gravidez **Soifer** (1992) diz *“estas situações provocam profunda dor narcísica de difícil e lenta recuperação”*.

Os sentimentos correlacionados com a ocorrência de aborto espontâneo são o desgosto, a depressão e o desespero, para uma mulher que teve um aborto espontâneo alguma coisa não funciona adequadamente no seu corpo; tal traduzir-se-à em medos e ansiedades, principalmente em gravidezes seguintes. (Colman & Colman, 1994)

A perda de uma gravidez conduz, sem dúvida a uma crise. Conway(1991) considera-a simultaneamente uma crise situacional e uma crise maturacional.

Lee e colab. (1996) referem Cecil que considera que esta crise desorganiza a estrutura interna dos sujeitos; desencadeia dor e sofrimento e implica a necessidade de ajustes psicológicos familiares e individuais nem sempre fáceis de conseguir.

Kowalsky (citado por P. Ney e col., 1994) ao referir-se ao insucesso de gravidez considera que estão em causa vários tipos de perda : perda de uma pessoa significativa, perda de uma parte de si própria; perda de objecto exterior; perda de um papel de vida; perda do sonho dos pais de terem uma criança e perda da criação.

Sintomas de depressão e ansiedade têm sido observados nas primeiras quatro semanas após a perda da gravidez. (Friedman & Gath, 1989; Hamilton, 1989; Seibel e Graves, 1980); após três meses (Prettyman, Cordle & Cook, 1993; Robinson et al., 1994); após seis meses (Neugebauer et al., 1994).

Cordle & Prettyman (1994) referem que 68% das mulheres do seu estudo ainda apresentavam perturbação de pensamento ligado ao aborto espontâneo 2 anos após este ter acontecido. (citados por Lee, C. et al. , 1996).

K. Conway, (1991) considera que há vários sentimentos próprios da fase pós aborto: culpa, autoacusação, depressão e ansiedade; refere ainda que também os parceiros experimentam tristeza e luto após o aborto espontâneo.

Num estudo de **Prettyman** et al. (1993) uma amostra de 65 mulheres foi avaliada para a ansiedade e depressão com uma escala de depressão e ansiedade em intervalos de 1, 6 e 12 semanas após um aborto espontâneo.

Os resultados apontam para 41% de ansiedade e 22% de depressão na 1ª semana de avaliação; na 12ª semana os resultados diminuíram para 32% de ansiedade e 6% de depressão.

J. Kennel, et al, 1970 refere incapacidade da mulher funcionar na rotina diária e perda de apetite após perda da gravidez, por outro lado, **S. Borg**, et al., 1981 referem a existência de sentimentos de culpa e de falha após o insucesso (citados por Ney, P. et al. 1994).

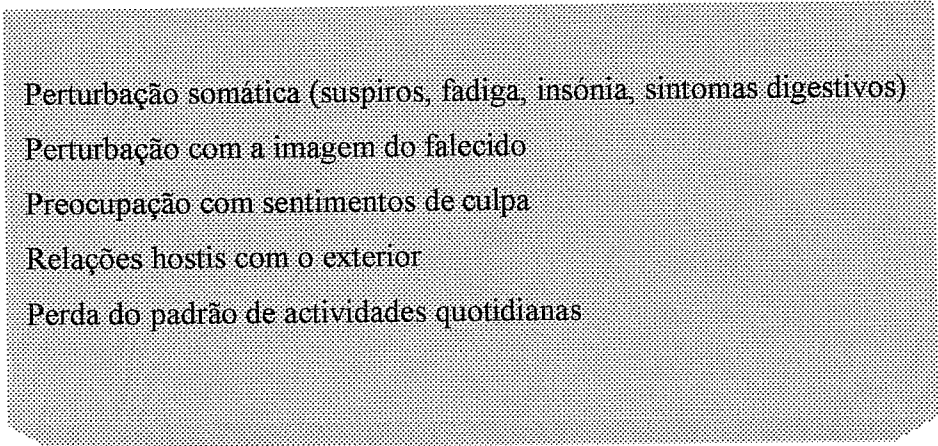
3.5.1. Luto

“ *A perda de um filho é sempre um traumatismo ligado à perda de um objecto de amor em pleno investimento narcísico e libidinal*”. (Bur, 1991, citado por Keating e Seabra, 1994).

Para quem o insucesso de gravidez for sentido como a perda de um filho podemos falar de um luto, de uma perda, cuja elaboração envolve um período de sofrimento e de dor.

Lindman (1944/45) citado por Kowalsky, 1980 foi pioneiro nos **estudos sobre perdas**.

Descreveu cinco áreas alteradas com a perdas:



- Perturbação somática (suspiros, fadiga, insónia, sintomas digestivos)
- Perturbação com a imagem do falecido
- Preocupação com sentimentos de culpa
- Relações hostis com o exterior
- Perda do padrão de actividades quotidianas

Estas perturbações podem surgir logo após a perda ou estar aparentemente ausentes.

O **processo de luto** parece seguir um curso previsível que Kennel (citado por Ferreira, L.; Gois, G.; Faria, C.& Correia, M. J., 1990) divide nas seguintes **fases**: Choque, Recusa, Tristeza e Raiva, Equilíbrio, Reorganização.

A evolução deste processo pode apresentar diferenças individuais quer quanto à duração das fases quer quanto à sua sequência relacionadas com as características da mulher e com o significado da gravidez perdida.

A fase aguda do luto geralmente diminui pelos 6-12 meses, podendo ir até aos dois anos.(P. Ney et al. 1994).

Ney et al. ,1994 referem a necessidade de ajuda para a recuperação psicológica da mulher (e do companheiro ou família); esta necessidade, pode concretizar-se em:

- Reconhecimento do desgosto
- Processo informado e simpático
- Suporte para o desgosto

Tal ajuda por parte dos profissionais de saúde deverá facilitar a elaboração do luto de perda de gravidez, particularmente em situações de maior conflito.

K. Conway (1991) isola **sete factores** que podem influenciar positiva ou negativamente o ajustamento psicológico da mulher após o acontecimento:

- Tipo de Suporte Social e Familiar
- Existência de Suporte Profissional (médicos e enfermeiras)
- Possibilidade de Ver o feto
- Sensação de alívio pela própria sobrevivência
- Existência de Suporte comunitário
- Qualidade do Autoconceito
- Preocupação com gravidez posterior

Keye (1994) acrescenta a importância do vigor familiar e a possibilidade de se determinar a causa da perda.

Worden (1982), (citado por K. Conway, 1995) refere-se ao apoio social, familiar e de amigos como tendo um efeito muito positivo na elaboração da perda.

Por outro lado, **Stack** (1989), citado por K. Conway, 1995 recomenda que psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais assistam os obstetras ficando atentos à dor após o aborto espontâneo.

Coimbra de Matos (1980), quando se refere à necessidade de intervenção psicológica visando a elaboração do processo de luto lembra-nos:

« Devemos ajudar a “vestirem-se” de luto por estas perdas, a expressar a sua dor, a deprimirem-se, a desequilibrarem-se para que se possam reequilibrar de forma estruturada, com o conflito “resolvido” e não a pseudo equilibrarem-se, organizando a sua vida numa fuga à depressão que mantém no inconsciente o luto por viver».

II – O ESTUDO

CAPÍTULO 4.
O ESTUDO

4.1. Objectivos

A partir da revisão bibliográfica em conjunto com a prática clínica na área temática desta dissertação constatamos a existência de uma relação entre as vicissitudes do fenómeno gravídico e o modo como estão integradas as questões ligadas ao feminino e ao materno.

Com base na descrição e definição de conceitos que vimos fazendo ao longo dos capítulos anteriores, reportando-nos aos conhecimentos alcançados pela revisão bibliográfica relativamente à etiologia do Insucesso de gravidez e tomando como alicerces a nossa experiência clínica parece-nos ter chegado o momento em que nos é possível colocar a questão fundamental deste estudo:

Existirão diferenças nas dimensões psicológicas do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição e mulheres sem insucesso de gravidez ?

Mais especificamente, existirá uma dimensão de materno mais reduzida e uma de feminino mais elevada em mulheres com IGR?

Colocamos ainda a questão :

Será que estas dimensões variam consoante o insucesso se dá no 1º ou nos 2º/ 3º trimestre ?

É que, sabemos que a vivência psicológica é completamente diferente consoante os trimestres de gravidez em causa e, a passagem para o 2º trimestre marca precisamente a diferenciação (Colman & Colman, 1994) entre a mulher e a existência de um **outro** que cresce, que mexe, que apela já a uma relação de contenção, a uma maior concretização do materno.

A este propósito Sá (1997) diz-nos *“em grávidas onde o sofrimento mental se traduz numa convexidade do espaço interior para a interacção com o bebé, as possibilidades de ocorrer um aborto espontâneo no período de gravidez que coincide com os movimentos fetais (existência real de um bebé provavelmente antes não imaginado) são muito significativas.”*

E o facto da mulher, com insucesso de gravidez repetição anterior, se encontrar ou não grávida, , fará variar a vivência das já referidas dimensões ? Foi outra das questões que colocámos.

4.2. Tipo de Estudo

Na busca de respostas às questões anteriormente referidas foi desenhado um **estudo exploratório comparativo** que permitisse explorar e comparar as dimensões psicológicas do feminino e do materno em mulheres com e sem história de insucesso de gravidez de repetição.

Deste modo, pretende-se efectuar um estudo exploratório das dimensões psicológicas do feminino e do materno em mulheres com e sem história de insucesso de gravidez de repetição; pretende-se ainda um estudo comparativo das referidas dimensões entre os dois grupos independentes (um grupo de mulheres com insucesso de gravidez de repetição, sem filhos e um grupo de mulheres sem insucesso de gravidez, com pelo menos um filho).

O teor do desenvolvimento deste estudo constará no próximo subcapítulo onde relataremos a metodologia nele utilizada. Assim, em primeiro lugar, faremos a descrição dos participantes (amostra) e do modo como foram seleccionados. Em seguida, abordaremos em pormenor o material (instrumento) que operacionaliza a presente metodologia. Finalmente, apresentamos uma pequena reflexão acerca do procedimento utilizado.

4.3. Métodos

4.3.1. Participantes

O presente estudo incide sobre uma amostra total constituída por **80 sujeitos** do sexo feminino com idades compreendidas entre os 25 e os 36 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, residentes na área da Grande Lisboa.

Esta amostra, divide-se em **dois grupos com 40 sujeitos** cada:

- ⇒ **Grupo A** – 40 mulheres com insucesso de gravidez de repetição
- ⇒ **Grupo B** - 40 mulheres sem insucesso de gravidez de repetição

Os dois grupos subdividem-se ainda nos **subgrupos** seguintes:

Grupo A : - 40 mulheres Com Insucesso de gravidez de repetição sem filhos vivos

- A1-** 10 Grávidas com IGR no 1º Trimestre de Gravidez
- A2-** 10 Não Grávidas com IGR no 1º Trimestre de Gravidez
- A3-** 10 Grávidas com IGR nos 2º/3º Trimestre de Gravidez
- A4-** 10 Não Grávidas com IGR nos 2º/3º Trimestre de Gravidez

Grupo B :- 40 mulheres Sem Insucesso de Gravidez com pelo menos um filho

- B1-** 10 Grávidas no 1º Trimestre sem IGR
- B2-** 10 Grávidas no 2º Trimestre sem IGR
- B3-** 20 Não Grávidas sem IGR

O **processo de selecção da amostra** necessária para este estudo decorreu, como já referimos, em vários locais assim:

- No Grupo A (Mulheres com IGR e sem filho vivo) o questionário foi aplicado a mulheres que frequentavam as Consultas de Alto Risco, Patologia do I Trimestre e Grupo de estudos de Morte Fetal (GEMF) da Maternidade Dr. Alfredo da Costa . (As duas últimas consultas acompanham estas mulheres independentemente de estarem ou não grávidas)
- No Grupo B (Mulheres sem IGR e com pelo menos um filho) o questionário foi aplicado nos seguintes locais:
Centro de Saúde da Amadora (Consulta de Saúde Materna) e Consultórios Médicos Privados- No caso das Grávidas.
Centro de Saúde de S. João (Consulta de Planeamento Familiar)- No caso das Não Grávidas.

Como **critérios de admissão** para este estudo era necessário que as mulheres preenchessem os **seguintes requisitos**:

- Ter Nacionalidade Portuguesa
- Ser de Raça Branca (devido às diferenças culturais que estão em causa nas vivências da gravidez e da maternidade)
- Ter uma idade compreendida entre os 25 e os 36 anos
- Residir na Área da Grande Lisboa
- Ter pelo menos 3 insucessos de gravidez e nenhum filho vivo- para o Grupo A
- Ter pelo menos um filho vivo- para o Grupo B

Factores como Profissão, Habilitações Académicas, Estado Civil, não foram tidos em conta.

4.3.2. O Material

Como material para operacionalização do presente estudo foi escolhido o **Questionário de Avaliação das Atitudes e Representações Parentais (AARP)** construído e utilizado pela primeira vez na Tese de Mestrado “Um Filho a Todo o Custo” de Isabel Matos (1997). Esta Tese enquadrava-se num Projecto de Investigação de 1994 sobre Feminino, Masculino, Materno, Paterno e Representação de Parentalidades.

Trata-se de um questionário anónimo de auto resposta cuja versão original tem 156 itens.

O objectivo da autora foi “*a elaboração e construção de um instrumento que permita conceptualizar e definir os conceitos de Feminino, Materno, Masculino e Paterno e que permita ainda observar o modo como estes conceitos se relacionam com as atitudes e representações do indivíduo relativamente à Maternidade à Paternidade, ao ser mãe/ser pai, ao ter filhos; motivações para se ter filhos ou para não se ter filhos; significado de ter filhos; o que é um filho; a adopção; as Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida; Recurso às mesmas, etc*” (I. Matos, 1997)

Neste sentido, pareceu-nos o instrumento adequado para operacionalizar o estudo que pretendemos realizar.

Para a construção deste questionário a autora efectuou dois pré-testes. No primeiro, elaborou um questionário composto por perguntas abertas, em que os indivíduos deveriam responder acerca de assuntos relacionados com a parentalidade, o significado de ser mãe, ser pai, gravidez, Ter filhos, técnicas de reprodução medicamente assistida, adopção, etc. Este questionário, composto por 21 questões, foi aplicado a 129 sujeitos de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos.

Após terem sido obtidas as respostas, a autora efectuou uma análise se conteúdo a partir da qual elaborou uma nova forma de questionário e efectuou um segundo pré teste.

O novo questionário foi composto por perguntas fechadas (156)- frases aos quais os indivíduos respondem escolhendo relativamente a cada uma delas uma das quatro categorias : “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo”, “discordo totalmente”.

Os valores atribuídos a cada categoria correspondem a intervalos respectivamente: 2, 1-1 e -2. Este segundo questionário foi aplicado a 78 indivíduos , de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 79 anos.

Este questionário final com 156 questões foi submetido a um júri de especialistas que os classificou como referidos predominantemente à dimensão do materno ou à dimensão do feminino excluindo os itens 4, 9, 29, 45, 49, 77, 88. Procedeu-se à renumeração dos 149 restantes (o item 5 passou a 4, o 6 a 5, e assim sucessivamente).

Os itens referentes à **Dimensão do Materno** são

1. 4. 6. 9. 10. 12. 13. 14. 18. 19. 20. 21. 22. 24. 25. 26. 27 30. 31. 34. 36. 37. 42. 43. 45.49. 50 .51. 57. 58. 60. 65. 67. 69. 70. 71. 72. 75. 79. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90.95. 96. 102. 103. 107. 110. 111. 113. 115. 119.120. 121. 122. 124. 125. 126. 129. 130. 132. 133. 138. 142. 144. 145. 148. 149.
--

Os referentes à **Dimensão do Feminino** são:

2. 3. 5. 7. 8. 11. 15. 16. 17. 23. 28. 29. 32. 33. 35. 38. 39. 40. 41. 44. 46. 47. 48. 52. 53. 54. 56. 59. 61. 62. 63. 64. 66. 68. 73. 74. 76. 77. 78. 80. 81. 82. 91. 92. 93. 94. 97. 98. 99. 100. 101. 104. 105. 106. 108. 109. 112. 114. 116. 117. 118. 123. 127. 128. 131. 134. 135. 136. 137. 139. 140. 141. 146. 147.
--

Para cada um dos 149 itens (75 referentes à dimensão do materno e 74 referentes à do feminino), os sujeitos podem optar por uma de entre quatro categorias (Escala Tipo

Likert): "concordo totalmente", "concordo", "discordo", " discordo totalmente". Os valores atribuídos a cada categoria correspondem a intervalos respectivamente 4, 3, 2, 1.

Sendo este instrumento uma escala tipo Likert produz uma escala ordinal. Logo, deverá vir a ser tratada estatisticamente com uma estatística não paramétrica.

O Questionário de Avaliação das Atitudes e Representações Parentais (AARP) bem como a apresentação e as instruções fornecidas aos sujeitos são apresentadas no Anexo A.

4.3.3. Procedimento

Como já referimos, o delineamento do presente trabalho enquadra-se num estudo exploratório- comparativo. Pretende-se efectuar um estudo exploratório das dimensões psicológicas do feminino e do materno em mulheres com e sem história de insucesso de gravidez de repetição; pretende-se ainda um estudo comparativo das referidas dimensões entre os dois grupos independentes (um grupo de mulheres com insucesso de gravidez de repetição, sem filhos e um grupo de mulheres sem insucesso de gravidez, com pelo menos um filho).

Assim, as variáveis a comparar são as dimensões do **feminino e do materno** em dois grupos de mulheres :

- **Com insucesso de gravidez de repetição**
- **Sem insucesso de gravidez**

Temos portanto como **Variável Dependente as dimensões do feminino e do materno** e como **Variável Independente ter ou não ter insucesso de gravidez de repetição**.

Colocámos as seguintes **hipóteses**:

- **Hipótese 1**- Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição e mulheres sem insucesso de gravidez.
- **Hipótese 2** – Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição no 1º trimestre e mulheres com insucesso de gravidez de repetição nos 2º/3º trimestres.
- **Hipótese 3**– Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição grávidas e mulheres com insucesso de gravidez de repetição não grávidas.
- **Hipótese 4**– Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres sem insucesso de gravidez grávidas e mulheres sem insucesso de gravidez não grávidas.

Para efeitos de validação estatística definimos que a **amostra** a recolher necessitaria de um número não inferior a **30 mulheres**.

A amostra foi constituída na área da Grande Lisboa nomeadamente nas cidades de Lisboa e Amadora – Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centros de Saúde de S. João e da Amadora e consultórios privados em Lisboa.

Para o efeito foram solicitadas as devidas autorizações.

Após apresentação aos médicos responsáveis pelas diferentes consultas do objectivo do estudo, da especificidade da amostra pretendida e do instrumento a utilizar houve uma imediata disponibilização destes para colaborar.

Nos locais referidos, foi combinado que se recolheria a amostra junto das consultas de Patologia do 1º Trimestre, Grupo de Estudo de Morte Fetal (Maternidade Dr. Alfredo

da Costa), Consulta de Saúde Materna (Centro de Saúde da Amadora) e Consulta de Planeamento Familiar (Centro de Saúde de S. João).

Deste modo, a operacionalização desta etapa metodológica foi conseguida em estreita articulação com as equipas médica e de enfermagem dos referidos locais e, decorreu durante o ano de 1998.

A constituição da amostra resultou da escolha das mulheres que se encontravam nas consultas, de acordo com os critérios de admissão que descreveremos adiante.

Confirmada a anuência de participação no estudo por parte dos sujeitos antes do início da consulta médica, procedeu-se à apresentação do psicólogo e do instrumento bem como à passagem do questionário em gabinetes próximos às consultas.

Uma vez concluída a fase de avaliação seguiram-se respectivamente a cotação dos questionários AARP e o tratamento dos dados obtidos.

O tratamento estatístico destina-se a concluir pela existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas por parte da amostra total, dividida em grupo A e grupo B a um conjunto de itens agrupados segundo dois factores : o feminino e o materno.

No capítulo 5, sobre Resultados, os procedimentos referentes à análise estatística serão alvo de maior reflexão.

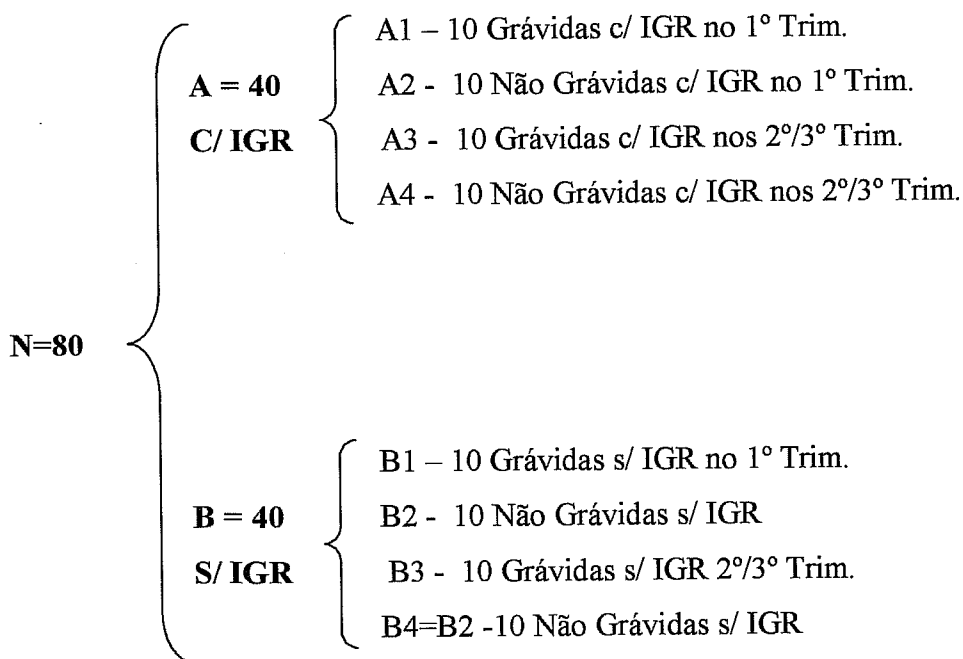
CAPÍTULO 5 .
RESULTADOS

5.1. Introdução

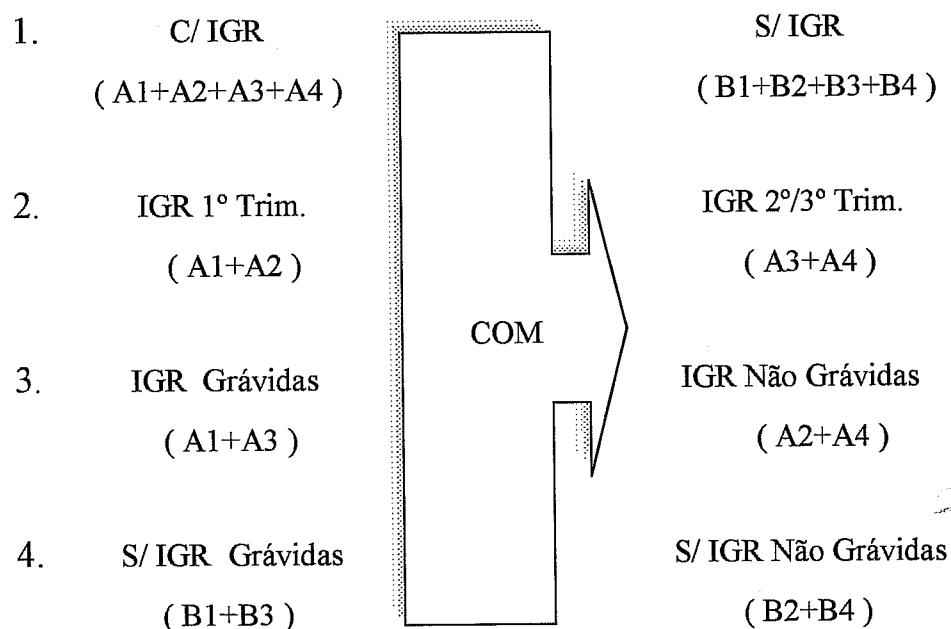
Tal como referimos no capítulo anterior procederemos agora à apresentação da análise estatística e respectivos resultados, desenvolvendo seguidamente um trabalho de discussão dos mesmos recorrendo às teorizações dos capítulos iniciais deste trabalho.

Os resultados obtidos decorrem de procedimentos de validação estatística com vista à comparação dos resultados obtidos pelos grupos e subgrupos de acordo com o esquema que apresentaremos em seguida relativamente às dimensões psicológicas avaliadas através do questionário AARP.

Concreta e esquematicamente pretendemos comparar mulheres Com Insucesso de Gravidez de Repetição e mulheres Sem Insucesso de Gravidez relativamente às dimensões do Feminino e do Materno de acordo com a seguinte apresentação esquemática:



Pretendemos comparar :



5.2. Análise Estatística

Antes de nos debruçarmos numa análise de carácter qualitativo é fundamental a apresentação dos resultados quantitativos e respectivos estudos estatísticos.

A análise estatística porque optámos destina-se a concluir pela existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas, por parte de uma amostra total de 80 mulheres, a um conjunto de *itens* agrupados segundo dois factores: o Feminino e o Materno, para as seguintes possibilidades:

Teste 1: Em mulheres com insucesso de gravidez e mulheres sem insucesso de gravidez.

Teste 2: Em mulheres com insucesso no 1º trimestre e mulheres com insucesso no 2º/3º trimestre.

Teste 3: Em mulheres com insucesso de gravidez não grávidas e mulheres com insucesso de gravidez grávidas.

Teste 4: Em mulheres sem insucesso de gravidez não grávidas e sem insucesso de gravidez grávidas.

Para dar início à análise estatística e inerente aplicação dos testes seleccionados foi necessário transformar os dados originais (Anexo B) por forma a que toda a informação fique compilada em duas variáveis : uma condensa a informação do Feminino, a outra, condensa a informação do Materno.

Em seguida, procedeu-se a uma **Análise Descritiva** com vista à análise das distribuições (Média, Mediana, Desvio Padrão...).

A **Análise da tendência central** foi feita utilizando a representação gráfica por meio das Caixas de Bigodes que situa os quartis da distribuição.

Procedeu-se seguidamente a uma **Análise das Diferenças** entre os grupos. Para tal, optou-se pelo **Teste de Mann Whitney** pelo facto de este ser preferível sempre que tratamos de variáveis ordinais ou seja, sempre que é possível estabelecer uma ordenação das classes nas quais os dados são classificados. No nosso caso: Concorde totalmente, Concorde, Discordo, Discordo Totalmente.

A escolha deste teste pressupõe a igualdade da forma das duas distribuições das respectivas amostras pelo que, antes da sua aplicação foram efectuados o Teste de Levene (para testar a igualdade das variâncias ou seja se os grupos em estudo têm a

mesma dispersão) e o Estudo da Simetria (para verificar da distribuição simétrica e não enviesada ou centrada em relação à média).

5.2.1. Análise estatística da 1ª Hipótese

Sendo o nosso objectivo principal (1ª Hipótese) verificar da existência de diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com IGR e mulheres sem IGR, relativamente às dimensões do Feminino e do Materno, apresentamos em primeiro lugar os resultados referentes à nossa **1ª Hipótese**.

Após análise da simetria cujo quadro descritivo é apresentado em Anexo C1 pôde concluir-se da simetria de ambas as distribuições (mulheres com IGR e mulheres sem IGR) quer na dimensão do Feminino quer na dimensão do Materno dado que, a razão entre a Skewness e o respectivo Desvio Padrão é inferior a 2 em valor absoluto.

Também a Análise de Variância, cujo quadro é apresentado em Anexo C2 permite considerar estarmos em presença de grupos com a mesma dispersão ou seja, com igualdade de variâncias.

Reunem-se assim condições para procedermos à Análise das Diferenças entre os grupos através do teste de Mann Whitney.

Antes da apresentação dos resultados do teste, parece-nos importante observar a Análise da Tendência Central para a qual foi utilizada a representação gráfica de Caixa de Bigodes.

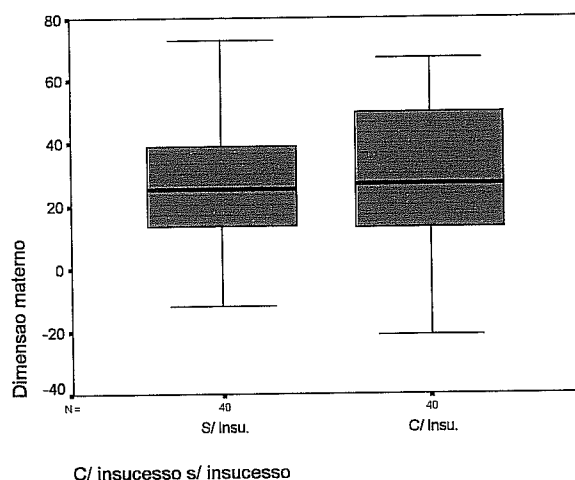


Gráfico 1- Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 1ª Hipótese

Assim, e analisando o **Gráfico 1**, correspondente à **dimensão do Materno** verificamos que a distribuição das respostas apresenta uma pontuação positiva em tendência central (mediana com valores de 25,5 e 27 para as mulheres sem insucesso e com insucesso), reveladora da existência de uma maioria de respostas do tipo concordo e concordo completamente.

Relativamente ao gráfico correspondente à **Dimensão do Feminino**

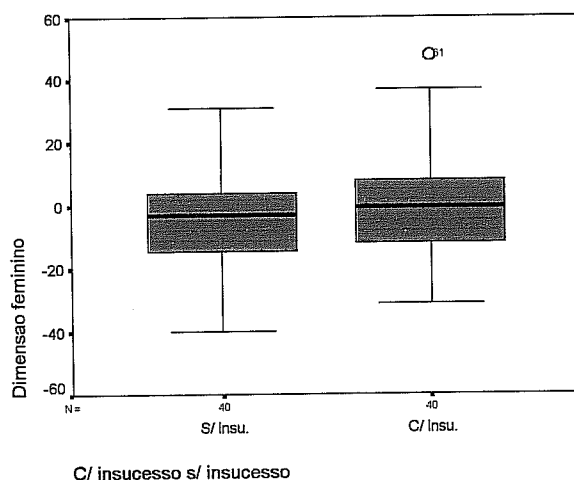


Gráfico 2 – Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para 1ª Hipótese

Relativamente ao **Gráfico 2**, que corresponde à **dimensão do feminino**, as respostas apresentam, em tendência central, uma pontuação próxima de zero, não permitindo inferir sobre uma maioria de respostas favoráveis ou desfavoráveis (mediana com valores de -3 e -0,5 para as mulheres sem insucesso e com insucesso).

Em cada uma das dimensões, as distribuições têm aproximadamente a mesma tendência central entre as mulheres com insucesso e as mulheres sem insucesso.

Procedemos em seguida à Análise das Diferenças entre os dois grupos (mulheres com e sem IGR) relativamente às dimensões do Feminino e do Materno através do Teste de Mann Whitney cujos resultados se podem observar no quadro que se segue. (Anexo C3)

Test Statistics ^a		
	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	729,500	728,000
Z	-,679	-,693
Asymp. Sig. (2-tailed)	,497	,488

a. Grouping Variable: C/ insucesso s/ insucesso

Quadro 1 – Resultados Referentes ao Teste Mann-Whitney Aplicado à 1ª Hipótese

O nível de significância do teste de Mann-Whitney é de 0,497 e 0,488 respectivamente, para a dimensão do Materno e do Feminino. Em ambos os casos o valor do teste é superior a 0,05, ou seja, não existe evidência estatística para a rejeição da hipótese nula. Conclui-se que não se pode afirmar a existência de diferenças entre as mulheres com insucesso de gravidez e as mulheres sem insucesso de gravidez nas duas dimensões em estudo.

5.2.2. Análise Estatística da 2ª Hipótese

Passamos em seguida à apresentação dos resultados referentes à nossa 2ª Hipótese :

Existência de diferenças significativas nas dimensões do Feminino e do Materno entre mulheres com IGR no 1º trimestre de gravidez e mulheres com IGR nos 2º/3º trimestre.

Após análise da simetria cujo quadro descritivo é apresentado em Anexo D1 pôde concluir-se da simetria de ambas as distribuições (mulheres com IGR no 1º Trim. e mulheres com IGR nos 2º/3º Trim) quer na dimensão do Feminino quer na dimensão do Materno dado que, a razão entre a Skewness e o respectivo Desvio Padrão é inferior a 2 em valor absoluto.

Tambem a Análise de Variância, cujo quadro é apresentado em Anexo D2 permite considerar estarmos em presença de grupos com a mesma dispersão ou seja, com igualdade de variâncias.

Reunem-se assim condições para procedermos à Análise das Diferenças entre os grupos através do teste de Mann Whitney.

Antes da apresentação dos resultados do teste, parece-nos importante observar a Análise da Tendência Central para a qual foi utilizada a representação gráfica de Caixa de Bigodes.

Assim, observamos o **Gráfico 3** correspondente à **dimensão do Materno**

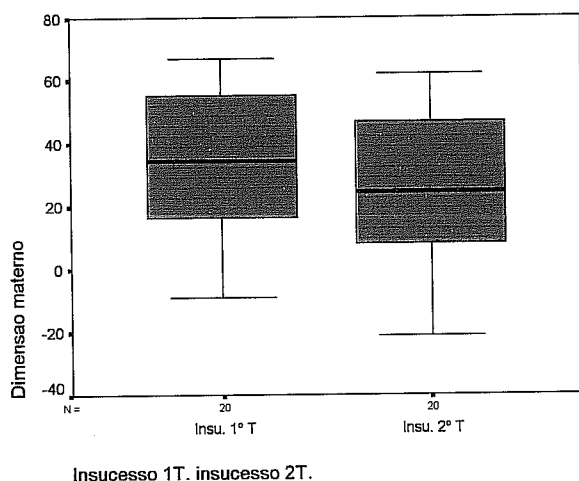


Gráfico 3- Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 2ª Hipótese

Verificamos que a distribuição das respostas apresenta uma pontuação positiva em tendência central (mediana com valores de 34,5 e 24,5, respectivamente, para as mulheres com insucesso no 1º trimestre e 2º trimestre).

Quanto à **Dimensão do feminino** podemos observar o **Gráfico 4:**

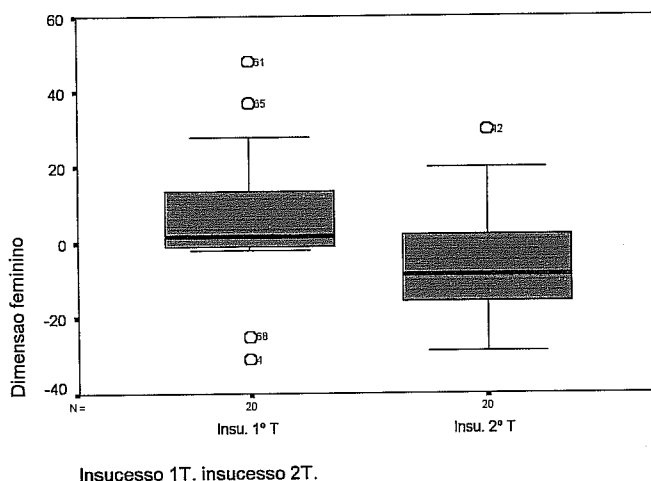


Gráfico 4- Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para a 2ª Hipótese

Aqui, verificam-se, também diferenças em tendência central entre as duas amostras. A mediana para as mulheres com insucesso no 1º trimestre apresenta o valor de 1,5, enquanto que para as mulheres com insucesso no 2º trimestre este valor é de -8,5.

De registar a presença de 4 outliers para a primeira amostra e de 1 para a segunda.

Em ambas as dimensões, as distribuições não apresentam a mesma tendência central entre as mulheres com insucesso no 1º trimestre e no 2º/3º trimestre.

Procedemos em seguida à Análise das Diferenças entre os dois grupos (mulheres com IGR no 1º Trim e mulheres com IGR nos 2º/3º Trim) relativamente às dimensões do Feminino e do Materno através do teste de Mann Whitney cujos resultados se podem observar no Quadro 2. (Anexo D3)

Test Statistics		
	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	149,500	118,500
Z	-1,367	-2,207
Asymp. Sig. (2-tailed)	,172	,027

Quadro 2- Resultados Referentes ao Teste Mann-Whitney aplicado à 2ª Hipótese

O nível de significância do teste de Mann-Whitney é de 0,027 e 0,172 respectivamente para a dimensão do Feminino e Materno. Para a dimensão do feminino existe evidência estatística para a rejeição da hipótese nula. Neste caso pode-se afirmar a existência de diferenças entre mulheres com insucesso no 1º trimestre e insucesso no 2º trimestre. Sendo que as primeiras tendem a apresentar um "feminino mais elevado"

Para a dimensão do materno é possível afirmar que as mulheres com insucesso de gravidez no 1º trimestre tendem para um maior número de respostas do tipo concordo e concordo completamente ("materno mais elevado"). Neste caso o teste é unilateral sendo o seu nível de significância de 8,6%. ($0,172/2 = 0,086$).

5.2.3. Análise Estatística da 3ª Hipótese

Colocámos ainda uma 3ª Hipótese : Verificar se haveriam diferenças significativas nas dimensões do Feminino e do Materno em mulheres com IGR consoante estas se encontrassem ou não grávidas.

Após análise da simetria cujo quadro descritivo é apresentado em Anexo E1 pôde concluir-se da simetria de ambas as distribuições (mulheres com IGR Grávidas e mulheres com IGR não Grávidas) quer na dimensão do Feminino quer na dimensão do Materno dado que, a razão entre a Skewness e o respectivo Desvio Padrão é inferior a 2 em valor absoluto.

Também a Análise de Variância, cujo quadro é apresentado em Anexo E2 permite considerar estarmos em presença de grupos com a mesma dispersão ou seja, com igualdade de variâncias.

Reunem-se assim condições para procedermos à Análise das Diferenças entre os grupos através do Teste de Mann Whitney.

Antes da apresentação dos resultados do teste, parece-nos importante observar a Análise da Tendência Central para a qual foi utilizada a representação gráfica de Caixa de Bigodes.

Assim, analisando o **Gráfico 5** correspondente à dimensão do **Materno** verificamos:

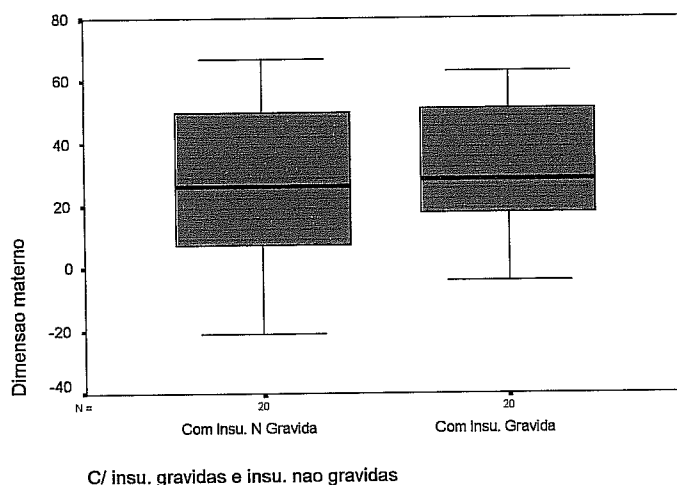


Gráfico 5 – Representação Gráfica da Dimensão do materno para a 3ª Hipótese

A distribuição das respostas apresenta uma pontuação positiva em tendência central (mediana com valores de 26,5 e 28,5 para as mulheres com insucesso não grávidas e grávidas, respectivamente), reveladora da existência de uma maioria de respostas do tipo concordo e concordo completamente.

Relativamente ao **Gráfico 6**, correspondente à dimensão do **Feminino**

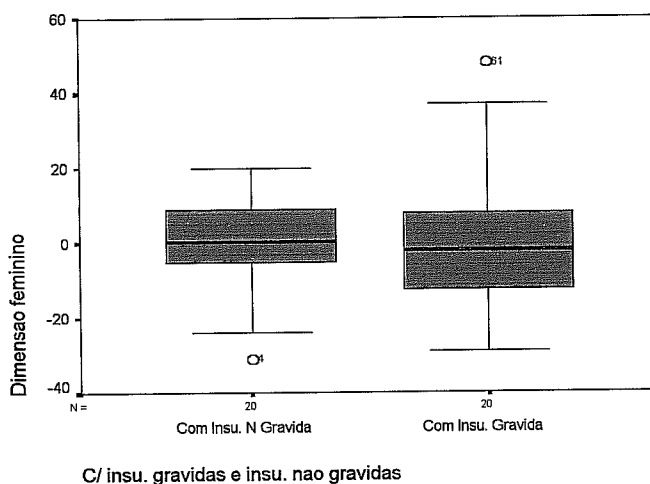


Gráfico 6- Representação Gráfica da Dimensão do Feminino para a 3ª Hipótese

As respostas apresentam uma pontuação próxima de zero, não permitindo inferir sobre uma maioria de respostas favoráveis ou desfavoráveis (mediana com valores de 0,5 e -2 para as mulheres com insucesso não grávidas e grávidas, respectivamente).

Em ambas as dimensões, as distribuições têm aproximadamente a mesma tendência central entre as mulheres com insucesso não grávidas e grávidas.

Seguiu-se o procedimento da Análise das Diferenças entre os dois grupos (mulheres com IGR Grávidas e Não Grávidas) relativamente às dimensões do feminino e do materno através do teste Mann Whitney cujos resultados se podem observar no quadro 3. (Anexo D3)

Test Statistics ^b		
	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	179,000	182,000
Z	-,568	-,487
Asymp. Sig. (2-tailed)	,570	,626

b. Grouping Variable: C/ insu. grávidas e insu. nao grávidas

Quadro 3- Resultados Referentes ao Teste Mann-Whitney Aplicado à 3ª Hipótese

O nível de significância do teste de Mann-Whitney é de 0,570 e 0,626, respectivamente, para a dimensão do Materno e Feminino. Em ambos os casos o valor do teste é superior a 0,05, ou seja, não existe evidência estatística que nos permita rejeitar a hipótese nula. Não se pode afirmar a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre a dimensão do materno e do feminino para as características da população em causa.

5.2.4. Análise Estatística da 4ª Hipótese

A nossa 4ª Hipótese surge-nos aproveitando as características da amostra; consiste em verificar da existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do Feminino e do Materno em mulheres sem IGR consoante estivessem ou não grávidas.

Após análise da simetria cujo quadro descritivo é apresentado em Anexo F1 pôde concluir-se da simetria de ambas as distribuições (mulheres Sem IGR Grávidas e Não Grávidas) quer na dimensão do Feminino quer na dimensão do Materno dado que, a razão entre a Skewness e o respectivo Desvio Padrão é inferior a 2 em valor absoluto.

Também a Análise de Variância, cujo quadro é apresentado em Anexo F2 permite considerar estarmos em presença de grupos com a mesma dispersão ou seja, com igualdade de variâncias.

Reunem-se assim condições para procedermos à Análise das Diferenças entre os grupos através do Teste de Mann Whitney.

Antes da apresentação dos resultados do teste, parece-nos importante observar a Análise da Tendência Central para a qual foi utilizada a representação gráfica de Caixa de Bigodes.

Assim, analisando o **Gráfico 7**, correspondente à dimensão do **Materno**

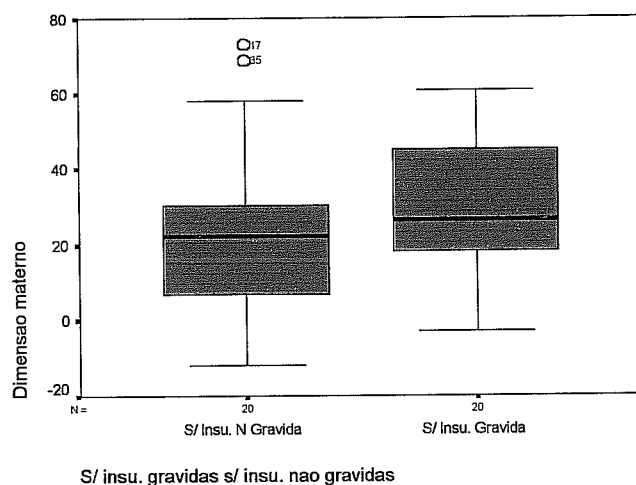


Gráfico 7 – Representação Gráfica da Dimensão do Materno para a 4ª Hipótese

A distribuição das respostas apresenta uma pontuação positiva em tendência central (mediana com valores de 22,5 e 26,5 para as mulheres sem insucesso não grávidas e grávidas, respectivamente), reveladora da existência de uma maioria de respostas do tipo concordo e concordo completamente.

Relativamente ao **Gráfico 8**, correspondente à dimensão do **Feminino**, verificamos

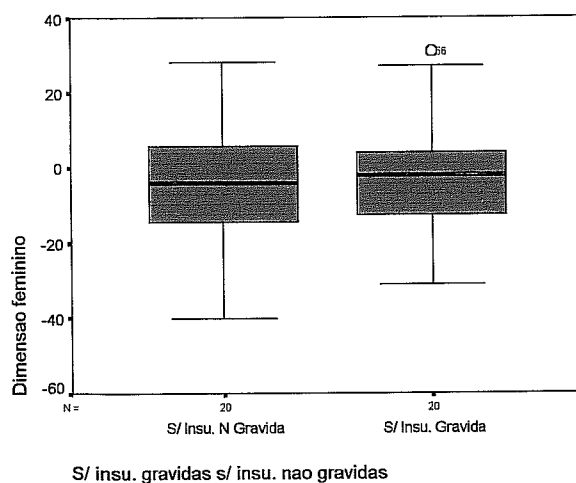


Gráfico 8- Representação gráfica da Dimensão do Feminino para a 4ª Hipótese

As respostas apresentam uma pontuação próxima de zero, com uma ligeira tendência para uma maioria de respostas do tipo discordo e discordo completamente (mediana com valores de -4 e -2 para as mulheres sem insucesso não grávidas e grávidas, respectivamente).

Na dimensão do materno é visível uma ligeira diferença na tendência central entre as mulheres sem insucesso não grávidas e grávidas, enquanto que na dimensão do feminino estas praticamente coincidem.

Procedemos em seguida à Análise das Diferenças entre os dois grupos (mulheres sem IGR Grávidas e Não Grávidas) relativamente às dimensões do Feminino e do materno através do Teste de Mann Whitney cujos resultados se podem observar nos Quadro 4. (Anexo F3)

Test Statistics ^b		
	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	158,000	193,500
Z	-1,137	-,176
Asymp. Sig. (2-tailed)	,256	,860

b. Grouping Variable: S/ insu. gravidas s/ insu. nao gravidas

Quadro 4- Resultados Referentes ao Teste Mann-Whitney Aplicado à 4ª Hipótese

O nível de significância do teste de Mann-Whitney é de 0,256 e 0,860, respectivamente, para a dimensão do Feminino e Materno. Em ambos os casos o valor do teste é superior a 0,05, ou seja, não se pode rejeitar a hipótese nula. Não existe evidência estatística para afirmar a existência de diferenças significativas, entre a dimensão do materno e do feminino para as características da população em causa.

5.2.5. Análise estatística de uma Nova Hipótese

Uma vez que os nossos resultados não foram de encontro ao esperado fomos continuando as análises estatísticas à medida que nos foram surgindo novas interrogações.

Assim, **colocaram-se-nos as questões:**

1. Será que há diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão do Feminino e a dimensão do Materno no grupo de mulheres com IGR.
2. Será que há diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão do Feminino e a dimensão do Materno no grupo de mulheres sem IGR.

Para procedermos à análise das diferenças intra - grupos utilizámos o Teste dos Sinais (compara as distribuições de duas variáveis; este teste, não utiliza o valor numérico das respostas mas apenas o seu sinal) .

Assim, se considerarmos X = dimensão Materno e Y = dimensão Feminino, vamos averiguar, para um mesmo conjunto de mulheres (em primeiro lugar para o grupo com IGR e, seguidamente para o grupo sem IGR) qual a relação entre as duas dimensões.

As hipóteses a testar neste teste são:

$H_0 : X = Y$ (não há diferenças entre as duas dimensões)

$H_1 : X \neq Y$ (há diferenças entre as duas dimensões)

Os resultados foram os seguintes:

1- Dimensões do Materno/ Feminino em Mulheres Sem Insucesso de Gravidez

Para as mulheres sem insucesso de gravidez os resultados permitem rejeitar a hipótese nula (Sig. inferior a 0,05) e concluir pela afirmação de diferenças entre as Dimensões do Materno e do Feminino como podemos observar no Quadro 5.

Test Statistics ^a	
	Dimensao feminino - Dimensao materno
Z	-5.218
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Sign Test

Quadro 5- Resultados Referentes à Verificação de Diferenças entre as Dimensões do Feminino e do Materno em Mulheres Sem Insucesso de Gravidez.

Frequencies		
		N
Dimensao feminino -	Negative Differences ^a	37
Dimensao materno	Positive Differences ^b	3
	Ties ^c	0
	Total	40

a. Dimensao feminino < Dimensao materno

b. Dimensao feminino > Dimensao materno

c. Dimensao materno = Dimensao feminino

Quadro 6- Resultados Referentes à Comparação Entre o N° de Respostas da Dimensão do Feminino e do Materno em Mulheres Sem Insucesso de Gravidez

Das 40 mulheres sem insucesso 37 atribuíram pontuações inferiores na dimensão do feminino (mais *Discordo* e *Discordo Completamente*) do que o fizeram na dimensão do

materno. Apenas 3 mulheres atribuíram , ao contrário, pontuações superiores na dimensão do feminino face ao materno. Observando o Quadro 6 podemos afirmar que a Dimensão do Materno tende a ser superior à Dimensão do Feminino.

2. Dimensões do Materno/Feminino em Mulheres Com Insucesso de Gravidez de Repetição

Os resultados obtidos para as mulheres com insucesso de gravidez permitem rejeitar a hipótese nula (Sig. inferior a 0,05) e concluir pela afirmação de diferenças entre o materno e o feminino tal como podemos observar pelo Quadro 7.

Test Statistics ^a	
	Dimensao feminino - Dimensao materno
Z	-5.850
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Sign Test

Quadro 7- Resultados Referentes à Verificação de Diferenças entre as Dimensões do Feminino e do Materno em Mulheres Com Insucesso de Gravidez.

Das 40 mulheres com insucesso 39 atribuíram pontuações inferiores na dimensão do feminino. Apenas 1 atribuiu uma pontuação superior no conjunto dos itens desta dimensão. Tal como podemos observar no Quadro 8, a conclusão é mesma do ponto anterior, ou seja, existe evidência estatística para afirmar que a Dimensão do Materno tende a ser superior à Dimensão do Feminino também em mulheres com Insucesso de Gravidez de Repetição.

Frequencies		
		N
Dimensao feminino -	Negative Differences ^a	39
Dimensao materno	Positive Differences ^b	1
	Ties ^c	0
	Total	40

a. Dimensao feminino < Dimensao materno

b. Dimensao feminino > Dimensao materno

c. Dimensao materno = Dimensao feminino

Quadro 8- Resultados Referentes à Comparação Entre o N° de Respostas da Dimensão do Feminino e do Materno em Mulheres Com Insucesso de Gravidez

5.3. Sumarização dos resultados

Após apresentação da configuração numérica nos parágrafos anteriores passamos em seguida a uma sumarização dos resultados acompanhada de ilustrações gráficas que nos permitam uma visualização espacial dos resultados obtidos.

Relativamente à **1ª Hipótese:**

Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição e mulheres sem insucesso de gravidez.

-Dimensão do Materno positiva (maioria de respostas concordo e concordo totalmente) para ambos os grupos. (Ver **Gráfico 9**)

-Dimensão do Feminino com pontuações próximas de zero (não permite inferir sobre maioria de respostas favoráveis ou desfavoráveis) para ambos os grupos.(Ver **Gráfico 9**)

-Não se pode afirmar a existências de diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com IGR e mulheres sem IGR nas dimensões do Feminino e do Materno.

-Não confirmamos a 1ª Hipótese.

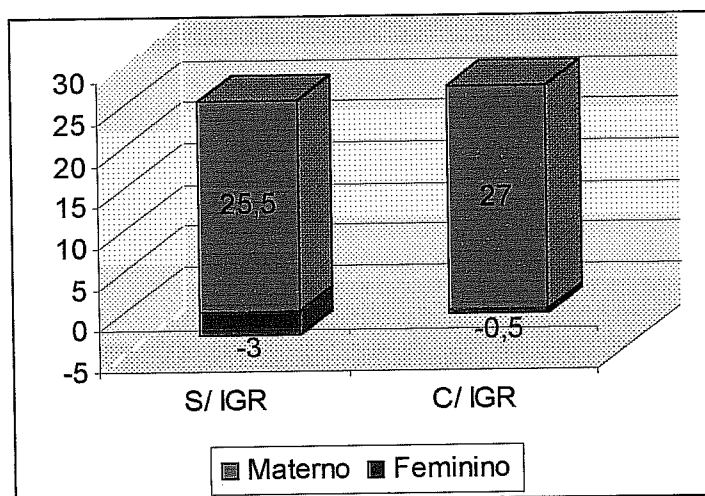


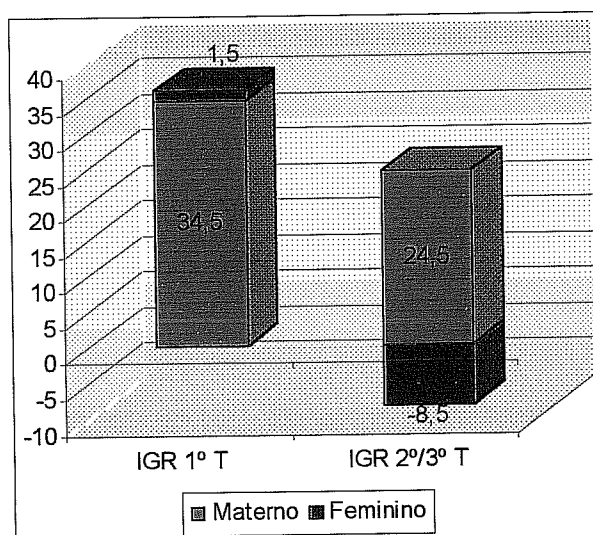
GRAFICO Nº9- Gráfico Comparativo Entre Mulheres Com IGR e Sem IGR Relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno.

Relativamente à 2ª Hipótese:

Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição no 1º trimestre e mulheres com insucesso de gravidez de repetição nos 2º/3º trimestres.

- Dimensão do Materno positiva para ambos os grupos tendo as mulheres com IGR no 1º trimestre valores mais elevados.(Ver **Gráfico 10**)
- Dimensão do Feminino com valores mais baixos para ambos os grupos tendo as mulheres com IGR no 1º Trimestre valores de Feminino mais elevados. (Ver **Gráfico 10**)
- Há diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com IGR no 1º trimestre e mulheres com IGR nos 2º/3º trimestre.

Confirmamos a 2ª Hipótese.



**GRÁFICO Nº10- Gráfico Comparativo Entre Mulheres Com IGR no 1º e no 2º/3º Trim de Grav.
Relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno.**

Quanto à 3ª Hipótese:

Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres com insucesso de gravidez de repetição grávidas e mulheres com insucesso de gravidez de repetição não grávidas.

- Dimensão do Materno positiva para ambos os grupos.(Ver Gráfico 11)
- Dimensão do Feminino próxima de zero para ambos os grupos. (Ver Gráfico 11)
- Não se pode concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente às dimensões do Feminino e do Materno.

Não confirmamos a 3ª Hipótese.

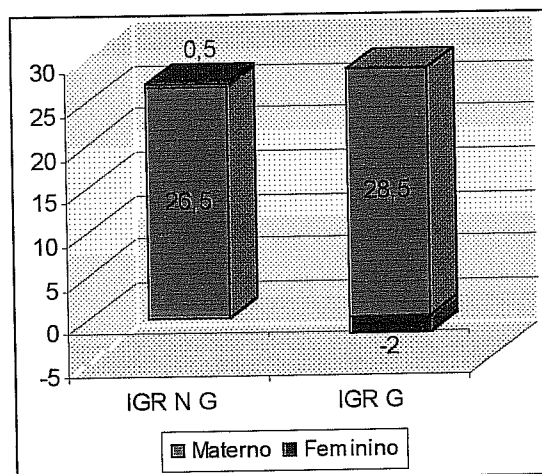


GRÁFICO Nº11- Gráfico Comparativo Entre Mulheres Com IGR Não Grávidas e Grávidas relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno

Quanto à 4ª Hipótese

Existem diferenças significativas nas dimensões do feminino e do materno entre mulheres sem insucesso de gravidez grávidas e mulheres sem insucesso de gravidez não grávidas.

- Dimensão do Materno positiva para ambos os grupos com ligeira superioridade para o grupo das Grávidas. (Ver Gráfico 12)
- Dimensão do Feminino próxima de zero com ligeira tendência negativa para o grupo das Não grávidas. (Ver Gráfico 12)
- Não se pode concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos estudados relativamente às dimensões de Feminino e de Materno.

Não confirmamos a 4ª Hipótese.

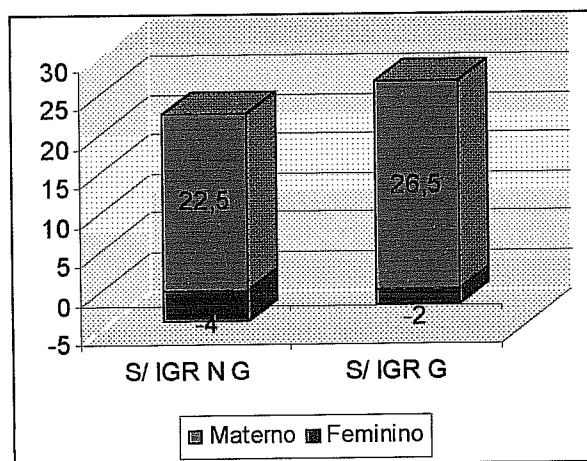


GRÁFICO Nº12- Gráfico Comparativo Entre Mulheres Sem IGR Não Grávidas e Grávidas Relativamente às Dimensões do Feminino e do Materno.

Relativamente à Nova Hipótese

a) Existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão do Feminino e a dimensão do Materno no grupo de mulheres com IGR.

-A dimensão de Materno tende a ser superior à do feminino.

b) Existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão do Feminino e a dimensão do Materno no grupo de mulheres sem IGR.

- A dimensão do Materno tende a ser superior à dimensão do Feminino.

Confirmamos a Hipótese.

5.4. Discussão

Tal como referimos no capítulo anterior os resultados apresentados decorrem do procedimento de validação estatística visando comparar mulheres com IGR e mulheres sem IGR relativamente às dimensões do Feminino e do Materno.

Após a apresentação da configuração numérica e estatística bem como das respectivas leituras gráficas passamos agora a focalizarmo-nos numa reflexão/interpretação sobre os resultados obtidos.

De um modo geral, podemos considerar que, de acordo com a nossa experiência clínica e enquadrados em alguns postulados teóricos em torno desta área temática, não nos é possível atribuir um significado a estes resultados.

Da abordagem imediata conseguida com um olhar genérico sobre os resultados, mais esclarecedor ainda se observarmos a apresentação gráfica, sobressai a evidência dos maiores valores na dimensão do Materno e da “insignificância” dos valores da dimensão do Feminino.

Globalmente, importa ressaltar a não confirmação da principal hipótese deste nosso trabalho ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com IGR e mulheres sem IGR relativamente às duas dimensões medidas, na amostra estudada e com o instrumento escolhido.

Relativamente à 2ª hipótese, confirmada, é de valorizar o facto de, relativamente à dimensão do Materno, ser o grupo de mulheres com IGR no 2º/3º trimestre quem apresenta um valor significativamente mais baixo. Tal resultado, vai de encontro ao que nós postulámos relativamente ao apelo à dimensão materna quando da passagem para o “trimestre relacional” da gravidez; aquele em que, a evidência do crescimento do abdómen acrescido dos primeiros movimentos do bebé torna clara a presença de “um outro dentro” que é necessário conter e proteger. Logo, serão mulheres com mais

dificuldades nesta dimensão quem, provavelmente, tenderá a terminar a gravidez quando confrontadas com a exigência de materno inerente aos 2º/3º trimestre.

Quanto à 3ª hipótese, também ela não confirmada, importa no entanto evidenciar que, a dimensão do materno é mais elevada quando as mulheres se encontram grávidas (apesar da diferença não chegar a ser significativa) o que nos pode apontar para uma valorização destas questões ligadas ao materno quando da existência de uma gravidez.

Relativamente à 4ª hipótese, também não confirmada, os resultados relativamente à dimensão do Materno vão no mesmo sentido da situação anterior ou seja, as grávidas têm uma dimensão do Materno ligeiramente mais elevada (apesar de não ser estatisticamente significativa) do que as não grávidas o que podemos interpretar de forma equivalente à anterior.

A hipótese que colocámos já durante a análise estatística e onde postulámos a existência de diferenças entre as dimensões do Feminino e do Materno em mulheres com IGR (diferença intra-grupo) e em mulheres sem IGR (diferença intra-grupo) foi confirmada, no entanto, os resultados grupos. evidenciaram que, em ambos os grupos, é a dimensão do Materno aquela que se destaca significativamente da do Feminino. A tal resultado, não podemos atribuir um significado interpretativo coerente com os nossos enquadramentos teóricos e clínicos já que a dimensão do feminino aparece quase ausente para ambos os grupos.

**CAPITULO 6.
CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após apresentação e discussão dos resultados parece-nos importante reflectir um pouco sobre este trabalho na sua totalidade. Fá-lo-emos relativamente ao seu enquadramento teórico, sua relação com as hipóteses colocadas, forma de as estudar, resultados obtidos e conclusões.

Diz-nos Langer (1986) que a nossa sociedade sempre aceitou como praticamente normais as dificuldades/ complicações da gravidez e do parto, nomeadamente no que concerne aos insucessos de gravidez. No entanto, um número crescente de investigações na área comprovam que, algumas destas dificuldades são consequência de conflitos psicológicos.

Por outro lado, vam ganhando cada vez mais consistência uma nova área dentro da Psicologia da Saúde- A Psicologia da Gravidez e da Maternidade onde, por convergência de saberes de outras disciplinas nos vai sendo permitido compreender, reflectir e mesmo intervir sobre o acontecimento fisiológico que é a gravidez e, consequentemente, quer nas suas imensas concomitantes psicológicas quer nas suas extensas repercussões sociais e culturais.

Esta nova área da psicologia e simultaneamente as suas práticas, vêm permitindo uma nova reflexão sobre dois conceitos directamente relacionados- o de Feminino e o de Materno, conceitos estes definidos até ao momento como indissociáveis poque inscritos num determinado modelo de entendimento da construção da identidade sexual.

Neste momento, há um conjunto de hipóteses a levantar e de respostas a surgir em torno destas questões que nos irão permitir contribuir para o dar corpo a uma **Nova Teoria do Feminino e do Materno** inscrita no quadro da psicologia da gravidez e da maternidade.

Este trabalho constitui-se assim como um simples contributo para as investigações que, inseridas nesta área da psicologia pretendem entender a relação entre o **INSUCESSO**

DE GRAVIDEZ DE REPETIÇÃO e as DIMENSÕES do FEMININO e do MATERNO.

Postulámos como fundamento para este estudo que mulheres com IGR ou seja que não conseguiram ser mães, teriam uma dimensão de materno mais baixa do que mulheres sem IGR e que já exerciam a maternidade, ou seja, que mulheres com IGR teriam dificuldade na função de contenção, acolhimento e interacção, com vista à promoção do desenvolvimento infantil, existentes em função das necessidades do outro e não das do próprio. (Função materna).

Teriam, por outro lado, uma dimensão do Feminino mais elevada ou seja, mais características associadas à afirmação pessoal e social (logo menos disponibilidade para a consideração do outro).

Foi nesta sequência de raciocínio que optámos por traçar um estudo exploratório comparativo que permitisse comparar as dimensões de feminino e de materno em mulheres com IGR e sem IGR e por escolher como instrumento o Questionário de avaliação de Atitudes e Representações Parentais (AARP).

Os resultados, no essencial, não foram ao encontro do que esperávamos; surgem-nos desprovidos de sentido relativamente aos pressupostos teóricos considerados e à nossa experiência clínica.

Porém, em rigor, conseguimos reconhecer uma série de dificuldades, **limitações** e justificações a que podemos atribuir os nossos resultados e que poderão ajudar a encontrar novos caminhos em novas investigações.

Desde o início da conceptualização deste trabalho, logo que construimos a questão que gostaríamos de investigar deparámo-nos com a dificuldade da escolha do instrumento a utilizar; como “medir” Feminino e Materno? Como avaliar com objectividade conceitos

tão abstractos e que envolvem grande complexidade de vivências, de relações e de contextos como estes são?

Constatámos que os instrumentos capazes de contribuir para abordar estas novas questões relacionadas com o novo reflectir sobre temas como Feminino e Materno, no quadro de psicologia da Gravidez e da Maternidade, são muito limitados.

Neste contexto, acabámos por recorrer a um instrumento ainda em fase de desenvolvimento e de construção, que não se encontra nem aferido nem validado para a população portuguesa, com todas as limitações/ implicações que tal acarreta ao nível metodológico concretamente enquanto medida dos conceitos a que se destina.

Essencialmente, no que concerne à escala do Feminino surge-nos a principal crítica uma vez que questões tão importantes como as relacionadas com a sexualidade ou o cuidado da imagem não são contempladas.

Outra limitação que nos merece destaque prende-se com o não termos controlado toda uma série de variáveis em jogo; um pequeno questionário ou uma breve entrevista permitir-nos-iam a recolha de mais informação sobre a história e o contexto em que se inseriam as mulheres da nossa amostra.

Apesar das muitas reservas em torno deste trabalho orgulhamo-nos do seu carácter pioneiro; o estudo destas dimensões em populações com estas características apenas começou de um modo rudimentar. Pretendemos abrir a porta a novos trabalhos neste âmbito tão importante e tão pouco explorado.

Permiti-mo-nos um espaço de questionamento e de reflexão a partir de práticas, de saberes instituídos mas também de novos saberes que pretendemos ajudar a solidificar.

Em nosso entender, em torno da construção de novos discursos psicológicos há ainda inúmeras questões a levantar; nem sempre conseguimos responder como pretendemos mas, e fazendo mais uma vez eco do pensamento de I. Leal (1998) , “ *Saber fazê-las e apresentar alguns resultados é, pelo menos um caminho.*”

Referências

- Adler, Laure (1990). *Segredos de Alcova*. Lisboa.Terramar (Tradução do original francês Secrets d'Alcôve. Hachete, 1983)
- Alvarez, G.M. (1995). Esboços do feminino: Procura do Materno? *Análise Psicológica*.1-2 (XIII) 33-37.
- Badinter, E. (1980). *O Amor Incerto*. Lisboa. Relógio d'Água. (Tradução do original francês L'Amour en Plus. Flammarion, 1980)
- Badinter, E. (1992). *X Y Identidade Masculina*. Lisboa. Asa. (Tradução do original francês X Y L'Identité Masculine. Odile Jacob, 1992)
- Badinter, E. (1993). *Um é o Outro*. Lisboa. Relógio d'Água. (Tradução do original francês L'Un Est L'Outre. Odile Jacob, 1993).
- Barbaut,J. (1990).*O Nascimento Através dos Tempos e dos Povos*. Lisboa.Terramar.
- Beauvoir, S. (1975). *O Segundo Sexo*. I. *Os Factos e os Mitos*. Amadora. Bertrand. (Tradução dp original francês Le Deuxième Sexe- Les Faits et les Mytes. Gallimard, 1949)
- Bibring, G.L.(1961). Some Considerations of the Psychological Process in Pregnancy. In R. S. Eissler; A. Freud; H.Hartman (Eds). *The Psycho-Analytic Study of the Child*,14,113-129. New York. International Universties Press, Inc.
- Bion, W.R. (1962). The Psychoanalytic Study of Thinking. *Int. Journal Psycho-Anal*.Vol. 43. Pag. 306.
- Bion, W.R. (1994). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro. Imago. Cap.9

Bonnet, C. (1990). *Geste D'Amour. L'accouchement sous X*. Paris. Ed Odile Jacob.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1989) *A Relação Mais Precoce*. Lisboa. Terramar.

Brent, R. L. & Beckman, D. A. (1994) The Contribution of Environmental Teratogens to Embryonic and Fetal Loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 37 nº3 646-670.

Collin, F. (1991). Diferença e Diferendo. In Duby, G. ; Perrot, M. *História das Mulheres* Vol. 5. O Sec. XX. Porto. Ed Afrontamento.

Colman, A. & Colman, L. (1994) *Gravidez. A Experiência Psicológica*. Lisboa Colibri. (Tradução do original Inglês Pregnancy. The Psychological Experience. New York: The Noonday Press, 1991)

Conway, K. (1991). Miscarriage. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 12, 121-131.

Conway, K (1995). Miscarriage. Experience and the Role of Support Systems: A pilot Study. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 259-267.

Cordeiro, D. (1988) *Psicologia e Psicodinâmica da Gravidez*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Correia, M. J. & Leal, I. (1989). Primiparidade Tardia: Estudo Exploratório. *Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. 1, 52-55.

Deutsch, H. (1949). *La Psychologie des Femmes*. Vol. II, Maternité. Paris PUF. (Tradução do original inglês The Psychology of Women. New York: Grune and Stratton, 1945)

Freud. S. (1924). La Disparition du Complexe d' Oedipe. *Oeuvres Completes*. Psychanalyse. PUF. XVII. 25-33.

Freud. S. (1925). Quelques Conséquences Psychiques de la Difference des Sexes au Niveau Anatomique. *Oeuvres Completes*. Psychanalyse. PUF. XVII. 189-202.

Freud. S. (1931). De la Sexualité Feminine. *Oeuvres Completes*. Psychanalyse. PUF. XIX. 7-28.

Freud. S. (1933). Nouvelle Suite des Leçons D'Introduction à la Psychanalyse.XXXIII.Leçon "La Féminité". *Oeuvres Completes*. Psychanalyse. PUF.XIX. 195-219.

Freud. S. (1937). Análises Termináveis e Intermináveis.*Obras Completas de Sigmund Freud*. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago. XXIII.231-270.

Georgondi, S. (1990). Bachofen, o Matriarcado e a Antiguidade.Reflexões Sobre a Criação do Mito.In Duby, G.; Perrot, M. *História das Mulheres no Ocidente*. Vol.1. A Antiguidade. Porto.Ed. Afrontamento.

Grinberg, L.; Sor, D.& Bianchedi, E.T. (1973) *Introdução às Ideias de Bion*. Rio de Janeiro. Imago.

Ferreira, L.e col. (1990), O Luto por Morte Peri-Natal e/ou Malformação do Bebê. *Análise Psicológica*. 4 (8) 399-402.

Hatasaka, H.H. (1994) Recurrent Miscarriage: Epidemiologic Factors, Definitions and Incidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology* Vol 37 nº3 625-634.

Horney, K. (1926). The Fligth From Womanhood: The Complex in Woman, as Viewed by Men and by Woman. *Int. Journal Psycho-Anal*. VII. 324-339.

- Huften, O. (1990). Mulheres, trabalho e família. *História das Mulheres no Ocidente*. Vol. 3. Do Renascimento à Idade Moderna . Porto.Ed. Afrontamento.
- Joaquim, T. (1997) *Menina e Moça: A Construção Social da Feminilidade*. Lisboa. Fim de Século.
- Justo, J. (1990). Gravidez e Mecanismos de Defesa. Um Estudo Introdutório. *Análise Psicológica*. 4 (8) 371-376.
- Keating,I. & Seabra,M. J. (1994) Luto e Vinculação.*Análise Psicológica*. 2/3 (12) 291-300.
- Keye, W.(1994) Psychologic Relationships.*Clinical Obstetrics and Gynecology*.Vol.37 nº3 671-680.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães. Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa. Presença.
- Klein, M. (1969). *A Psicanálise de Crianças*. São Paulo. Mestre Jou.(Tradução do original alemão Die Psychoanalyse des Kindes. Pova Civelli, 1932)
- Knibiehler, Y. (1990). Corpos e Corações.In Duby, G.;Perrot, M. *História das Mulheres no Ocidente*. Vol. 4.O Século XIX. Porto. Ed. Afrontamento.
- Kowalsky, K. (1980) Managing Perinatal Loss.*Clinical Obstetrics and Gynaechology*.23.(4), 1113-1123.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre.Artes Médicas.

Leal, I. (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 8 (4), 365-366.

Leal, I. (1997) Transformações Socioculturais da Gravidez e da Maternidade: Correspondente Transformação Psicológica. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.201-214.

Leal, I. (1999). O Feminino e o Materno. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*.C. Canavarro Edit. Coimbra. Edições Quarteto. (No Prelo)

Lee, C. (1996). The Influence of Psychological Debriefing on Emotional Adaptation in Woman Following Early Miscarriage. A Preliminary Study. *British Journal of Medical Psychology*. 69, 47-58.

Leff, J.R. (1997). *Gravidez. A História Interior*. Porto Alegre.Artes Médicas.(Tradução do original inglês Pregnancy: The Inside Story. Sheldon Press. 1993).

Mahler, M. (1968).*On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York. Int. Univ.Press.

Mahler, M. (1983). *As Psicoses Infantis e Outros Estudos*. Porto Alegre. Artes Médicas. (Tradução do original inglês The Selected Papers of Margaret S. Mahler.Vol. 1:Infantile Psychosis and Early Contributions. New York, 1979)

Maldonado, M. T. (1985) *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Petrópolis. Vozes.

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

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9). 808.

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

McIntyre, J. A .(1987) New Explanation for Recurrent Spontaneous Abortion. *Contemporary Obstetrics/ Gynaechology*. December, 29-44.

Moreira, A . (1991) *Aborto Espontâneo e Morte Fetal*. Monografia na Área de Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia Aplicada. (ISPA). Lisboa.

Moscarello, M. (1989). Perinatal Breavement Support Service: Three Year of Review. *Journal of Palliative Care*. 5 (4), 12-19

Ney, P.;Fung, T.;Wickett, A.R.& Beaman-Dodd,C. (1994).The Effects of Pregnancy Loss. *Women's Health. Soc. Sci. Med.* 38.9.Elsevier Science Ltd. Great Britain.

O'Hare & Creed (1995) Life Events and Miscarriage. *British Journal of Psychiatry* 167. 799-805.

Pines, D. (1990) Pregnancy, Miscarriage and Abortion. A Psychoanalytic Perspective. *International Journal of Psychoanalysis*. 71 (2) 301-307.

Pines, D. (1997). The Relevance of Early Psychic Development to Pregnancy and Abortion. In *Female Experience*. Raphael-Leff, J.; Perelberg, R. Routledge. London. 131-143.

Poland, B. J.; Miller, J. R.& Jones, D.C. (1977) Reproductive Counselling in Patients who have had Spontaneous Abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynaechology*, 172, 685.

- Poland, B.J. (1984) Recurrent Spontaneous Abortion. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproduction Biology*. 16. 369-375.
- Prettyman, R.J. ; Cordle, C.J. & Cook, G.D. (1993). A Three Month Follow-up of Psychological Morbidity After Early Miscarriage, *British Journal of Medical Psychology*. 66. 363-372.
- Radwanska, E. (1990). Abortion, Espontaneous. *Encyclopedia of Human Biology*. 1. 1-10. Academic Press Inc.
- Rappaport, J. (1994) Analitic Work Concerning Motherhood. *Psychoanalytic Review*, 81 (4) 495-716.
- Salas, O. (1990) *A Feminilidade*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender*. New York. Jason Aronson.
- Stoller, R. (1993). *Masculinidade e Feminilidade; Apresentação de Género*. Porto Alegre. Artes Médicas. (Tradução do original inglês Presentations of Gender. London. Yale University Press)
- Teichman, Y. (1988). Expectant Parenthood. In S. Fisher e J. Reason . *Handbook on Lifestress Cognition and Health*. Pp3-22. Chichester John Wiley and Sons Ltd^a.
- Thebaud, F. (1991). A Grande Guerra. In Duby, G.; Perrot, M.. *História das Mulheres no Ocidente* Sec. XX. Vol. 5 Ed. Porto. Afrontamento.

Ventura, N. (1983) Ameaça de Abortamento. *O Médico. Semanário de Assuntos Médicos e Paramédicos*. 107, 122-128.

Vlaanderen; William; Pieter & Treffers (1987). Prognosis of Subsequent Pregnancies After Recurrent Spontaneous Abortion in First Trimester. *British Medical Journal*, 285, 92-93.

Winnicott, D. W. (1969) *De La Pédiatrie à La Psychanalyse*. Paris. Petite Bibliothèque Payot.

ANEXOS

Anexo A

Questionário de Avaliação das Atitudes e Representações Parentais

Este questionário tem como objectivo desenvolver um trabalho de investigação na área da Psicologia.

Gostaríamos de saber a sua opinião acerca de questões ligadas com a gravidez, maternidade, paternidade, infertilidade e técnicas de reprodução medicamente assistida.

Por favor responda a cada uma das perguntas pondo um X na hipótese que considerar estar mais de acordo com a sua opinião. Não deixe nenhuma resposta em branco.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Obrigado pela colaboração.

IDADE

1 – A maternidade não engloba o acontecimento que é a gravidez.

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

2 – As pessoas têm filhos para satisfazerem o seu próprio desejo.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

3 – Não seria capaz de ser dador(a) de espermatozoides/óvulos, porque não gostaria de ter um filho que não conhecia e não pudesse acompanhar.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

4 – As pessoas têm filhos por vontade expressa.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

5 – É preferível adoptar uma criança em vez de utilizar técnicas de reprodução medicamente assistidas, mesmo não sendo necessário recorrer a terceiros.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

6 – Ter um filho é ser capaz de gerar.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

7 – As pessoas desejam ter filhos para os amarem e serem amados por eles.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

8 – A gravidez é apenas um acontecimento biológico.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

9 – As pessoas devem ter filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

10 – As pessoas devem ter filhos quando querem e lhes apetece.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

11 – A mãe deve ocupar-se pessoalmente dos seus filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

12 – Feminino significa «alguém que toma conta de».

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

13 – As pessoas decidem não ter filhos porque têm medo de ser mãe/pai.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

--	--	--	--

20 – A gravidez é um período de grandes transformações sociais.

Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
Totalmente			Totalmente

--	--	--	--

21 – A gravidez é um tempo de preparação para uma nova etapa da vida.

Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
Totalmente			Totalmente

--	--	--	--

22 – A maternidade inicia-se com o nascimento do bebê.

Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
Totalmente			Totalmente

--	--	--	--

23 – Emprestar/alugar o útero cria uma ligação entre a mãe substituta e a criança que torna muito difícil a separação após o nascimento.

Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
Totalmente			Totalmente

--	--	--	--

24 – A maternidade marca a especificidade feminina.

Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
Totalmente			Totalmente

--	--	--	--

25 – Quando ambos os pais trabalham os cuidados dispensados aos filhos devem ser repartidos entre eles.

Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
Totalmente			Totalmente

--	--	--	--

26 – No caso de eu não poder ter filhos, mas de o meu companheiro(a) poder tê-los, preferia adoptar uma criança a recorrer a um dador(a).

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

27 – Mesmo podendo ter filhos gostaria de adoptar uma criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

28 – As pessoas só devem ter filhos quando sentirem necessidade de mais alguém.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

29 – As pessoas não devem ter filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

30 – Enquanto os filhos são pequenos devem estar em casa com a mãe.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

31 – Seria capaz de ser dador(a) de esperma/óvulos a pessoas conhecidas ou familiares.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

32 – Feminino implica mais tarde ou mais cedo a existência de uma gravidez.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

33 – A maternidade valoriza o estatuto profissional da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

34 – Ser mãe significa algo que nada tem a ver com o feminino.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

35 – A gravidez altera o corpo da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

36 – A gravidez é um acontecimento dispensável.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

37 – As pessoas só devem ter filhos quando têm condições emocionais, económicas e sociais para os terem.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

38 – As pessoas têm filhos por hábito cultural.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

39 – Ser mãe/pai é ser um modelo para o filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

40 – A gravidez é o verdadeiro início da maternidade.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

41 – As pessoas decidem não ter filhos porque já se sentem realizadas noutros aspectos da sua vida.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

42 – As pessoas têm filhos para satisfazer o desejo de outras pessoas importantes para elas (por exemplo: o marido, a mulher, pais, sogros, etc).

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

43 – Uma mulher com ambições (profissionais, intelectuais) sente-se pouco tentada a investir o seu tempo e a sua energia na criação dos filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

44 – As pessoas decidem não ter filhos porque isso ia prejudicar a sua carreira profissional.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

45 – Existem ocupações profissionais femininas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

46 – No caso de eu não poder ter filhos, mas do meu companheiro(a) poder tê-los, aceitaria recorrer a um dador(a) desconhecido(a).

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

47 – Adoptaria uma criança para lhe dar oportunidade de ser feliz.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

48 – Um filho só é mesmo filho se for gerado pelos membros do casal.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

49 – Ser dador(a) de esperma/óvulos é ética e moralmente incorrecto.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

50 – A gravidez é um período em que a mulher já se sente mãe.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

51 – Hoje em dia só engravida quem quer.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

52 – A maternidade compromete o sucesso profissional da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

53 – As pessoas decidem não ter filhos porque têm medo que isso altere a figura física da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

54 – Ter um filho é ter alguém de quem se recebe amor.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

55 – A maternidade valoriza o estatuto social da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

56 – Não utilizaria técnicas de reprodução medicamente assistidas mesmo que não fosse necessário recorrer a uma terceira pessoa.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

57 – Só quero ter filhos meus e da pessoa de quem gosto por isso não adoptaria uma criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

58 – A gravidez é fruto do amor entre duas pessoas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

59 – A maternidade não é a maior preocupação da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

60 – A vocação da mulher é ser mãe.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

61 – As pessoas decidem não ter filhos porque acham que o tempo que dedicam a outros aspectos não lhes permite criar os filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

62 – O desejo de ter filhos liga-se ao desejo de continuidade da geração.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

63 – A criação das crianças pequenas pertence à esfera materna.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

64 – As avós ou outros familiares podem substituir adequadamente os pais nos cuidados que as crianças necessitam.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

65 – A maternidade é a actividade mais desejável que uma mulher pode desejar.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

66 – Ter filhos é essencial para a união do casal.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

67 – Se quisesse ter um filho e não pudesse tê-lo de outra forma recorreria a técnicas de reprodução medicamente assistidas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

68 – A gravidez é um período de grandes transformações físicas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

69 – No caso de eu poder ter filhos, mas de o meu companheiro(a) não poder tê-los, aceitaria recorrer a um dador(a) conhecido ou familiar.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

70 – A maternidade diz respeito aos cuidados que se prestam às crianças.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

71 – Uma mulher pode ser feminina sem nunca chegar a ter filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

72 – Ter um filho é ter alguém a quem dar amor.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

73 – Ser mãe/pai significa apenas gerar um filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

74 – Um filho é alguém que se cria, não importa quem são as pessoas que lhe deram origem.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

75 – A maternidade inicia-se com a gravidez.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

76 – Só em caso de não poder ter filhos e de não poder adoptar uma criança é que recorreria a técnicas de reprodução medicamente assistidas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

77 – Sou preconceituoso(a) em relação às técnicas de reprodução medicamente assistidas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

78 – Maternidade é dedicação e sacrifício.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

79 – Não utilizaria técnicas de reprodução medicamente assistidas, se fosse preciso recorrer a uma terceira pessoa.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

80 – As «amas» podem substituir adequadamente as mães nos cuidados que as crianças necessitam.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

81 – Adoptaria uma criança se ela fosse muito especial.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

82 – Todas as mulheres são femininas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

83 – Actualmente feminino implica limitações sociais.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

84 – Maternidade é idêntico a paternidade.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

85 – Gravidez é sinónimo de maternidade.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

86 – A gravidez não implica necessariamente o desejo de ser mãe.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

87 – Ser mãe/pai representa uma forma de realização.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

88- Alugar/emprestar o útero é ética e moralmente incorrecto.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

89 – A responsabilidade da educação da criança é de ambos os pais.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

90 – Sem gravidez não há casamento.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

91 – Feminino é atributo exclusivo da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

92 – Maternidade é sinónimo de cuidados maternos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

93 – A gravidez é uma preparação emocional para a maternidade.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
------------------------	----------	----------	------------------------

--	--	--	--

94 – Feminino é sinónimo de dedicação

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
------------------------	----------	----------	------------------------

--	--	--	--

95 – É preferível adoptar uma criança em vez de utilizar técnicas de reprodução medicamente assistidas, caso seja necessário recorrer a uma terceira pessoa.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
------------------------	----------	----------	------------------------

--	--	--	--

96 – A maternidade é o destino da mulher, a sua principal função.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
------------------------	----------	----------	------------------------

--	--	--	--

97 – A maternidade não consiste apenas em dar os filhos à luz.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
------------------------	----------	----------	------------------------

--	--	--	--

98 – No caso de eu não poder ter filhos, mas do meu companheiro(a) poder tê-los, aceitaria recorrer a um dador(a) desde que fosse conhecido(a) ou familiar

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
------------------------	----------	----------	------------------------

--	--	--	--

99 – As pessoas têm filhos por acaso.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

100 – É o pai que tem a responsabilidade da educação da criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

101 – Uma mãe precisa sempre de alguém que a ajude a tratar do seu filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

102 – Os pais não sabem educar os filhos tão bem como as mães.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

103 – É a mãe que tem a responsabilidade da educação da criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

104 – Ter filhos dá sentido ao casal, completa-o.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

105 – Um filho é uma continuação de nós próprios.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

106 – As pessoas decidem não ter filhos porque têm medo do parto.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

107 – A maternidade é apenas uma etapa da vida da mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

108 – Gravidez é sinónimo de feminilidade.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

109 – A gravidez é um acontecimento desagradável mas necessário para que se possa ter filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

110 – A maternidade é a única função realmente gratificante para a mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

111 – As pessoas têm filhos para se realizarem através deles, e para assim se satisfazerem a si próprias.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

112 – A gravidez é um projecto a dois.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

113 – Não adoptaria uma criança pois um filho é algo que vem de nós próprios.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

114 – As pessoas só devem ter filhos quando se sentirem capazes de assumir essa responsabilidade.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

115 – As pessoas decidem não ter filhos porque têm medo das alterações dos seus hábitos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

116 – Ser mãe significa o mesmo que ser pai.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

117 – Adoptaria uma criança por necessidade de dar e receber amor filial.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

118 – A maternidade é um projecto a longo prazo.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

119 – A maternidade limita a mulher em relação ao homem.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

120 – Era capaz de adoptar uma criança se não pudesse ter filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

121 – No caso de eu poder ter filhos, mas do meu companheiro(a) não poder tê-los, aceitaria recorrer a um dador(a) desconhecido.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

122 – Não seria capaz de ser dador(a) de esperma/óvulos nem de emprestar ou alugar o útero porque depois me sentiria mãe/pai daquela criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

123 – Seria capaz de emprestar/alugar o útero de modo a que um casal desconhecido pudesse ter um filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

124 – As creches podem substituir adequadamente as mães nos cuidados que as crianças necessitam.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

125 – A gravidez traz limitações profissionais à mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

126 – Feminino é sinónimo de materno.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

127 – Adoptar é o mesmo que ter um filho biológico.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

128 – A gravidez é um acontecimento único e maravilhoso.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

129 – As pessoas têm filhos por gostarem de crianças.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

130 – As pessoas decidem não ter filhos porque acham que o mundo não tem condições para que eles sejam felizes.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

131 – Um filho é uma parte de nós.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

132 – Ser mãe/pai significa transmitir ao filho as suas experiências de vida.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

133 – A amamentação ao peito é a primeira prova de amor da mãe pela criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

134 – Seria capaz de emprestar/alugar o útero de modo a que um casal conhecido ou familiar pudesse ter um filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

135 – Seria capaz de ser dador(a) de esperma/óvulos a pessoas desconhecidas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

136 – As pessoas só devem ter filhos quando estão preparadas para os ter.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

137 – A gravidez é mais do que um simples acontecimento biológico.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

138 – A gravidez traz limitações sociais à mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

139 – A vida das mulheres está inteiramente definida pelo seu papel social de esposas e mães.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

140 – A sociedade espera que as mulheres sejam mães e os homens pais.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

141 – Hoje em dia existe pouca disponibilidade para se ter um filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

142 – A maternidade traz limitações profissionais à mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

143 – As pessoas só devem ter filhos quando têm uma união estável.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

144 – Na família a disciplina é com o pai, o amor e a atenção com a mãe.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

146 – Um homem com ambições (profissionais, intelectuais) sente-se pouco tentado a investir o seu tempo e a sua energia na criação dos filhos.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

147 – A maternidade traz limitações sociais à mulher.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

148 – A gravidez é um período de grandes transformações psicológicas.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

149 – Ter um filho representa uma realização pessoal.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

150 – Para considerar uma criança como minha filha é necessário que ela se desenvolva dentro de mim/da minha companheira.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

151 – A mãe, se puder, deve amamentar a criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

152 – A maternidade engloba o período de gravidez e uma acção de cuidados a longo prazo, após o nascimento da criança.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

153 – As pessoas têm filhos para se perpetuarem numa nova geração.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

154 – Ter filhos não é essencial para que um casal seja feliz.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

155 – A maternidade é o aspecto principal da existência feminina.

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

156 – Materno significa «alguém que toma conta de».

Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente

Anexo B

Resultados Brutos

em1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12
1	3	4	2	2	4	1	3	4	2	2	1
2	3	1	2	2	3	2	4	3	2	2	1
2	4	1	4	4	4	4	4	4	4	2	1
3	3	3	1	2	3	1	4	4	2	1	1
1	3	1	2	2	3	2	3	3	1	1	1
2	4	2	3	4	4	3	4	4	3	2	1
2	3	3	1	2	3	2	3	3	1	1	1
2	4	3	3	3	3	4	1	4	4	3	2
3	4	3	3	3	3	4	2	4	4	3	2
2	3	4	2	2	4	2	3	3	2	1	1
4	2	2	1	4	3	1	3	1	1	1	2
1	3	3	2	3	3	3	1	3	2	2	2
2	3	3	2	2	4	2	4	3	1	1	1
1	2	4	2	4	4	2	2	2	3	1	1
1	1	4	2	1	3	1	2	3	2	2	2
1	4	4	3	4	4	1	3	3	1	2	1
2	2	3	4	3	4	4	4	4	3	1	1
2	2	3	2	2	3	4	1	4	4	3	1
4	4	1	1	4	4	1	4	4	1	1	1
1	2	4	2	3	4	1	3	4	1	2	1
2	3	1	2	3	3	2	3	2	2	2	1
1	4	3	2	4	4	3	4	4	2	1	2
3	4	4	1	1	4	2	4	3	1	1	1
2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2
3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	1	4	2	2	1
1	2	3	1	3	4	1	3	3	1	2	2
1	4	1	1	1	4	1	3	4	2	2	2
2	2	4	2	3	4	2	3	3	2	2	1
1	3	4	2	4	4	1	2	3	1	1	1
1	3	4	4	2	2	1	4	4	2	2	2
2	2	4	2	2	3	2	3	3	2	2	2
1	3	4	1	3	4	2	3	3	1	2	2
1	4	2	2	3	4	1	4	3	1	2	1
3	3	2	3	3	4	4	2	4	3	1	3
2	3	2	2	3	4	2	2	4	3	2	2
1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
3	3	4	2	2	3	4	3	4	2	1	1
2	2	2	2	1	3	3	2	3	2	2	2
2	3	3	2	3	3	3	1	4	2	2	1
3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	2	2
4	4	4	1	3	4	3	3	2	4	2	3
1	3	3	2	3	4	2	3	4	2	2	2
1	3	3	2	1	4	1	2	4	1	2	1
1	3	1	1	1	4	1	4	3	1	2	1
3	3	2	2	1	3	1	4	4	2	1	2
4	4	2	3	4	3	2	1	3	3	2	2
2	3	4	3	3	4	2	3	4	2	2	2
2	1	3	3	3	4	3	3	2	2	1	1
2	4	4	2	3	3	2	3	3	2	2	2
1	3	3	1	3	4	1	1	3	1	3	1
1	1	2	2	4	4	4	1	4	3	2	2
3	3	4	4	2	2	4	2	3	2	1	1
2	2	4	2	3	3	3	1	3	1	2	2
1	3	4	3	3	3	4	2	4	2	3	2
1	3	3	1	3	3	3	4	3	4	2	1
1	3	1	1	1	1	3	4	1	4	2	2
2	1	3	3	3	3	4	1	3	1	2	3
4	4	3	3	3	4	3	3	2	2	2	1
2	1	3	3	3	4	2	3	4	2	2	2
2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2
4	3	2	2	4	4	2	4	3	2	2	2
1	2	4	2	4	4	1	3	4	1	1	1
4	3	3	2	2	3	1	4	3	2	3	2
2	3	2	3	3	4	4	3	4	2	2	3
4	3	3	2	3	1	2	3	3	4	3	3

3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2
2	3	1	2	3	4	2	4	4	2	2	2
4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3
1	3	2	2	3	4	1	4	3	3	2	2
3	3	2	2	3	4	3	3	4	2	2	3
2	1	3	1	4	4	1	2	4	1	2	1
3	2	1	3	3	4	2	2	3	1	3	2
1	2	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2
2	3	3	3	4	4	2	3	3	2	2	2
1	3	2	2	3	4	1	3	4	2	2	2
2	4	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2
1	4	4	2	3	4	3	3	4	2	2	2
2	2	4	1	2	4	4	2	3	2	2	1
1	4	4	1	1	4	1	2	4	1	2	2

item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	item23	item24
2	4	2	1	1	3	4	3	1	4	4	4
2	2	2	2	3	3	3	2	4	3	3	2
3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	4	2
2	3	1	1	2	2	4	1	4	1	4	3
2	2	1	2	3	3	4	1	3	3	1	2
4	2	2	2	3	3	3	3	3	2	1	2
2	2	4	3	2	3	4	1	3	3	1	2
3	3	2	1	2	1	4	2	3	3	4	3
3	2	2	1	2	1	4	3	2	3	1	3
2	4	2	1	3	3	3	2	4	3	3	2
2	3	2	4	4	3	4	3	3	3	4	3
4	4	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3
4	3	2	3	2	2	3	3	3	3	4	3
2	4	1	1	1	2	3	1	3	4	4	4
3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	4	3
3	3	1	3	1	2	3	1	4	3	4	3
4	4	1	2	1	2	4	4	2	2	3	4
2	3	1	1	3	4	4	1	4	3	4	3
2	3	1	1	1	2	4	2	4	2	4	3
1	3	1	2	1	3	4	2	3	2	4	3
4	3	2	2	3	2	3	2	4	3	4	3
4	4	1	2	1	2	3	4	1	3	4	4
4	4	1	1	1	4	4	2	4	4	4	4
3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3
4	3	2	1	2	3	3	4	4	4	4	3
2	2	2	3	3	3	3	2	3	4	4	2
2	3	2	2	4	2	4	1	4	4	4	3
4	3	1	3	1	2	3	2	4	3	4	4
3	2	2	1	1	3	4	1	3	3	4	2
3	4	2	2	1	2	2	1	3	3	4	4
2	3	2	1	1	2	3	2	3	2	4	3
2	4	2	1	2	2	4	3	3	3	4	3
2	2	2	1	3	1	3	3	3	1	3	2
4	4	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3
3	1	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2
3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3
3	4	2	1	2	3	3	1	3	3	4	3
2	2	1	2	3	3	4	3	3	2	3	2
1	3	2	1	1	4	4	1	4	2	4	3
2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	4	3
4	2	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3
3	4	2	2	2	2	4	1	4	2	4	4
3	4	2	1	2	2	3	1	4	2	4	4
4	4	2	3	4	4	4	1	4	3	4	3
2	2	2	1	2	3	4	2	3	2	3	3
3	3	1	1	1	3	3	4	4	2	3	4
3	3	2	2	1	3	4	2	3	3	4	3
1	3	2	2	1	4	4	3	3	3	3	3
3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3
4	4	1	1	1	3	4	2	4	4	4	4
2	4	2	3	2	4	4	4	3	3	4	3
3	3	1	1	1	3	3	2	3	4	4	4
2	3	2	2	1	3	3	1	3	3	4	4
3	4	2	4	1	2	4	1	4	3	4	4
1	3	2	2	1	4	4	3	3	3	3	3
2	4	2	3	2	4	4	4	3	3	4	3
4	2	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3
4	4	1	1	1	3	4	2	4	4	4	4
2	3	3	1	1	1	3	3	4	4	2	3
3	3	2	2	2	4	4	2	3	3	4	3
3	2	2	1	3	3	3	2	2	3	4	2
3	3	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3
2	3	2	3	2	4	4	2	3	4	4	2
3	3	2	3	3	2	4	4	3	4	4	3
3	3	2	1	3	2	4	4	3	4	4	3
3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	4	3
3	3	2	1	3	2	3	2	3	4	4	3

1	3	2	2	1	3	3	2	3	3	3	2
3	4	1	1	3	2	4	2	3	2	4	4
1	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	2
3	4	2	1	2	3	3	2	3	3	3	4
2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1
2	3	1	1	2	2	4	1	4	1	4	5
2	3	3	1	3	2	4	2	1	3	4	3
2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	4	3
2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3
2	3	2	2	3	2	4	1	4	2	4	3
3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3
4	2	2	3	2	3	3	2	4	3	4	2
2	4	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3
4	4	1	1	1	3	3	1	4	2	4	4

item25	item26	item27	item28	item29	item30	item31	item32	item33	item34	item35	item36
3	3	4	1	3	2	2	4	1	4	2	2
2	2	3	4	2	2	2	4	2	3	2	4
2	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2
3	3	3	2	1	2	2	3	3	4	1	3
3	2	3	4	2	1	2	3	2	4	1	3
2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	1
2	2	3	4	2	2	2	4	1	4	2	2
3	4	4	3	3	3	2	2	2	4	1	2
3	4	3	2	3	3	4	3	2	4	1	3
3	2	3	1	2	1	2	4	1	4	2	2
3	2	1	4	3	2	3	3	2	4	2	2
3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3
2	2	3	3	3	3	2	4	2	3	2	3
4	2	2	1	2	2	1	3	3	2	2	2
2	1	3	2	2	2	2	4	2	2	2	3
3	1	4	2	2	2	1	3	2	3	1	3
3	2	3	2	3	2	2	4	2	3	2	3
3	1	4	4	1	1	2	3	1	4	1	3
2	2	3	1	2	2	2	3	3	3	2	3
2	2	3	1	2	2	2	3	3	3	2	3
3	2	2	4	2	2	3	3	3	3	2	2
3	4	4	1	3	3	3	4	1	1	2	3
4	1	4	1	2	2	2	4	2	3	2	1
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3
3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3
2	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	2
3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3
3	2	2	3	2	1	2	3	2	4	3	3
3	3	3	1	1	1	1	2	1	4	2	3
3	2	2	1	2	1	2	3	1	4	2	2
3	1	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3
3	3	3	2	2	2	2	2	2	4	3	3
3	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2	3
3	1	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3
3	3	4	3	3	3	3	4	2	3	2	3
2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3
3	2	3	1	2	3	2	3	3	4	2	4
3	2	3	2	2	2	1	3	3	3	3	4
2	1	4	3	2	1	3	3	2	3	2	2
3	2	2	2	1	1	2	3	1	4	1	2
2	3	3	1	4	2	2	3	2	3	2	3
2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3
3	2	4	2	2	2	2	3	2	4	2	2
4	2	2	2	2	2	2	4	2	4	2	3
2	2	2	1	3	1	2	4	1	4	2	3
3	2	3	2	3	2	2	4	1	4	2	4
3	4	3	1	3	1	2	4	3	4	2	2
3	2	4	1	3	4	2	3	3	4	3	3
2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3
3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3
3	1	4	1	2	2	1	3	1	1	2	4
2	3	3	2	3	3	2	4	2	4	2	3
4	1	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3
3	2	3	1	1	2	2	3	2	3	3	3
2	2	4	2	1	1	2	4	4	1	3	4
2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3
2	2	2	1	2	3	3	3	4	1	2	3
2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	4	1	2	2	1	3	1	1	2
4	1	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3
3	2	4	3	3	2	2	4	3	2	3	3
3	3	3	3	2	2	1	4	1	3	2	3
3	2	4	1	2	2	2	3	3	3	2	3
2	3	3	2	2	3	3	3	1	4	3	4
3	2	3	4	3	3	1	4	3	4	2	4
3	3	3	3	2	3	3	4	2	3	3	3

2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2
2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3
3	4	2	4	3	4	2	3	2	3	3	1
3	2	3	2	3	2	2	4	2	3	2	3
1	2	4	2	2	3	3	4	2	3	2	3
1	1	3	2	1	2	2	4	1	4	1	2
3	4	4	4	3	4	2	4	2	3	2	3
4	2	2	3	2	2	3	4	2	4	2	2
2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
3	2	3	2	1	2	2	3	3	4	3	3
2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3
3	2	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3
1	2	2	2	1	2	2	4	3	4	3	2
2	3	3	1	3	2	2	4	1	4	2	3

m37	item38	item39	item40	item41	item42	item43	item44	item45	item46	item47	item48
4	3	1	3	3	1	4	1	4	2	4	3
4	2	2	2	2	3	3	3	4	3	2	2
3	1	2	2	1	2	3	4	3	4	2	2
4	2	1	1	2	2	4	1	4	3	1	1
4	2	1	3	3	3	3	1	3	1	1	2
4	1	2	2	2	2	4	3	1	4	1	2
4	2	1	3	3	3	4	1	2	4	2	4
4	3	2	3	3	2	4	3	4	3	2	2
4	2	2	2	2	1	3	2	4	2	2	2
4	2	2	2	2	1	3	2	4	2	2	2
3	4	3	4	3	3	4	2	4	4	3	3
3	2	2	3	3	2	4	2	3	3	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2
2	2	2	2	2	1	3	1	4	2	2	2
3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
3	4	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2
3	2	2	3	2	2	4	1	4	4	3	2
4	4	1	4	3	2	4	2	4	4	4	2
3	2	2	2	1	1	3	4	4	4	2	2
3	2	2	2	1	1	3	1	4	4	2	2
2	2	3	2	3	2	3	2	4	3	2	3
4	2	4	3	1	1	4	3	4	4	3	2
4	3	1	2	3	1	4	1	4	2	4	1
3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3
3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3
4	1	1	3	3	2	3	3	4	2	3	1
2	2	2	2	2	3	3	1	4	2	2	2
4	3	2	2	2	2	3	2	4	4	2	2
4	3	2	2	1	1	1	2	4	4	1	1
4	2	2	2	2	2	3	2	4	4	3	2
2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	3	2
4	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2
4	3	1	2	2	2	4	1	4	2	3	2
3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	2	2
3	2	3	2	2	2	4	2	3	3	2	2
3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2
4	3	3	3	1	3	3	1	4	4	4	1
4	2	1	2	2	1	4	3	4	2	4	2
3	2	1	2	2	3	3	2	4	3	3	2
4	3	1	3	2	2	1	3	1	4	3	1
4	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4	2
3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3
3	2	2	2	2	2	4	1	4	4	2	2
2	2	2	1	2	2	4	1	4	3	2	2
4	3	3	2	3	3	4	1	4	3	3	2
3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2
4	2	2	2	2	2	4	3	3	3	2	2
4	2	2	2	2	2	3	4	4	4	4	2
3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2
3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2
4	1	3	3	3	3	1	4	1	4	4	1
4	2	2	2	2	2	1	2	4	4	1	4
3	2	2	3	3	2	2	4	1	4	2	3
2	3	3	3	3	3	1	4	2	3	2	3
4	3	2	3	2	2	1	4	1	4	1	2
3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3
4	1	1	1	2	2	4	1	1	2	1	2
2	2	3	1	2	2	2	2	1	3	3	3
4	4	1	3	3	3	3	1	4	3	4	1
3	2	2	3	3	2	2	4	1	4	2	2
4	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3
3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2
4	2	2	3	3	3	1	4	3	4	2	3
4	3	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3
4	2	3	3	3	3	2	4	4	3	2	2
4	2	3	3	3	3	2	4	4	3	2	3
4	2	3	3	3	3	2	4	4	3	2	2
3	2	1	3	2	2	3	2	3	3	2	3

3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
3	2	2	3	2	1	4	1	3	3	3	2
1	2	2	2	2	1	3	3	4	4	2	2
4	3	2	3	3	1	4	1	4	4	2	2
3	2	2	3	1	1	3	3	3	4	3	2
4	2	2	2	2	2	3	2	4	3	2	1
4	2	3	2	2	1	4	1	4	4	2	2
3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2
3	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	2
4	3	2	2	2	2	3	2	4	3	3	2
3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2
4	2	1	2	1	2	4	1	4	4	2	1
2	2	2	2	3	2	3	4	3	2	1	2
4	2	1	3	2	1	4	1	4	2	2	2

am49	item50	item51	item52	item53	item54	item55	item56	item57	item58	item59	item60
4	2	3	2	4	2	3	3	3	4	2	4
3	2	1	2	3	2	2	3	3	2	2	2
3	3	2	2	4	3	3	2	3	2	3	4
3	2	1	1	4	3	2	2	3	2	2	2
3	3	2	2	2	3	1	3	3	2	4	1
3	3	2	2	4	3	3	1	3	3	3	3
3	3	2	2	4	3	3	3	3	2	2	2
4	3	3	2	4	3	3	2	3	3	3	4
4	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	4
4	2	2	2	3	2	3	3	3	4	2	3
3	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2
4	3	2	2	4	1	3	3	3	2	3	3
3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3
3	2	2	1	3	3	2	2	2	1	2	2
2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3
4	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
4	2	2	2	4	3	4	2	3	4	3	4
2	3	3	1	4	3	1	3	4	2	2	4
4	2	3	3	4	2	2	2	3	2	3	3
4	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	4
3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3
3	3	2	2	4	2	3	2	4	4	3	4
4	3	3	1	4	2	3	1	4	3	3	4
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3
3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2
3	3	3	2	4	2	2	3	4	3	3	3
3	3	1	1	3	3	2	2	2	2	3	3
3	1	1	4	4	2	3	2	2	2	2	3
3	2	2	3	4	3	2	2	4	1	4	4
3	2	1	2	4	3	2	2	2	2	2	2
3	2	1	1	4	3	3	3	3	3	3	3
3	3	2	2	3	3	1	3	3	2	2	2
4	3	1	1	4	3	3	3	3	3	3	3
4	1	2	2	4	3	2	3	3	3	2	3
4	3	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3
3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	3	3
3	3	2	2	4	2	3	2	3	3	3	3
3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3
3	3	1	2	4	1	2	3	3	2	1	4
2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3
4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3
3	2	2	2	4	3	2	3	2	2	2	3
3	2	1	1	4	3	2	3	3	1	1	1
4	3	1	1	4	3	2	3	4	2	2	2
3	2	2	1	3	3	2	2	3	3	1	2
3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3
4	3	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3
3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3
3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3
4	2	3	1	4	3	2	3	3	2	2	4
4	3	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4
3	4	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2
2	3	1	1	2	2	2	3	4	3	2	3
3	2	2	1	2	4	1	3	3	1	2	4
4	3	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4
4	3	2	1	2	3	3	3	3	1	1	2
4	3	2	1	4	4	4	3	4	3	2	3
2	4	2	3	1	1	4	3	2	3	2	2
3	4	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2
3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	3
3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2
4	2	2	2	4	1	3	3	3	3	2	4
3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	2
4	2	2	2	4	4	3	2	3	4	4	4
3	3	2	2	3	4	2	3	3	3	3	3

3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2
3	2	1	1	3	2	3	2	2	2	2	3
4	3	2	3	4	3	4	2	3	3	3	4
3	2	2	1	4	2	3	3	3	3	3	3
3	3	2	3	2	3	4	1	3	3	4	3
3	2	2	2	4	2	1	3	3	2	2	3
4	4	2	2	4	2	2	3	3	2	3	2
3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2
4	3	3	3	4	2	2	2	2	2	3	2
3	2	2	2	4	2	3	2	4	2	2	4
3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3
3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	4
3	2	2	3	4	3	2	2	3	2	2	3
2	2	1	2	4	1	2	3	3	1	4	3

tem61	item62	item63	item64	item65	item66	item67	item68	item69	item70	item71	item72
3	1	4	1	4	4	4	2	4	4	4	3
2	4	4	3	3	3	3	1	3	4	2	3
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2
1	3	3	1	2	4	3	1	4	4	3	3
1	3	3	3	1	4	3	1	3	3	1	2
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2
2	3	3	1	2	4	3	1	3	4	2	2
4	3	3	2	3	4	4	2	4	4	3	3
4	3	3	2	3	4	4	2	4	4	3	4
3	3	3	3	1	4	4	2	3	4	2	3
3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	1	3
2	3	3	2	3	3	4	2	1	3	3	2
2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2
2	3	3	1	1	3	3	1	4	2	2	1
2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3
2	3	3	2	2	3	4	2	4	3	2	4
2	3	3	1	4	3	4	2	3	4	3	2
3	4	3	3	2	4	4	1	3	4	2	4
2	3	3	1	3	3	4	1	3	3	4	2
2	3	3	2	3	3	4	2	2	3	3	3
3	3	3	2	2	3	3	2	4	2	2	3
4	3	4	2	3	3	4	2	3	4	2	1
3	3	4	1	4	4	4	1	4	4	2	1
3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3
2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2
4	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2
3	3	3	2	2	3	3	1	3	2	1	2
4	3	3	3	3	3	4	1	4	4	2	3
2	4	3	1	3	4	4	2	4	4	4	3
2	3	3	2	2	3	4	1	2	4	2	1
2	2	3	2	3	4	4	1	3	2	3	3
2	3	3	2	2	3	3	1	3	3	2	2
3	4	4	2	2	3	3	1	1	3	2	2
2	3	3	3	3	3	4	2	4	3	2	2
3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3
2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2
1	3	4	1	4	4	4	1	3	4	3	2
2	3	3	2	3	3	4	1	3	4	2	3
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2
2	3	4	2	2	4	3	1	1	4	3	1
2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2
3	4	4	3	3	3	4	1	3	3	4	3
2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2
1	4	4	1	3	4	3	1	3	2	2	1
2	4	4	1	2	4	4	1	4	4	2	3
2	3	3	2	2	3	3	1	3	3	2	1
3	3	3	4	4	4	4	2	4	3	4	2
3	2	3	2	2	3	3	2	3	4	2	4
3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3
2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3
2	3	3	1	3	3	4	2	2	4	3	4
4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	1	4
3	3	3	2	3	4	4	1	4	2	3	3
2	4	4	1	3	4	3	1	3	2	2	3
2	3	3	1	3	4	4	1	4	4	3	1
4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	1	4
2	4	3	2	3	3	3	1	4	2	2	1
2	3	3	2	4	4	4	1	4	4	3	4
4	2	3	3	1	3	3	4	2	2	4	3
3	3	3	2	3	4	3	1	4	2	3	3
4	3	4	2	4	3	4	2	4	4	2	2
2	4	4	3	3	4	4	1	2	3	3	2
2	3	3	1	3	3	4	1	2	4	2	4
2	3	3	2	3	3	4	1	3	4	2	3
4	3	3	3	4	4	3	2	2	3	2	3
2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3

2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3
2	4	3	1	2	3	3	3	3	3	2	1
4	2	2	1	3	3	4	4	3	3	2	2
4	4	4	1	3	3	4	2	4	4	4	4
3	2	3	1	3	3	4	2	4	3	2	3
3	2	4	2	2	3	4	1	1	3	4	3
3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3
2	3	3	2	3	3	3	2	4	3	2	3
2	2	3	3	3	3	4	2	2	4	3	3
3	3	4	2	3	3	3	1	3	3	2	3
2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3
2	3	4	2	2	3	4	2	2	3	2	2
2	3	4	2	2	4	4	1	4	2	4	3

am73	item74	item75	item76	item77	item78	item79	item80	item81	item82	item83	item84
4	1	4	3	2	2	4	4	4	4	1	4
2	1	3	3	2	2	3	2	3	4	1	4
2	3	3	3	2	3	3	3	4	4	2	3
4	2	2	2	2	3	2	3	3	4	1	2
2	3	2	2	3	3	3	3	3	4	1	4
2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
2	1	2	2	3	3	3	3	3	4	2	3
3	3	2	2	3	3	4	3	3	4	1	3
3	3	4	2	2	3	3	3	3	4	1	3
4	2	4	4	3	2	3	3	4	2	1	2
3	1	2	4	2	2	3	3	3	4	1	3
2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	1	3
2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	3
1	1	3	2	1	2	3	3	3	4	1	4
2	3	2	2	2	2	3	3	3	4	1	2
3	3	3	2	2	2	1	3	3	4	1	2
1	4	4	2	2	2	4	2	2	4	1	4
3	2	3	3	2	2	4	1	3	4	1	4
2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3
2	3	3	3	2	3	3	3	3	4	2	3
2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2
2	3	3	3	2	3	4	2	3	4	1	3
4	3	1	3	3	3	4	1	4	4	1	2
2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3
2	2	2	3	3	3	4	3	4	4	2	3
3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3
3	2	3	3	3	3	2	2	4	4	1	3
1	3	3	4	2	3	3	3	2	3	4	3
3	2	3	2	1	2	2	3	2	3	4	3
4	3	2	2	3	2	2	2	2	3	4	2
3	2	2	2	2	3	3	2	3	4	1	3
3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	2	2
2	3	3	3	3	3	2	3	3	4	1	2
2	1	3	3	3	2	2	2	3	1	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3
2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3
3	2	3	3	4	1	2	4	3	4	1	4
2	2	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3
3	1	2	2	2	2	2	3	2	3	4	2
3	3	2	3	3	2	2	3	1	3	4	2
2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3
3	3	3	2	2	2	2	1	4	2	1	4
4	1	2	3	3	2	2	2	3	4	1	2
3	2	3	4	4	4	4	2	3	4	1	3
2	1	2	3	2	2	3	3	4	4	2	2
1	2	3	3	3	2	3	4	2	3	4	3
3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2
3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3
1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	1	3
2	3	2	2	2	2	1	3	3	4	1	4
1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	1	1
4	2	2	1	1	2	2	2	3	3	1	3
4	1	3	4	4	2	4	4	1	4	1	3
2	3	2	2	2	2	1	3	3	4	1	4
4	1	3	2	2	2	3	4	3	3	1	3
4	3	3	2	2	2	2	4	3	3	1	3
4	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	1
1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	1	1
2	3	3	3	3	3	2	3	3	4	2	4
2	3	2	2	2	2	3	3	3	4	1	3
4	2	4	4	4	2	3	4	1	3	1	3
3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	1	3
2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	4
2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2

3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3
1	1	4	2	2	2	2	1	3	4	1	3
2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
3	3	4	3	2	2	2	2	3	4	1	3
2	2	3	3	3	2	2	3	4	1	1	3
3	3	3	3	2	2	2	3	3	4	2	3
2	3	2	2	3	2	2	2	3	4	2	3
3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3
2	3	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3
3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	1	3
2	2	3	2	2	2	2	2	2	4	1	4
3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	1	2
2	3	2	1	1	1	1	2	4	4		

n85	item86	item87	item88	item89	item90	item91	item92	item93	item94	item95	item96	
4	4	3	4	3	3	1	1	1	3	1	1	1
4	4	2	2	2	2	3	3	1	3	3	2	1
3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
2	3	1	3	3	1	3	2	2	1	2	1	1
2	3	1	1	1	1	4	3	1	1	4	1	1
3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2
2	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	1	1
4	4	4	4	4	2	3	2	2	1	3	2	1
4	4	4	4	4	2	3	2	2	2	4	2	1
2	3	1	1	1	1	3	3	2	2	3	2	1
2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2
3	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2	2
3	3	2	3	3	2	4	1	2	2	3	2	2
2	3	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2
2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3
4	4	4	1	1	4	4	2	1	1	1	1	1
3	4	3	2	2	1	2	3	1	1	3	1	2
3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2
3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	2
4	4	3	4	4	1	4	1	1	1	4	1	1
3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2
2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2
3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
2	3	2	2	2	1	4	3	3	2	2	2	2
4	3	2	4	4	3	4	1	2	1	3	1	1
2	3	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2
2	3	2	1	4	1	4	1	2	1	3	2	2
3	2	2	4	3	2	4	2	1	1	3	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	4	1	2
4	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	4	4
3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2
3	3	3	3	3	2	4	2	2	1	3	2	1
4	4	4	4	3	2	3	1	2	2	2	2	2
4	4	4	4	3	3	2	3	3	1	4	2	2
3	3	2	4	4	1	4	2	2	2	2	2	2
3	2	2	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2
3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	3	3	3
4	4	4	2	2	1	4	2	2	2	4	2	2
3	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2
4	4	4	4	4	1	4	2	2	2	4	2	2
3	3	3	3	3	3	3	4	1	1	2	1	1
4	4	4	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2
3	3	3	3	2	3	4	1	2	2	3	2	2
4	4	4	3	3	2	2	2	2	1	4	2	2
3	3	3	3	4	1	4	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	4	3	4	2	2	2	2	2	2
4	4	4	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	4	2	2	1	3	2	2
4	4	4	3	3	2	2	3	3	3	4	2	2
3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2
4	4	4	3	3	2	4	1	2	2	2	1	1
3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	3	2	3
4	4	4	3	2	3	2	3	3	3	4	2	3
3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3

3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2
3	3	2	4	2	3	1	2	1	3	2	2
3	3	3	2	3	2	2	2	4	2	3	2
3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	1	2
4	3	3	3	2	4	2	2	2	4	3	3
3	3	1	4	2	3	2	2	2	3	2	2
3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2
3	3	3	3	2	4	2	2	2	3	2	2
3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
3	3	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2
2	3	2	2	3	4	2	2	2	4	1	2
1	3	3	4	1	4	1	2	1	3	1	2

am97	item98	item99	item100	item101	item102	item103	item104	item105	item106	item107	item108
3	4	2	4	3	1	3	2	4	1	4	3
3	3	2	2	3	2	2	2	4	2	4	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
3	3	2	3	2	1	1	2	4	2	4	2
3	3	2	3	2	1	1	3	4	2	3	2
3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2
3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2
4	4	2	2	3	2	2	3	4	2	4	2
4	4	2	3	3	1	3	3	3	2	4	2
3	3	3	2	3	1	1	2	4	2	4	2
3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
3	3	2	3	2	1	3	3	3	3	4	2
3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2
4	4	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2
3	3	3	3	2	2	2	2	4	2	2	3
1	3	1	2	2	1	3	2	3	2	4	2
3	4	2	4	4	1	4	4	4	1	4	1
4	4	1	4	4	1	1	1	4	1	4	1
4	3	2	3	3	2	2	2	3	3	4	2
3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2
3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	3	2
4	4	2	4	4	4	2	4	3	2	3	2
4	1	1	4	4	4	1	2	1	4	4	1
3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3
3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2
4	3	1	3	3	3	1	3	2	3	3	2
3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	1	2
3	2	2	2	2	2	1	2	2	4	1	2
2	4	2	4	2	2	1	2	2	4	2	2
3	3	2	3	2	2	1	1	2	4	2	2
3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	1	2
3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3
4	4	2	3	3	3	1	3	3	4	1	3
3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2
3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2
3	3	4	3	4	4	1	2	3	4	1	3
3	4	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2
4	4	2	3	3	3	2	2	2	4	2	3
3	3	2	2	2	3	1	2	2	3	3	2
3	3	2	3	4	3	1	3	2	3	2	3
2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	1	2
2	3	2	2	2	2	1	1	2	4	1	3
4	3	2	1	2	2	1	2	1	4	1	3
3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	1	2
4	4	2	4	2	2	2	2	2	3	2	2
3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2
3	2	2	2	3	3	1	1	2	3	2	2
3	3	2	2	2	2	1	4	2	3	2	2
4	4	1	1	4	4	1	4	3	4	4	2
3	3	2	3	3	3	1	3	1	4	1	3
3	4	3	1	2	2	2	2	3	3	2	3
3	3	3	4	4	4	2	2	2	4	1	3
4	4	1	1	3	3	1	4	1	4	4	2
3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1
3	3	3	2	3	3	1	3	4	3	2	1
2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3	4
3	3	2	3	3	3	1	3	3	4	1	2
4	3	2	4	3	3	2	4	2	2	2	2
3	3	2	3	3	3	1	3	2	4	1	2
2	4	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	2
2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	1	3

3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2
1	3	2	2	2	1	1	2	4	1	2
4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2
3	3	2	3	3	3	3	2	4	3	2
3	3	2	3	3	1	1	1	4	1	2
4	4	2	3	3	1	2	2	4	2	2
3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2
3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2
4	4	1	3	3	1	4	3	4	2	2
3	4	2	3	3	4	3	2	3	4	2
3	3	1	4	2	1	1	3	4	1	2

n109	item110	item111	item112	item113	item114	item115	item116	item117	item118	item119	item120
1	3	4	3	4	1	4	1	1	4	3	4
2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	1
2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3
3	2	4	2	3	3	3	3	1	2	2	3
3	3	4	2	3	3	2	2	2	3	3	3
2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3
2	2	4	2	3	3	2	2	2	3	3	2
3	3	4	2	3	3	2	3	3	3	3	2
2	4	2	4	4	4	2	1	2	3	3	3
2	3	4	2	3	3	3	3	1	3	2	2
2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1
4	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3
2	2	3	2	4	3	1	3	1	2	2	2
2	3	2	3	3	4	3	4	2	3	4	3
2	4	3	3	3	4	1	1	1	1	3	2
2	1	1	1	1	4	2	4	2	2	3	2
2	3	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2
3	2	3	2	2	4	1	3	1	3	3	3
2	4	2	1	3	3	3	4	2	2	3	3
4	2	4	3	3	4	1	3	1	2	3	2
2	3	4	3	2	3	3	2	2	2	2	3
2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3
2	1	3	3	2	4	1	2	1	2	2	2
2	3	4	2	2	3	3	4	1	2	3	3
2	3	4	2	2	4	3	2	2	2	3	2
2	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	2
2	2	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2
2	3	4	3	2	4	2	4	2	2	2	2
2	4	2	4	2	3	1	1	1	3	3	1
2	3	3	3	2	4	3	3	2	2	2	3
2	3	4	4	2	4	2	3	2	2	3	2
2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2
2	3	4	4	3	4	4	3	1	2	2	2
2	3	4	4	2	4	1	3	1	2	3	2
2	2	4	4	2	2	4	3	2	4	3	4
2	3	3	3	3	4	3	2	2	3	3	2
2	3	3	2	3	3	2	4	2	2	3	1
3	3	4	4	3	4	3	3	2	3	4	2
2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2

2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3
3	4	2	2	4	1	4	1	1	3	2	4
2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
2	4	4	2	4	1	1	1	3	3	3	4
2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2
2	3	3	2	4	2	4	2	2	2	2	2
3	4	2	2	4	1	1	1	3	3	2	2
3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3
3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	1
2	2	3	2	3	2	1	3	2	2	2	4
4	3	4	3	4	1	4	1	3	3	2	

am121	item122	item123	item124	item125	item126	item127	item128	item129	item130	item131	item132
4	4	2	4	3	4	1	1	4	4	2	2
4	3	2	4	3	3	3	3	2	3	3	3
4	2	2	4	3	4	1	1	1	4	1	2
4	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2
3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3
3	2	3	3	4	4	2	2	2	2	4	2
4	4	2	4	4	4	2	2	2	3	3	3
4	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2
4	3	2	4	3	3	2	2	3	3	3	2
3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3	2	2	2	3	4	2
4	3	3	3	2	2	2	1	1	2	3	1
4	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2
3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	4	2
4	4	2	4	4	4	1	1	1	4	1	4
4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	1
3	3	2	4	3	2	2	2	2	3	2	2
4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2
4	3	1	3	4	4	2	2	2	4	3	3
3	4	3	4	4	4	3	1	1	3	4	1
4	2	1	4	4	4	3	1	1	4	3	3
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
4	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2
4	4	2	4	3	3	3	2	2	3	3	3
3	2	2	3	3	2	2	2	3	4	4	2
4	3	3	2	4	4	1	1	1	4	4	2
4	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2	1
3	2	2	3	3	4	3	1	1	4	4	3
4	3	2	3	3	3	4	2	2	4	4	2
4	3	3	4	4	4	3	1	2	4	4	2
4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	3	3
3	4	1	3	4	4	2	2	2	3	2	3
4	2	3	4	3	3	3	2	2	4	2	2
4	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	2
3	3	2	4	4	4	3	2	3	3	4	2
4	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	2
4	3	3	2	4	4	4	2	1	4	4	3
4	3	2	3	3	3	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	4	1	1	2	4	3
4	3	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4
4	3	3	4	4	4	3	2	1	2	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	1	2	4	1
4	3	3	4	4	4	3	2	2	1	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4	4	3	2	2	4	4	3
4	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2
4	3	3	4	4							

3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2
4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	4	1	3	3	2	3
4	4	3	4	4	4	4	2	3	4	2	2
3	3	2	4	3	4	4	1	3	3	2	3
4	3	3	4	3	3	4	1	3	3	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
4	3	2	4	4	3	3	2	3	4	3	2
4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2
3	3	2	4	3	3	3	2	3	3	2	3
4	3	2	4	4	3	3	2	4	3	2	2
	3	2	4	3	1	3	1	2	3	3	2

am133	item134	item135	item136	item137	item138	item139	item140	item141	item142	item143	item144
4	3	4	4	4	4	1	2	3	4	4	4
2	2	3	3	3	4	1	1	3	3	3	4
2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	4	4
2	3	2	4	4	4	1	1	1	3	3	4
1	3	3	3	3	3	1	2	3	4	3	2
2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3
1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4
3	2	3	4	4	1	2	2	3	3	3	4
3	4	3	3	3	4	4	3	3	2	3	4
1	3	3	3	3	4	1	2	3	4	3	2
3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4
3	3	3	2	2	4	1	3	2	3	3	3
2	3	2	2	2	4	1	2	2	3	2	4
2	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4
3	3	3	3	3	4	2	2	3	3	2	3
2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	4
4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4
1	3	1	4	4	4	1	3	1	3	3	4
3	3	2	3	3	4	2	2	2	2	3	4
2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	4	3
3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3
3	3	3	4	4	3	1	1	3	4	4	4
3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	4
3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3
2	2	2	2	2	4	1	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	4	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	4
3	3	3	3	3	3	2	2	2	3</		

3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3
4	2	3	3	3	2	2	2	3	3	1	4
3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3
2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4
4	2	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4
3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	2	4
2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	4
3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	4
3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4
2	3	3	3	4	2	2	2	3	3	2	4
2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3
3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	4
3	2	2	3	3	2	2	2	4	4	2	3
3	2	3	3	4	1	2	3	3	3	1	4

am145	item146	item147	item148	item149	item150	tempo	grupo	gravida	Insucess
4	2	4	4	2	2GE	1	1	0	1
4	3	3	2	3	2GE	1	1	0	1
4	3	3	3	3	2GE	1	1	0	1
3	3	3	2	2	2GE	1	1	0	1
3	3	2	1	2	2GE	1	1	0	1
3	3	3	3	3	2GE	1	1	0	1
4	3	3	3	3	2GE	1	1	0	1
4	3	3	3	4	2GE	1	1	0	1
3	3	2	3	4	2GE	1	1	0	1
3	3	2	2	2	2GE	1	1	0	1
4	2	4	3	3	2GC	1	2	0	0
3	3	3	3	3	2GC	1	2	0	0
3	3	3	2	2	2GC	1	2	0	0
4	2	3	3	2	2GC	1	2	0	0
4	3	3	2	2	2GC	1	2	0	0
3	2	3	3	3	2GC	1	2	0	0
4	3	1	4	4	2GC	1	2	0	0
4	1	3	3	1	2GC	1	2	0	0
3	3	2	3	2	2GC	1	2	0	0
3	2	3	2	3	2GC	1	2	0	0
3	3	3	3	3	GE	2	1	0	1
3	4	2	3	3	GE	2	1	0	1
4	4	2	2	3	GE	2	1	0	1
3	3	3	3	3	GE	2	1	0	1
3	2	3	2	3	GE	2	1	0	1
4	3	2	3	2	GE	2	1	0	1
4	3	4	2	3	GE	2	1	0	1
4	3	3	2	3	GE	2	1	0	1
4	2	3	2	2	GE	2	1	0	1
4	3	4	3	2	GC	2	2	0	0
3	3	3	2	2	GC	2	2	0	0
4	3	3	2	2	GC	2	2	0	0
3	3	3	3	3	GC	2	2	0	0
3	3	4	3	3	GC	2	2	0	0
3	3	2	3	3	GC	2	2	0	0
4	2	1	3	2	GC	2	2	0	0
4	3	3	3	3	GC	2	2	0	0
2	2	3	3	3	GC	2	2	0	0
4	2	3	3	2	GC	2	2	0	0
3	3	3	3	3	GE	2	1	1	1
4	3	3	3	3	GE	2	1	1	1
3	2	3	2	2	GE	2	1	1	1
3	3	4	1	3	GE	2	1	1	1
4	3	4	2	1	GE	2	1	1	1
4	3	3	2	3	GE	2	1	1	1
3	3	2	3	2	GE	2	1	1	1
3	3	3	3	2	GE	2	1	1	1
3	2	3	2	3	GE	2	1	1	1
3	3	3	2	2	GE	2	1	1	1
4	3	3	3	2	GC	2	2	1	0
4	4	2	4	4	GC	2	2	1	0
4	3	4	3	4	GC	2	2	1	0
3	3	3	2	2	GC	2	2	1	0
4	2	4	3	3	GC	2	2	1	0
4	4	2	4	4	GC	2	2	1	0
4	3	3	3	3	GC	2	2	1	0
4	4	3	3	3	GC	2	2	1	0
4	3	4	3	4	GC	2	2	1	0
4	3	3	3	3	GC	2	2	1	0
4	3	3	2	3	GE	1	1	1	1
4	3	3	3	3	GE	1	1	1	1
4	3	4	3	4	GE	1	1	1	1
4	3	3	3	3	GE	1	1	1	1
3	3	3	3	3	GE	1	1	1	1
3	3	3	2	3	GE	1	1	1	1

4	3	3	3	3 GE	1	1	1	1
3	2	4	2	2 GE	1	1	1	1
3	3	3	3	3 GE	1	1	1	1
4	2	3	2	3 GE	1	1	1	1
3	3	4	3	2 GC	1	2	1	0
4	3	3	3	3 GC	1	2	1	0
3	3	3	3	3 GC	1	2	1	0
4	3	3	3	3 GC	1	2	1	0
4	3	3	3	3 GC	1	2	1	0
4	3	3	3	2 GC	1	2	1	0
3	3	3	3	3 GC	1	2	1	0
4	3	3	3	3 GC	1	2	1	0
4	4	4	2	2 GC	1	2	1	0
4	3	3	2	2 GC	1	2	1	0

Anexo C

Análise Estatística da 1ª Hipótese

Anexo C.1.

Descriptives

Dependent Variables	C/ insucesso s/ insucesso	Statistics	Stat Type	
			Statistic	Std. Error
Dimensao materno	S/ Insu.	Mean	26,7000	3,1878
		5% Trimmed Mean	26,1944	
		Median	25,5000	
		Std. Deviation	20,1611	
		Minimum	-12,00	
		Maximum	73,00	
		Range	85,00	
		Interquartile Range	26,7500	
		Skewness	,437	,374
		Kurtosis	-,143	,733
	C/ Insu.	Mean	30,3000	3,6866
		5% Trimmed Mean	30,8056	
		Median	27,0000	
		Std. Deviation	23,3163	
		Minimum	-21,00	
		Maximum	67,00	
		Range	88,00	
		Interquartile Range	37,0000	
		Skewness	-,104	,374
		Kurtosis	-,872	,733
Dimensao feminino	S/ Insu.	Mean	-2,5750	2,5364
		5% Trimmed Mean	-2,5278	
		Median	-3,0000	
		Std. Deviation	16,0414	
		Minimum	-40,00	
		Maximum	31,00	
		Range	71,00	
		Interquartile Range	19,2500	
		Skewness	,099	,374
		Kurtosis	,143	,733
	C/ Insu.	Mean	,4750	2,7508
		5% Trimmed Mean	-,1667	
		Median	-,5000	
		Std. Deviation	17,3973	
		Minimum	-31,00	
		Maximum	48,00	
		Range	79,00	
		Interquartile Range	20,5000	
		Skewness	,565	,374
		Kurtosis	,560	,733

Quadro C.1. Quadro Descritivo para a 1ª Hipótese

Anexo C.2.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Dimensao materno	2,484	1	78	,119
Dimensao feminino	,045	1	78	,833

Quadro C.2. Quadro Teste da Homogeneidade de Variâncias para a 1ª Hipótese

Anexo C.3.

Ranks

	C/ insucesso s/ insucesso	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensao materno	S/ Insu.	40	38,74	1549,50
	C/ Insu.	40	42,26	1690,50
	Total	80		
Dimensao feminino	S/ Insu.	40	38,70	1548,00
	C/ Insu.	40	42,30	1692,00
	Total	80		

Test Statistics^a

	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	729,500	728,000
Z	-,679	-,693
Asymp. Sig. (2-tailed)	,497	,488

a. Grouping Variable: C/ insucesso s/ insucesso

Quadros C.3. Teste de Mann-Whitney para a 1ª Hipótese

Anexo D

Análise Estatística da 2ª Hipótese

Anexo D.1.

Descriptives

Dependent Variables	Insucesso 1T. insucesso 2T.	Statistics	Stat Type	
			Statistic	Std. Error
Dimensao materno	Insu. 1º T	Mean	35,3500	5,1079
		5% Trimmed Mean	36,0556	
		Median	34,5000	
		Std. Deviation	22,8433	
		Minimum	-9,00	
		Maximum	67,00	
		Range	76,00	
		Interquartile Range	41,5000	
		Skewness	-,112	,512
		Kurtosis	-1,117	,992
	Insu. 2º T	Mean	25,2500	5,1981
		5% Trimmed Mean	25,7778	
		Median	24,5000	
		Std. Deviation	23,2467	
		Minimum	-21,00	
		Maximum	62,00	
		Range	83,00	
		Interquartile Range	40,0000	
		Skewness	-,097	,512
		Kurtosis	-,758	,992
Dimensao feminino	Insu. 1º T	Mean	5,8500	4,0336
		5% Trimmed Mean	5,5556	
		Median	1,5000	
		Std. Deviation	18,0388	
		Minimum	-31,00	
		Maximum	48,00	
		Range	79,00	
		Interquartile Range	15,7500	
		Skewness	,371	,512
		Kurtosis	1,330	,992
	Insu. 2º T	Mean	-4,9000	3,4281
		5% Trimmed Mean	-5,5000	
		Median	-8,5000	
		Std. Deviation	15,3311	
		Minimum	-29,00	
		Maximum	30,00	
		Range	59,00	
		Interquartile Range	18,2500	
		Skewness	,736	,512
		Kurtosis	,138	,992

Quadro D.1. Quadro Descritivo para a 2ª Hipótese

Anexo D.2.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Dimensao materno	,043	1	38	,836
Dimensao feminino	,014	1	38	,907

Quadro D.2. Quadro Teste da Homogeneidade de Varências para a 2ª Hipótese

Anexo D.3.

Ranks

	Insucesso 1T. insucesso 2T.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensao materno	Insu. 1º T	20	23,02	460,50
	Insu. 2º T	20	17,98	359,50
	Total	40		
Dimensao feminino	Insu. 1º T	20	24,58	491,50
	Insu. 2º T	20	16,42	328,50
	Total	40		

Test Statistics

	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	149,500	118,500
Z	-1,367	-2,207
Asymp. Sig. (2-tailed)	,172	,027

Quadros D.3. Teste de Mann-Whitney para a 2ª Hipótese

Anexo E

Análise Estatística da 3ª Hipótese

Anexo E.1.

Descriptives

Dependent Variables	C/ insu. gravidas e insu. nao gravidas	Statistics	Stat Type	
			Statistic	Std. Error
Dimensao materno	Com Insu. N Gravida	Mean	28,3000	6,0040
		5% Trimmed Mean	28,8889	
		Median	26,5000	
		Std. Deviation	26,8507	
		Minimum	-21,00	
		Maximum	67,00	
		Range	88,00	
		Interquartile Range	43,2500	
		Skewness	-,092	,512
		Kurtosis	-1,128	,992
	Com Insu. Gravida	Mean	32,3000	4,3962
		5% Trimmed Mean	32,6111	
		Median	28,5000	
		Std. Deviation	19,6605	
		Minimum	-4,00	
		Maximum	63,00	
		Range	67,00	
		Interquartile Range	33,5000	
		Skewness	,150	,512
		Kurtosis	-1,025	,992
Dimensao feminino	Com Insu. N Gravida	Mean	-5,00E-02	3,0843
		5% Trimmed Mean	,5556	
		Median	,5000	
		Std. Deviation	13,7935	
		Minimum	-31,00	
		Maximum	20,00	
		Range	51,00	
		Interquartile Range	16,5000	
		Skewness	-,547	,512
		Kurtosis	,150	,992
	Com Insu. Gravida	Mean	1,0000	4,6391
		5% Trimmed Mean	5,556E-02	
		Median	-2,0000	
		Std. Deviation	20,7466	
		Minimum	-29,00	
		Maximum	48,00	
		Range	77,00	
		Interquartile Range	21,2500	
		Skewness	,836	,512
		Kurtosis	,152	,992

Quadro E.1. Quadro Descritivo para a 3ª Hipótese

Anexo E.2.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Dimensao materno	2,871	1	38	,098
Dimensao feminino	2,400	1	38	,130

Quadro E.2. Quadro Teste da Homogeneidade de Variâncias para a 3ª Hipótese

Anexo E.3.

Ranks

	C/ insu. grávidas e insu. não grávidas	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensao materno	Com Insu. N Grávida	20	19,45	389,00
	Com Insu. Grávida	20	21,55	431,00
	Total	40		
Dimensao feminino	Com Insu. N Grávida	20	21,40	428,00
	Com Insu. Grávida	20	19,60	392,00
	Total	40		

Test Statistics^b

	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	179,000	182,000
Z	-,568	-,487
Asymp. Sig. (2-tailed)	,570	,626

b. Grouping Variable: C/ insu. grávidas e insu. não grávidas

Quadros E.4. Teste de Mann-Whitney para a 3ª Hipótese

Anexo F

Análise Estatística da 4ª Hipótese

Anexo F.1.

Descriptives

Dependent Variables	S/ insu. gravidas s/ insu. nao gravidas	Statistics	Stat Type	
			Statistic	Std. Error
Dimensao materno	S/ Insu. N Gravida	Mean	23,7000	5,1176
		5% Trimmed Mean	22,9444	
		Median	22,5000	
		Std. Deviation	22,8867	
		Minimum	-12,00	
		Maximum	73,00	
		Range	85,00	
		Interquartile Range	24,2500	
		Skewness	,764	,512
		Kurtosis	,296	,992
	S/ Insu. Gravida	Mean	29,7000	3,8183
		5% Trimmed Mean	29,7778	
		Median	26,5000	
		Std. Deviation	17,0760	
		Minimum	-3,00	
		Maximum	61,00	
		Range	64,00	
		Interquartile Range	27,7500	
		Skewness	,186	,512
		Kurtosis	-,631	,992
Dimensao feminino	S/ Insu. N Gravida	Mean	-3,0000	3,8580
		5% Trimmed Mean	-2,6667	
		Median	-4,0000	
		Std. Deviation	17,2535	
		Minimum	-40,00	
		Maximum	28,00	
		Range	68,00	
		Interquartile Range	22,2500	
		Skewness	-,074	,512
		Kurtosis	,065	,992
	S/ Insu. Gravida	Mean	-2,1500	3,3922
		5% Trimmed Mean	-2,3889	
		Median	-2,0000	
		Std. Deviation	15,1702	
		Minimum	-31,00	
		Maximum	31,00	
		Range	62,00	
		Interquartile Range	18,2500	
		Skewness	,390	,512
		Kurtosis	,579	,992

Quadro F.1. Quadro descritivo para a 4ª Hipótese

Anexo F.2.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Dimensao materno	,611	1	38	,439
Dimensao feminino	,312	1	38	,579

Quadro F.2. –Quadro Teste da Homogeneidade de Variâncias para a 4ª Hipótese

Anexo F.3.

Ranks

	S/ insu. grávidas s/ insu. não grávidas	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dimensao materno	S/ Insu. N Grávida	20	18,40	368,00
	S/ Insu. Grávida	20	22,60	452,00
	Total	40		
Dimensao feminino	S/ Insu. N Grávida	20	20,17	403,50
	S/ Insu. Grávida	20	20,83	416,50
	Total	40		

Test Statistics^b

	Dimensao materno	Dimensao feminino
Mann-Whitney U	158,000	193,500
Z	-1,137	-,176
Asymp. Sig. (2-tailed)	,256	,860

b. Grouping Variable: S/ insu. grávidas s/ insu. não grávidas

Quadro F.4. Teste de Mann-Whitney para a 4ª Hipótese